

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DENİZLİ MERKEZ İLÇELERİNDE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA COVID-19'A YÖNELİK
BİLGİ DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
DR. NEVZAT ATALAY ÇELİKYÜREK

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ÖZGÜR SEVİNÇ

DENİZLİ - 2023

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DENİZLİ MERKEZ İLÇELERİNDE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA COVID-19'A YÖNELİK
BİLGİ DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
DR. NEVZAT ATALAY ÇELİKYÜREK

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ÖZGÜR SEVİNÇ

DENİZLİ - 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen, sahip olduğum halk sağlığı bakış açısını bana kazandıran, bu mesleği yapma konusunda vizyonumu ve düşüncelerimi geliştiren en başta tez danışmanım Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ olmak üzere, üyesi olmaktan her zaman gurur duyduğum bölümümün kıymetli hocaları; Prof. Dr. Ahmet ERGİN, Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Utku UZUN'a saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin özellikle veri toplaması sürecinde bana birçok yardımcı dokunmuş olan Denizli'deki Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki hekimlere ve personele özellikle yardımcı dokunan sevgili arkadaşım Dr. Recep KILIÇ'a teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince bana kattıkları birçok şey için ve bu tezin hazırlanması sürecinde de bana yardımcı olan sevgili bölüm arkadaşlarım Dr. Kerim BALTAÇI, Dr. Bilge Betül KILIÇ, Dr. Ceren OĞUZ ve diğer tüm bölüm arkadaşlarıma şükranlarımı sunarım.

Asistanlığım boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum değerli tüm çalışma arkadaşlarıma, hayatım boyunca bana her konuda destek olan, hiçbir zaman yardımlarını eksik etmeyen değerli aileme ve kardeşim Kamil Atakan ÇELİKYÜREK'e, her zaman yanımda hissettiğim, sevgisiyle ve katkısıyla motivasyonumu artıran hayat arkadaşım Dr. Rukiye ŞAHİN'e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Nevzat Atalay ÇELİKYÜREK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
ÖZET.....	XII
SUMMARY	XIV
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	4
ENFEKSİYON VE BULAŞICI HASTALIKLA İLGİLİ GENEL	
KAVRAMLAR.....	4
Enfeksiyon ve Bulaşıcı Hastalık.....	4
Enfeksiyon Zinciri.....	4
Bulaşıcı Hastalık ve Salgın	4
Bulaşıcı Hastalık ve Salgınlarda Yapılması Gerekenler	5
Salgın İncelemesi	6
Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumları	7
KORONAVİRÜSLER.....	8
Koronavirüslerin kökenleri.....	9
Koronavirüslerin İnsanlarda Yaptığı Hastalıklar	10
COVID-19 HASTALIĞI VE EPİDEMİYOLOJİSİ.....	11
COVID-19 Hastalığında Enfeksiyon Zinciri	11
DÜNYADAKİ COVID-19 SÜRECİ.....	12
Türkiye'deki COVID-19 Süreci.....	14
COVID-19 Hastalığındaki Klinik Bulgular	21
COVID-19 Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	22

COVID-19 Aşıları	23
COVID-19 Hastalığında SARS-CoV-2 Varyantları	23
COVID-19 PANDEMİSİ VE İNFODEMİ	24
Habere Ulaşmada Yeni Dijital Gerçeklik ve İnfodemi.....	25
Politika ve İnfodemi.....	25
Damgalama ve İnfodemi.....	26
DSÖ Önderliğindeki COVID-19 Pandemi Sürecinde İnfodemi	
Yönetimi.....	26
Etkiyi Ölçmek.....	28
Koordinasyon ve Yönetim	28
Dünyada COVID-19 pandemi sürecinde DSÖ'nün infodemi ile	
mücadele süreci	28
COVID-19 PANDEMİSİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	31
Sağlık Okuryazarlığı (SOY).....	31
Sağlık Okuryazarlığının COVID-19 Pandemisine etkisi.....	33
GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	36
ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	36
ARAŞTIRMANIN EVRENİ	36
ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	36
Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri.....	37
Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri.....	37
VERİ TOPLAMA	37
ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	37
Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	37
Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	37
COVID-19'A YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ... 38	
TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 32 (TSOY-32) ÖLÇEĞİ..... 39	
İSTATİSTİKSEL ANALİZ..... 39	
ARAŞTIRMANIN İZİN VE DESTEKLERİ	40
BULGULAR.....	41

TARTIŞMA	59
ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI	65
SONUÇ VE ÖNERİLER	67
KAYNAKLAR	68
EK-1	89
EK-2	95
EK-3	96
EK-4	97
EK-5	98

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
COVID-19	: Yeni Koronavirüs Hastalığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EWAR	: Erken Uyarı, Alarm ve Müdahale Sistemi
HPV	: İnsan Papilloma Virüsü
IFRC	: Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu
IHR	: Uluslararası Sağlık Tüzüğü
HLS-EU-Q47	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47
MERS-CoV	: Orta Doğu Solunum Sendromu ile İlgili Koronavirüs
RNA	: Ribonükleik Asit
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SARS-CoV	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VLP	: Virüs Benzeri Parçacık

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1 Küresel olarak COVID-19'a bağlı doğrulanmış vakalar ve ölüm sayıları	14
Şekil 2 30 Nisan 2020 Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu	18
Şekil 3 Türkiye'deki COVID-19'a bağlı doğrulanmış vakalar ve ölüm sayıları.....	21

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1	10 Ocak 2020'den itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi'nin COVID-19 pandemisine karşı aldığı önlemler 15
Tablo 2	11 Mart 2020'den itibaren COVID-19 pandemisine karşı alınan önemli birtakım önlemler 16
Tablo 3	Haziran 2020'den itibaren COVID-19 pandemisine karşı yapılmış olan önlemlere dair gevşemeler ve yeni gelişmeler ... 19
Tablo 4	COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin bilgi soruları kullanılarak hazırlanmış formdaki sorular ve doğru yanıtları 38
Tablo 5	Denizli'de araştırmanın yapıldığı merkez ilçeler ve Aile Sağlığı Merkezleri 41
Tablo 6	Araştırmaya katılanların temel sosyodemografik özellikleri... 42
Tablo 7	Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri 43
Tablo 8	Araştırmaya katılanların çalışma durumu ve sağlık özellikleri 44
Tablo 9	Araştırmaya katılanların ailelerinde sağlık çalışanı olma durumu 45
Tablo 10	Araştırmaya katılanlarda tanı konulmuş kronik hastalık özellikleri 45
Tablo 11	Araştırmaya katılanlarda düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalık özellikleri 46
Tablo 12	Araştırmaya katılanların birinci derece akrabalarında kronik hastalık özellikleri 47
Tablo 13	Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili özellikleri 48
Tablo 14	Araştırmaya katılanlarda COVID-19 aşısı olma durumu 49
Tablo 15	Araştırmaya katılanlarda COVID-19 aşısı yaptırmayanların tereddüt etme nedenleri 49
Tablo 16	Araştırmaya katılanlarda COVID-19 ile ilgili özellikler 50
Tablo 17	Araştırmaya katılanlarda SOY ile ilgili özellikler 50

Tablo 18	Araştırmaya katılanlarda COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin COVID-19 ile ilgili bilgi sorularına ve alt boyutlarına verilen yanıtların yüzdeleri	51
Tablo 19	Araştırmaya katılanlarda COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	52
Tablo 20	Araştırmaya katılanların buldukları merkez ilçe ve Aile Sağlığı Merkezine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	53
Tablo 21	Araştırmaya katılanların temel sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	53
Tablo 22	Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve sağlık özelliklerine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	54
Tablo 23	Araştırmaya katılanların sağlık ve sağlık hizmeti alma özelliklerine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	55
Tablo 24	Araştırmaya katılanların COVID-19 ile ilgili sağlık özelliklerine göre bilgi düzeyi özellikleri	56
Tablo 25	Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	56
Tablo 26	Araştırmaya katılanların bazı temel sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri	57
Tablo 27	Araştırmaya katılanların COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleriyle ilişkili Çoklu Doğrusal Regresyon Modeli	58
Tablo 28	Literatürdeki benzer popülasyon ve benzer soru formu ile yapılmış olan araştırmalarda COVID-19'a yönelik bilgi düzeyinin özellikleri	59
Tablo 29	Literatürdeki benzer popülasyon ve benzer soru formu ile yapılmış olan araştırmalarda COVID-19'a yönelik bilgi formundaki doğru yanıtlanma yüzdeleri	60

ÖZET

Denizli Merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuranlarda COVID-19'a yönelik bilgi durumu ve ilişkili faktörler

Dr. Nevzat Atalay ÇELİKÜREK

Çin'de 2019 yılının sonunda ortaya çıkan yeni Koronavirüs türü SARS-CoV-2 olarak adlandırılmış ve hastalığının ismine de Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) adı verilmiştir. COVID-19, asemptomatik vakadan hafif ve orta derecede solunum yolu enfeksiyonu ile ağır bakım gerektiren hastalığa yol açabilen geniş bir spektrumda seyretmekte ve solunum yolu ve damlacık yoluyla bulaşmaktadır. COVID-19, 2023 yılı itibari ile 600 milyondan fazla insanı etkilemiş olup altı milyondan fazla kişi hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Pandemiye dönüşen bu hastalığa yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de Halk Sağlığı Acil Durumu ilan edilmiş ve ardından dünyada ve Türkiye'de hastalığa yönelik çeşitli önlemler alınmıştır. COVID-19 hastalığının hızlı bir şekilde pandemiye dönüşümü, insanları yeni virüs hakkında bilgi edinmeye, uygulama ve davranışlarını hızlı bir şekilde değiştirmeye zorlamıştır ve bununla birlikte bir infodemi salgını da ortaya çıkmıştır. Salgın yönetiminde, insanların mevcut kontrol önlemlerine bağlılıkları esas olup hastalığa karşı bilgi, tutum ve davranış özellikleri ile yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının (SOY) da bulunması da bu başarıya büyük ölçüde katkı sağlamaktadır. Araştırmanın amacı bireylerin COVID-19'a yönelik bilgi düzeylerini sorgulamak ve çeşitli faktörlerle ilişkisini incelemektir. Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Denizli merkez ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişiler oluşturmaktadır. Katılımcılara uygulanan anket formunda sosyodemografik özelliklerin ile sağlık özelliklerinin sorgulanmıştır. SOY düzeyini tespit etmek için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32(TSOY-32) kullanılmıştır. COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin ilk 12 maddelik bilgiye yönelik sorularıyla COVID-19 hastalığına yönelik bilgi düzeyi saptanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerler ile verilmiş; sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. COVID-19'a yönelik bilgi düzeyine etki eden faktörleri saptamak için çoklu doğrusal regresyon analizi (backward) yapılmıştır.

Araştırmada 565 kişiye ulaşılmıştır. COVID-19 ile ilgili bilgi sorularına toplam doğru yanıt verilme yzdesi %74,6; puan ortalaması da $8,95 \pm 1,75$ 'tir. COVID-19'a ynelik bilgi puanı en uzun yaşadığı yerleşim birimi kentsel bølge olanlarda ($B=0,690$ %95 $GA=0,322-1,058$ $p<0,001$), birinci derece yakınında herhangi bir kronik hastalık varlığı bulunanlarda ($B=0,420$ %95 $GA=0,162-0,679$ $p=0,001$), dzenli olarak gazete veya kitap okuyanlarda ($B=1,210$ %95 $GA=0,922-1,498$ $p<0,001$) ve Yeterli ya da Mükemmel SOY'u bulunanlarda ($B=0,566$ %95 $GA=0,290-0,842$ $p<0,001$) yksek olarak bulunmuştur. Katılımcıların COVID-19 hastalığına ynelik bilgi dzeyleleri orta dzeylede bulunmuş olmasına karşın, nceki araştırmalara kıyasla genel olarak dűřk saptanmıştır. Salgın hastalıklar ve pandemilerle mdcadele etmek iwin dűřk bilgi seviyesi ynnnden dezavantajlı gruplara ynelik araştırmalar ve mdahaleler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemik, bilgi, sağlık okuryazarlığı

SUMMARY

Nevzat Atalay ÇELİKYÜREK, MD

Knowledge status and related factors about COVID-19 among those applying to Family Health Centers in Denizli Central Districts

The new coronavirus strain that emerged in China at the end of 2019 has been named SARS-CoV-2 and the disease has been named Novel Coronavirus Disease (COVID-19). COVID-19 is transmitted through respiratory and droplet transmission, with a wide spectrum of cases ranging from asymptomatic to mild to moderate respiratory infections and severe care-demanding illnesses. As of 2023, COVID-19 has affected more than 600 million people and more than six million people have died due to the disease. A public health emergency of international concern was declared by the World Health Organization (WHO) on 11 March 2020 for this disease, which has turned into a pandemic, and various measures have been taken in the world and in Turkey. The rapid transformation of COVID-19 into a pandemic has forced people to learn about the new virus and quickly change their practices and behaviors, and with it an outbreak of infodemic. In pandemic management, people's adherence to existing control measures is essential, and adequate levels of health literacy (HL) along with knowledge, attitudes and behaviors towards the disease contribute greatly to this success. The aim of the study was to query the knowledge levels of individuals about COVID-19 and to evaluate the relationship with various factors. The population of the cross-sectional study consists of people who applied to Family Health Centers in the central districts of Denizli. In the questionnaire form applied to the participants, sociodemographic and health characteristics were questioned. Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) was used to determine the level of HL. The level of knowledge about COVID-19 disease was determined with the first 12 items of the Knowledge, Attitude and Behavior Scale Towards COVID-19. Descriptive statistics were given as frequencies, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values. Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests were used to compare continuous variables. Multiple linear regression analysis (backward) was performed to determine the factors affecting the level of knowledge about COVID-19. In this study, 565 people were reached. The total percentage of correct answers to the information level about

COVID-19 was 74.6% and the mean score was 8.95 ± 1.75 . The knowledge score for COVID-19 was highest among those whose longest living unit was in an urban area ($B=0.690$ 95% CI=0.322-1.058 $p<0.001$), and among those who had a first-degree relative with any chronic disease ($B=0.420$ 95% CI=0.162-0.679 $p=0.001$), those who regularly read newspapers or books ($B=1.210$ 95% CI=0.922-1.498 $p<0.001$), and those with adequate or excellent HL ($B=0.566$ 95% CI=0.290-0.842 $p<0.001$). Although the participants' level of knowledge about COVID-19 was found to be moderate, it was generally low compared to previous studies. In order to challenge epidemics and pandemics, research and interventions should be planned for disadvantaged groups in terms of low knowledge level.

Keywords: COVID-19, pandemics, knowledge, health literacy

GİRİŞ

31 Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde ortaya çıkan yeni Koronavirüs türü SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır ve hastalığın ismine de Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) adı verilmiştir. COVID-19, DSÖ tarafından 11 Mart 2020’de Halk Sağlığı Acil Durumu ilan edilmiştir (1). DSÖ ve dünya çapındaki yetkililer tarafından alınan önlemlere rağmen, COVID-19 dünya çapında her gün binlerce insanı etkilemeye devam etmektedir. COVID-19 ölüm oranı küresel olarak yüksek olmaya devam etmektedir. Şu anda 2023 yılı itibari ile COVID-19 halihazırda 600 milyondan fazla insanı etkilemiştir. Bunların altı milyonundan fazlası hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir (2).

COVID-19, asemptomatik vakadan hafif ve orta derecede solunum yolu enfeksiyonu ile ağır bakım gerektiren hastalığa yol açabilen geniş bir spektrumda seyretmektedir. Özellikle 60 yaş üstü kişiler ve kronik bir hastalığı olan veya immünitesi baskılanmış kişiler risk altındadır (3). Hastalık damlacık yoluyla bulaşmakta olduğundan hastalıklardan maske ile burun ve ağız kapatılarak, eller sık sık su ve sabunla yıkanarak ve insanlar arasında 1 metreden fazla mesafe bırakılarak korunulabilir (4).

Dünya’da 2020 yılının başlarında başlayan COVID-19 salgınında Türkiye’de ilk COVID-19 vakası T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 11 Mart 2020’de tespit edilmiştir (5). Bu tarihten itibaren Türkiye’de COVID-19 hastalığının bulaşını engellemek üzere Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulunun halk sağlığını önceleyen kararları doğrultusunda birtakım önlemler alınmıştır (6).

Ülke çapında alınan başlıca önlemler eğitim öğretime ara verilerek uzaktan eğitime geçilmesi, resmi ve bayram tatillerinde sokağa çıkma yasağı uygulamaları getirilmesi olup bunun yanında diğer günler için toplu ulaşım araçlarında kısıtlama ve doluluk oranları düşürülme ve tüm sosyal yaşamın olduğu mekanlarda kapatılma maske ve mesafe sınırlamaları getirilmesidir. Devamında hızlı sonuçlar veren virüs tanı kitleri hızlıca ülke çapında dağıtılmaya başlanmış, yurtdışından gelen veya getirilen vakalar öğrencilerden boşalan yurtlara 14 günlük karantina kapsamında izlemeye alınmış, vatandaşların şikâyetleri kapsamında “ALO 184 Korona Danışma Hattı” kurulmuş, kademeli olarak pek çok ülkeye uçuş yasakları konulmuştur ve en

önemlisi de tüm ülkede vatandaşların maske takmasının zorunlu hale getirilmesi bununla birlikte bilim kurulunun önerileri doğrultusunda mesken dışında sosyalleşmenin gerçekleştirildiği alanlarda sosyal mesafenin nasıl olması gerektiği ve bireysel hijyen uygulamalarının nasıl ve hangi yöntemlerle sağlanacağına dair bilgilendirmeler yapılmıştır (6,7).

DSÖ, sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramını, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleri olarak tanımlamıştır (8). COVID-19 hastalığının hızlı bir şekilde pandemiye dönüşümü, insanları yeni virüs hakkında bilgi edinmeye, uygulama ve davranışlarını hızlı bir şekilde değiştirmeye zorlamıştır. İnsanlara COVID-19 enfeksiyonun önlenmesi ve nasıl yayıldığı konusunda eğitim vermeyi amaçlayan sağlık iletişimi yaygınlaşmıştır. Bu süreçte dünyada hem bir pandemi hem de bir infodemi yaşanmıştır (9). Yaşanılan bu süreçte toplumlar sürü bağışıklığı, filyasyon, pandemi vb. birçok tıbbi terimle karşı karşıya kalmıştır. SOY düzeyi düşük toplumlar hayatlarına giren bu kavramları anlamlandıramamakta ve insanların aşırı ve az tepki gösterdikleri görülmektedir. Salgının kontrol altına alınabilmesi için alınan tedbirlerin toplum tarafından öneminin anlaşılması ve sonrasında uygulamaya geçilmesi ile gerçekleşmektedir. Bu kısımda ise SOY düzeyinin yüksek olması salgınla olan mücadeleyi kolaylaştırmaktadır (10).

Salgın yönetimde başarıların elde edilebilmesi için insanların mevcut kontrol önlemlerine bağlılıkları esas olup hastalığa karşın bilgi, tutum ve davranışları da bu başarıya büyük ölçüde katkı sunacaktır (11,12).

Bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgi ve tutumların, popülasyondaki panik düzeyiyle ilişkili olduğu 2003'teki SARS salgınında da görülmüştür. Bu durum hastalığın yayılmasını önleme girişimlerini daha da karmaşık hale getirmiştir. Toplumlarda veya belirli topluluklarda salgın hastalıklarla gelişen belirsizlikler nedeniyle oluşan infodemi, hastalık ve ölüm korkusu önemli ölçüde korku ve panik oluşmasına neden olabilir. Enfekte olmuş veya teması olan kişilere yönelik korkuların ve ayrımcılıkların azaltılması, toplum içinde bulaşmayı kontrol etmede önemli etkilere sahiptir. Korkan ve damgalanan kişiler, yardım aramayı geciktirebilir ve fark edilmeden toplumda kalarak salgının ilerlemesini etkileyebilir (13,14).

Bilgi, tutum ve davranış değişiklikleri halk sağlığı bakış açısı ile hastalıkların oluşma ihtimallerine karşın, hastalıkların oluşma öncesinde bireylerde istenen ve beklenen kalıcı korunma önlemlerinin, hayatın doğal akışı içerisinde bilinmesi ve uygulanmasını kapsamaktadır. Hastalığa yönelik toplumun sağlıklı kaynaklar üzerinden bilgi, tutum ve davranışları belirlenerek, bu bilgi, tutum ve davranışları etkileyebilecek nedenlerin ortaya konulması ve elde edilen sonuçlar ile yapılacak çalışmalara yardımcı olacak dolayısı ile hastalık hakkında bireyde istenen davranış değişikliklerine yol açıcı zemini yaratacaktır (15).

COVID-19 salgını ve diğer birçok salgın hastalık ile mücadele konusuna bu açılardan bakıldığında toplumdaki hastalığa yönelik bilgi düzeyleri ve SOY düzeyleri, kişilerin hastalıktan korunma ve doğru bilgi kaynaklarına ulaşması açısından büyük bir önem taşımaktadır. Mevcut literatürde bilgi düzeyinin sorgulandığı çalışmalar bulunmakta, ancak SOY düzeyinin salgın hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyi ile kıyaslandığı çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle araştırmanın amacı; Denizli'deki bireylerin COVID-19'a yönelik bilgi düzeylerini sorgulamak, SOY ile ve çeşitli faktörlerle ilişkisini incelemektir.

GENEL BİLGİLER

ENFEKSİYON VE BULAŞICI HASTALIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

Enfeksiyon ve Bulaşıcı Hastalık

Enfeksiyon, bir etkenin herhangi bir konakçıda yerleşmesi ve orada çoğalmasıdır (16,17). Bulaşıcı hastalık ise bulaşıcı bir ajanın veya onun toksinlerinin duyarlı konağa doğrudan veya dolaylı olarak bulaşması yoluyla meydana gelen hastalık demektir (18).

Etkenin, enfekte bir birey hayvan ya da rezervuardan hayvan konak, vektör veya cansız çevre aracılığıyla duyarlı konağa geçişiyle oluşur. Ara bulaş olmadan etkenin direkt duyarlı konak ile teması doğrudan bulaş iken etkenin konakçıya vektör, hava, gıda veya su gibi bir aracı ile bulaşması dolaylı bulaştır (17,19).

Enfeksiyon Zinciri

Enfeksiyon Zinciri, enfeksiyöz bir ajanın bulaşmasında yer alan bir dizi parametreden oluşur. Bu parametreler duyarlı birey, kaynak ve bulaşma yoludur. Bulaşıcı hastalıklarda temel ilke enfeksiyon zincirinin kırılmasıdır (20).

Bulaşıcı Hastalık ve Salgın

Salgın, bir bölgede veya bir grupta, belirli bir zaman diliminde beklenenden daha fazla sayıda vaka görülmesi olarak tanımlanır. Bazı hastalıklarda tek bir vaka görülmesi bile salgın olarak adlandırılabilirken, bazı hastalıklarda ise belirli bir bölgede beklenende daha fazla sayıda vaka görülmesi bile vakaların kümelenmesi o bölgede salgın olduğu anlamına gelebilmektedir (21).

Endemi, Epidemi ve Pandemi

Endemi, bir hastalığın bir bölgede sürekli var olmasını ifade etmektedir. Epidemi ise belirli bir hastalığa ilişkin vakaların beklenenden daha yüksek şekilde olması veya artması olarak ifade edilebilir. Beklenen vakalara bağlı olarak küçük çapta salgın durumunda da epidemiden bahsedilebilir. Eğer bu salgın uluslararası hatta kıtalararası sınırları aşarak çok sayıda insanı etkilerse bu durumda pandemi olarak

tanımlamaktadır (22).

Bulaşıcı Hastalık ve Salgınlarda Yapılması Gerekenler

19. yüzyılın ortalarına kadar dünyada önde gelen sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklar ve bunlara bağlı ölümlerin yüksek düzeylerde olmasıydı. Modern tıbbın gelişmesiyle, bütün ülkelerde salgınlara ve çok sayıda ölümlere yol açan bulaşıcı hastalıklar önemli ölçüde kontrol altına alınmıştır. Bu uygulamalarla gelişen ekonomik olanaklara ve sağlık hizmetleri ile salgın hastalıklara bağlı ölümlerde hızlı azalma sağlanmıştır (23).

Bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmadan önce önlem almak ve müdahale programları oluşturmak gerekir. Diğer türlü toplumda birçok alanı etkileyen olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir (21). Bulaşıcı hastalıkların topluma yönelik etkileri:

- Yaşam kalitesinde azalma,
- Morbidite ve mortaliteye neden olabilme,
- İşgücü kaybı ve sağlık sistemine yük getirmesi,
- Dolaylı yolda ekonomiye etkisi şekillerinde ortaya çıkabilmektedir (24).

Herhangi bir bulaşıcı hastalık varlığında etkili bir halk sağlığı müdahalesinde bulunulmalıdır. Bu müdahalenin ilk basamağı sürveyanstır. Sürveyans, sağlıkla ilgili bilgilerin sürekli, sistematik olarak toplanması, analizi ve yorumlanması olarak tanımlanmaktadır (25). Sürveyan bilgi ve veri toplanma yöntemine çeşitlenmektedir. Bildirim yapan kişi ve birimlerin olduğu gibi bu veri ve bilgilerin gittiği, toplandığı ve değerlendirildiği kurumlar bulunmaktadır. Buradaki iletişim çift taraflı ve karşılıklıdır. Buradaki farklılıklar da aktif, pasif ve sentinel sürveyans kavramlarını ortaya çıkartmaktadır.

Pasif Sürveyans

Veri ve bilgiler standart formlar ile bildirim yapan kişiden belli zaman aralıklarında toplanması şeklinde olan sürveyans tipidir.

Aktif Sürveyans

Verilerin ulaştırıldığı yetkili birimlerin ve kurumların bildirim yapılmasını beklemeksizin bilgi ve veri toplama işlemi şeklinde olan sürveyans tipidir.

Sentinel Sürveyans

Toplumun geneli ile ilgili bilgi verebilecek bir örnek popülasyonun seçimi ile yapılan sürveyans tipidir. Burada amaç bir hastalığın vakalarının erken saptanabilmesidir (26).

Etkili bir sürveyans sistemi ile gerekli veriler toplanarak sağlık sorunlarına yönelik yapılabilecek etkili müdahaleler saptanarak daha hastalık yayılmadan müdahale edilmesine olanak sağlar. Ayrıca savaş ve doğal afet gibi durumlarda ortaya çıkabilecek salgınlara yönelik müdahaleleri kolaylaştırabilir (25).

Ülkemizde yayınlanmış olan 30 Mayıs 2007 tarihli 26537 sayılı Resmî Gazete’de Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ve ile 2018/22 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi ve Genelgesi’nde bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi ve bildirim zorunlu hastalıklar yayınlanmıştır. Bunlar herhangi bir salgın durumunda sağlık kuruluşları için yol gösterici rehberlerdir. Bildirimi zorunlu hastalıklar, yerel veya merkezi sağlık kurumlarına rapor edilmesi gerekli olan hastalıkları tanımlamaktadır (27,28).

Salgın İncelemesi

Salgın incelemesinin en önemli amacı, salgın kaynağının saptanması ve gerekli kontrol önlemlerinin alınması ve gelecekteki olası salgınların önlenmesi için müdahalelerin geliştirilmesidir. Bir salgın durumunda ilk olarak salgının tanımına uyup uymadığı araştırılıp, daha sonrasında vaka tanımı yapılarak oradaki vakaların doğrulanması gerekmektedir. Salgından etkilenenler için kişi, yer ve zaman özellikleri tanımlanmalıdır. Enfeksiyon zincirindeki kaynak ve duyarlı kişi arasındaki bulaş ile maruziyet zamanı ile semptomların başlayış zamanı bağlantısı kurulmalıdır. Salgından etkilenen kişilerin yer, kişi ve zaman özellikleri tanımlanmalı, sosyodemografik özellikleri belirtilmelidir. Daha sonrasında salgınla ilgili kontrol ve koruma önlemleri rapor edilmelidir. Raporlanan bu önlemler gelecek salgınlarda da salgının çıkışını

önleme amaçlı olmalıdır (28).

Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumları

Uluslararası halk sağlığı acil durumu, hastalığın uluslararası yayılımı yoluyla diğer devletler için bir halk sağlığı riski oluşturduğu ve potansiyel olarak koordineli bir uluslararası müdahale gerektirdiği belirlenen olağanüstü bir olay olarak tanımlanmaktadır (29). Avrupa Birliği Parlamentosu ve Konseyi'nin 2005 yılında oluşturmuş olduğu Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR), ülkelerin uluslararası halk sağlığı acil durumlarında neler yapması gerektiği ile ilgili yükümlülükleri tanımlamıştır. Bu tüzük, DSÖ'ye üye 194 ülke dahil olmak üzere 196 ülke için yasal olarak bağlayıcı bir metindir (30). Bu metinle birlikte insan sağlığına yönelik salgın, afet, ve savaş gibi tehditlerin gözetim, tespit ve risk değerlendirmelerini kapsayan Erken Uyarı, Alarm ve Müdahale Sistemi'ne (EWAR) vurgu yapılmıştır (31). Bu cevap sistemi, ani gelişen halk sağlığı tehditlerini azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla işleyişi sağlamak adına birkaç aşamadan oluşur. Bu aşamalar, hazır durumda bulunma, erken tespit, olay, müdahale ve iyileştirme'dir. EWAR kapsamından ve bunların yasal zorunluluk dolayısıyla bildirilmesi gereken durumlar şunlardır:

- Yayılma potansiyeli olan ve ölümlere yol açabilecek veya sağlık sistemine önemli bir hastalık yükü oluşturabilecek durumlar, salgın hastalıklar, sağlıkla ilgili durumlar
- Yeni veya yeniden ortaya çıkan durumlar
- Aniden ortaya çıkan ve kısa sürede çok sayıda kişiyi etkileme olasılığı olan durumlar
- Kişi, yer ve zaman analizlerinde sıra dışı aktivite artışı olan durumlar
- Beklenilenden daha çok sayıda ölüm gerçekleşen durumlar
- Kitlesele insan hareketlerinden olası sağlık etkileri olan durumlar
- Doğal afetler ve beklenmedik hava olayları kaynaklı halk sağlığını etkileme potansiyeli olan durumlar
- Henüz insanda hastalık oluşturmasa da maruz kalmaya bağlı hastalık yapma

riski bulunan durumlar

- Uluslararası önemi bulunan halk sağlığı acil durumları

Türkiye de 30 Mayıs 2007 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği’nde IHR’ye göre alınan bu karara uyarak acil durum bildirim sistemini devreye sokmuştur (27).

DSÖ, Çin’de başlayan ve daha sonra kümeler halinde devam eden bu COVID-19 salgını karşısında 30 Ocak 2020’de bu durumu Avrupa Birliği Parlamentosu ve Konseyi’nin Uluslararası Tüzüğü altında bu durumu “Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu” ilan etmiştir. Daha sonrasında bu durum kitleleri ve kıtaları etkileyen bir konuma ulaştığı için artık bir pandemi tanımlaması yapılmıştır (32,33). Tüm bu durumlar, önceden belirlenmiş olan bu düzenlemeler, kılavuzlar ile oluşturulmuş olan erken uyarı müdahale sistemlerinin entegrasyonu ile hızla aksiyon alınabilir duruma getirilmiştir.

KORONAVİRÜSLER

Koronavirüsler (CoV), zarflı pozitif polariteli tek sarmallı RNA virüslerinin oldukça çeşitli bir ailesidir. Nidovirales takımı ve Coronavirineae alt takımı içinde Coronaviridae ailesi yer almaktadır. Sonuncusu ayrıca dört cinsten oluşan Orthocoronavirinae alt familyasına ayrılır: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus ve Deltacoronavirus. Alfakoronavirüsler ve betakoronavirüsler yalnızca memeli türlerini enfekte ederken, gammacoronavirüsler ve deltacoronavirüsler kuş türlerini de içeren daha geniş bir konak aralığına sahiptir (34,35).

HCoV-229E ve HCoV- OC43 gibi insan koronavirüslerinin toplumda dolaştığı uzun zamandır bilinmektedir ve bunlar, daha yakın zamanda tanımlanan HCoV-NL63 ve HCoV-HKU1 ile, soğuk algınlığı semptomlarıyla ilişkili mevsimsel ve genellikle hafif solunum yolu enfeksiyonlarına neden olmaktadır. Buna karşın, son 20 yılda insan popülasyonunda ortaya çıkan şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü (SARS-CoV), Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS- CoV) ve SARS- CoV-2

oldukça patojeniktir (36).

Koronavirüs enfeksiyonunun ilk adımları, koronavirüs Spike (S) proteininin, çeşitli koronavirüsler için tanımlanmış olan ve insan aminopeptidaz-N (APN; HCoV-229E), anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2; HCoV- NL63, SARS- CoV ve SARS- CoV-2) ve dipeptidil peptidaz 4 (DPP4; MERS- CoV) içeren hücrel giriş reseptörlerine spesifik olarak bağlanmasını içerir. Giriş reseptörlerinin ekspresyonu ve doku dağılımı sonuç olarak viral tropizmi ve patojeniteyi etkiler. Hücre içi yaşam döngüsü sırasında, koronavirüsler yeni üretilen viral partiküllere dahil edilen tam uzunlukta kopyalar üretmek için genomik RNA'larını ifade eder ve çoğaltır. Koronavirüsler, RNA sentezi için gerekli olan cis-etkili ikincil RNA yapılarını içeren 5' ve 3' çevrilmemiş bölgelerle çevrili oldukça büyük RNA genomlarına sahiptir. Genomik RNA'nın 5' ucunda, kapaklı ve poliadenilli genomun üçte ikisini kaplayan iki büyük açık okuma çerçevesi (ORF'ler; ORF1a ve ORF1b) bulunur. ORF1a ve ORF1b, 15-16 yapısal olmayan proteini (nsp) kodlar; bunlardan 15'i, diğerlerinin yanı sıra RNA işleme ve RNA modifiye edici enzimleri ve 30 kilobazdan büyük koronavirüs genomunun bütünlüğünü korumak için gerekli bir RNA düzeltme işlevini içeren viral replikasyon ve transkripsiyon kompleksini (RTC) oluşturmaktadır (37).

Koronavirüslerin 4 adet yapısal proteini bulunmaktadır. Bunlar, Spike proteini(S), zarf proteini (E), zar proteini (M) ve nükleokapsid (N) proteinidir (38). Virüs konakçı hücreye S proteini yoluyla girer. Koronavirüsler 16 adet yapısal olmayan proteini ile konakçı RNA'sını replike edebilir. Bu proteinler ve viral RNA'nın sentezinden sorumlu olan RNA polimeraz enzimi Koronavirüslere yönelik ilaç ve aşıların hedefi olmaktadır (39).

Koronavirüslerin kökenleri

Koronavirüslerin evrimleştiği ortak atasının yaklaşık 10000 yıl önce yaras ve kuş türleri kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir (40). Sıcakkanlı birer omurgalı olan kuşlar ve yarasalar koronavirüsler için ideal bir doğal rezervuardır. Yarasalar için alfakoronavirüsler ve betakoronavirüsler ideal rezervuar iken, kuşlar için gammakoronavirüsler ve deltakoronavirüsler idealdir (41). İnsanlara bulaşan koronavirüsler başlıca yaras kaynaklıdır (42).

MERS-CoV, birkaç yaras koronavirüs türüyle ilişkili olmasına rağmen,

birkaç yüzyıl öncesinde farklılaşarak, ara konakçı develer ile insanda hastalık oluşturmaya başlamışlardır (43).

En yakın ilişkili yarasa koronavirüsü ve SARS-CoV virüsü 1986 da ayrılmıştır. SARS-CoV virüsünün ataları, Hipposideridae cinsi yarasalarda ve daha sonra Rhinolophidae türündeki yarasalarda bulunmakta iken daha sonrasında bir kedi türüne ve en son olarak da insanlara yayılmıştır (44).

İnsan koronavirüsü olarak adlandırılan koronavirüs OC43 olarak adlandırılmaktadır (HCoV-OC43). İnsan koronavirüsü 19. yüzyıl sonlarında, türler arası bulaşma olayının ardından sığır koronavirüsünden ayrılmıştır (45). Türler arası bulaş, bir patojenin normal konakçısından farklı bir türü enfekte ederek, yeni tür olan konakçıda da hastalık yapabilme yeteneği kazanması ve o yeni türün diğer bireylerini enfekte edebilmesi olarak tanımlanır (46). Sığır koronavirüsü olan Betacoronavirus 1 türünün yarasalardan ziyade kemirgenlerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (42). İnsan koronavirüsü ile ilgili olarak, 19. yüzyılın sonlarındaki Rus gribi pandemisinin türler arası bulaş şekli ile yayılarak, koronavirüslerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (35,47,48).

Koronavirüslerin İnsanlarda Yaptığı Hastalıklar

Koronavirüslerin insanlarda yaptığı hastalıkların risk faktörleri önemli derecede farklılıklar göstermektedir. Bazılarının enfeksiyonu sadece basit soğuk algınlığı gibi etkiler gösterirken, MERS-CoV gibi türlerin enfekte ettiği insanların üçte biri kadarı mortal seyredebilir (49). Koronavirüsler ateş, lenf bezlerinin şişmesinden kaynaklanan üst solunum yolu enfeksiyonu tarzı semptomlara neden olabilmektedir (50). Koronavirüsler bronşitlere, pnömonilere (ayrıca sekonder bakteriyel pnömonilere) neden olabilir. SARS-CoV virüsünün neden olduğu şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS) hem alt hem de üst solunum yolu enfeksiyonu tablosu oluşturmaktadır (51).

Sonuç olarak, insanları enfekte ettiği bilinen altı tür koronavirüs türü bulunmaktadır. SARS-CoV virüsü iki farklı türe ayrıldığından dolayı toplamda yedi adet insan koronavirüsü tipi bilinmektedir. Bu virüs türlerinden dört tanesi genellikle soğuk algınlığı tarzı hafif semptomlar üretirler. Bunlar; Betakoronavirüs olan OC43 (HCoV-OC43) ve HKU1 (HCoV-HKU1) türleri ve alfakoronavirüs olan 229E

(HCoV-229E) ve NL63 (HCoV-NL63) türleridir. İnsanlarda şiddetli etkiler yaptığı bilinen ve mortal seyreden diğer etkenler de Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) etkeni olan MERS-CoV, Şiddetli Akut Solunum Sendromu olan SARS CoV ve en son global olarak yaşanan COVID-19 pandemisinin etkeni olan SARS-CoV-2'dir (52).

COVID-19 HASTALIĞI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

DSÖ, SARS-CoV-2 virüsünün yol açtığı kıtalar arası salgına 11 Şubat 2020'de Koronavirüs Hastalığı 2019 anlamına gelen bu hastalığa COVID-19 adını vermiştir (32). Damlacık yolu ile bulaşan hastalığın belirtileri üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde olabilirken, daha şiddetli vakalarda ağır solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi klinik tablolara neden olabilmektedir. Ağır klinik tablolar açısından, özellikle immünitesi zayıf olan kronik kardiyak veya solunum yolu hastalığı olanlar, 60 yaş üzeri kişiler ya da immünitesi baskılanmış olan kanser hastaları ve kazanılmış immun yetmezlik sendromu (AIDS) gibi hastalıkları olan kişiler risk altındadır (1). Damlacık yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan maske ile burun ve ağız kapatılarak, eller sık sık su ve sabunla yıkanarak ve insanlar arasında 1 metreden fazla mesafe bırakılarak korunulur (19).

COVID-19 Hastalığında Enfeksiyon Zinciri

COVID-19 Hastalığında enfeksiyon zinciri kaynak, bulaşma yolu ve duyarlı kişilerden oluşmaktadır (1).

Kaynak

SARS-CoV-2'nin rezervuarı açısından eldeki tüm mevcut kanıtlardan yola çıkarak; virüsün zoonotik kaynaklı olduğu, Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan kentinde bir canlı hayvan pazarındaki yarasalardan kaynaklandığı ve buradan farklılaşarak insandan insana bulaş özelliğini kazandığı düşünülmektedir (53).

Bulaş yolu

COVID-19, enfekte kişilerin konuşma, öksürme, hapsirme veya nefes alma gibi eylemlerinin sonucunda ortaya çıkan aerosollerin kısa menzilde diğer kişiler tarafından ağız ya da burunla yapılan solunum yoluyla alınması sonucunda bulaşabilir. Buna damlacık yoluyla iletim denilmektedir. Ayrıca bu aerosollerle kontamine olmuş yüzeylere temas edildikten sonra ellerin yıkanmadan yüz, göz, burun veya ağza

götürülmesi ile de bulaş mümkün olmaktadır (54).

COVID-19 hastalığının inkübasyon periyodu ortalama olarak 6-7 gün olmakla birlikte en kısa 2 gün en uzun olarak da 18 gün olarak saptanmıştır (55). Belirti gösterilmeyen bu zaman aralığında bazı enfekte kişiler bulaştırıcı olabilmektedir. Bu yüzden dolayı semptomatik belirtileri olmayan vakalardan da bulaşma meydana gelebilir (56). Viral replikasyonun başlaması semptomlardan daha önce saptanmakta, semptomların başlaması süresince 1-2 hafta daha devam etmesi Polimeraz Zincir Reaksiyon Testi (PCR) ile viral RNA'nın pozitif saptanması ile gösterilmiştir (57).

Duyarlı kişi

COVID-19 hastalığına toplumun tümü duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma yönünden en riskli meslek grubudur. Risk açısından diğer hassas gruplar erkekler, 50 yaşın üzerinde olan kişiler ve hipertansiyon, kronik kardiyak ya da solunum yolu hastalığı, diyabet, kanser gibi komorbiditeleri olan hastalardır. Ayrıca toplu olarak yaşanan ortamlarda bulunan kişiler, mevsimlik tarım işçileri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, cezaevleri ve göçmen kamplarındaki kişiler de hassas gruplardır (1).

COVID-19 için hastalığı bulaştırma katsayısı (R_0) değeri, pandeminin ilk günlerinde Wuhan'da 5,7 olarak bulunmuştur (58). Yapılan modelleme çalışmaları ile bu katsayının ortalaması 2,66 olarak saptanmış olup, 0,4 ile 12,58 arasında değişmektedir (59). Türkiye için yapılan hesaplamalarda R_0 değeri salgının 10. gününde 9,6 iken, 45. günde 1,30 olarak saptanmıştır (1).

Dünyadaki COVID-19 Süreci

COVID-19 salgını ilk olarak 2019 Aralık ayının başlarında Wuhan şehrinde keşfedilmiştir. Virüsün keşfinden önce insandan insana bulaşın gerçekleşmiş olması mümkündür (60). Wuhan Belediye Sağlık Komisyonu 31 Aralık 2019'dan 3 Ocak 2020'ye kadar 44 adet etkeni bilinmeyen ateş, nefes darlığı olan pnömoni vakasını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ofisine bildirmiştir (61). DSÖ, bildirilen bu vakalarla ilgili Çin'deki otoritelere hastalıkla ilgili riskin değerlendirilmesi önerisinde bulunmuştur. Çin'deki yetkililer, tüm hastaların izole edildiğini ve sağlık kurumlarında tedavi gördüklerini bildirerek, birkaç hastada nefes darlığı ve akciğer görüntülemelerinde her iki akciğerde invaziv lezyonların olduğunu söylemiştir. Bu

vakaların Huanan Deniz Ürünleri Pazarı ile bağlantılı olabileceğinden bahsetmişlerdir (62).

Çin’de 7 Ocak 2020’de hastalığa neden olan bu virüs izole edilmiş, ve 2019-nCoV ismiyle tanımlanmıştır. 12 Ocak 2020’de Çin, bu virüsün genetik sekanslamasını paylaşarak ülkelerin etkeni tespit etme yolunda kit üretmesine destek vermiştir (63). 25 Ocak 2020’de dünyada birçok 1320 doğrulanmış vaka saptanmıştır (64).

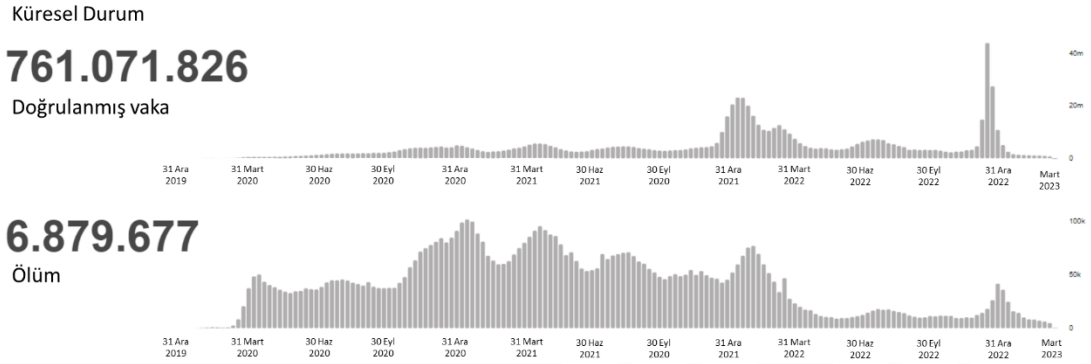
DSÖ Acil Durum komitesi, 2005’te oluşturulmuş olan Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR) kapsamında 30 Ocak 2020’de toplanmış ve bu salgını Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu olarak ilan etmiştir. Küresel boyutta bu salgını kontrol altına almak için alınacak önlemler konusunda tavsiyelerde bulunulmuştur (65). DSÖ, 3 Şubat 2020’de uluslararası düzeyde salgını kontrol altına alma amacıyla Stratejik Hazırlık ve Müdahale Planını yayınlamıştır (66).

DSÖ 11 Şubat 2020’de yeni koronavirüs kaynaklı bu hastalığa Koronavirüs Hastalığı 2019 anlamına gelen COVID-19 adını vermiştir (67). 11 Mart 2020’ye gelindiğinde Asya, Avrupa, Amerika ve Afrika kıtalarında doğrulanmış vaka sayısının 120 bin ve ölüm sayısının 4300 civarında seyretmesinden dolayı bu salgını pandemi olarak adlandırmıştır (68). Daha sonrasında ise küresel olarak birçok ülkede seyahat yasakları, evden dışarı çıkma yasakları getirilmiştir (69).

DSÖ’nün COVID-19 hastalığını pandemi olarak ilan etmesinden 1 ay sonraki vaka sayıları 2 milyona, ölüm sayıları ise 125 bine yaklaşmış iken, 1 yıl sonrasındaki toplam vaka sayısı 79 milyonu, toplam ölüm sayısı ise 1,7 milyonu geçmiştir (70,71).

Dünyada Ağustos 2020’den itibaren COVID-19’a karşı geliştirilen aşılar sağlık otoriteleri tarafından acil kullanım onayı alınarak kullanılmaya başlanmıştır. Aşılama uygulamaları Avrupa’da ve Amerika’da 2020 sonlarına doğru uygulanmaya başlamıştır (72,73).

COVID-19’a karşı aşılamanın başlangıcından yaklaşık 1 yıl sonra 2021 yılının sonlarında dünyadaki toplam doğrulanmış vaka sayısı 280 milyona, ölüm sayısı ise 5,3 milyona ulaşmıştır (74). Dünya’daki toplam doğrulanmış vaka sayısı Mart 2023 itibari ile 758 milyona, toplam ölüm sayısı ise 6,8 milyona ulaşmıştır (75) (Şekil 1).



Şekil 1. Küresel olarak COVID-19'a bağlı doğrulanmış vakalar ve ölüm sayıları

Türkiye'deki COVID-19 Süreci

Türkiye'nin pandemi sürecinden uzun zaman önce yaptığı salgın ve pandemi eylem planları bulunmaktaydı. İlk olarak, 2006 yılında Sağlık Bakanlığı'na hazırlanan Ulusal Pandemi Planı doğrultusunda İl Pandemi planları oluşturulmuştur (76). 2009 yılındaki Küresel Domuz Gribi (H1N1) salgınında edinilen deneyimler de eklenerek 2019 yılında "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı" yayınlanmıştır. Bu plan, olası bir pandeminin ortaya çıkmasından sonra alınacak bütün önlemleri ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır (77). Çin'de duyurulan ilk vakalardan itibaren ülkemizde de bu planlara dayanılarak alınacak önlemlerle ilgili planlamalar yapılmaya başlanmıştır. Ülkemizdeki ilk COVID-19 vakası T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 11 Mart 2020'de tespit edilmiştir (78).

10 Ocak 2020'de T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı Koronavirüs Bilim Kurulu danışmanlığında Operasyon merkezi kurulmuştur. Bu operasyon merkezinin aldığı kararlar ile birtakım önlemler alınmıştır (6,79,80). (Tablo 1)

Tablo 1. 10 Ocak 2020’den itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi’nin COVID-19 pandemisine karşı aldığı önlemler(6,79,80)

Tarih	Alınan Önlem
10.01.2020	T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Koronavirüs Bilim Kurulu veOperasyon Merkezi” kurulmuştur.
14.01.2020	COVID-19 Rehberi hazırlanmıştır.
20.01.2020	Şüpheli bir vakadan ilk numune alınmıştır.
23.01.2020	Wuhan uçuşları durdurulmuş; Çin’den gelen tüm yolcular için çeşitliönlemler alınmıştır. Belirti gösteren ziyaretçiler karantinaya alınmaya başlanmıştır.
04.02.2020	Hastalığın görüldüğü ülkelerden gelen ziyaretçilerin giriş noktalarıgözlem altına alınmıştır.
05.02.2020	Çin ile olan bütün uçuşlar durdurulmuştur.
07.02.2020	Çin’den hayvan ithalatı durdurulmuştur.
23.02.2020	İran ile gümrük kapıları kapatılmıştır.
25.02.2020	Türk Hava Yolları’na ait Tahran uçağı Ankara’ya indirilmiş ve 132 yolcu ve mürettebat karantinaya alınmıştır.
27.02.2020	İran, Irak ve Gürcistan sınırlarına sahra hastaneleri kurulmuştur.
29.02.2020	İtalya, Irak ve Güney Kore ile gidiş-gelişler durdurulmuştur.
01.03.2020	Umreden dönen ziyaretçiler için alınması gereken önlemlerinbelirtildiği bir kitapçık yayınlanmıştır.
11.03.2020	Türkiye’de ilk COVID-19 vakası görülmüştür. DSÖ COVID-19’u pandemi ilan etmiştir. Toplumu endişeye düşürme amaçlı paylaşımlar yaptığı düşünülen 29 sosyal medya kullanıcısı hakkında işlem başlatılmıştır.

DSÖ’nün COVID-19’u pandemi ilan edişi ve Türkiye’deki görülen ilk vakanın tarihi olan 11 Mart 2020’den sonra alınan önlemler oldukça sıkılaştırılmıştır. Buradaki temel amaç ise o zamanlar için herhangi bir tedavi ve aşı uygulaması bulunmadığı için salgının yayılma hızını kontrol edebilmektir (6,80–83). (Tablo 2)

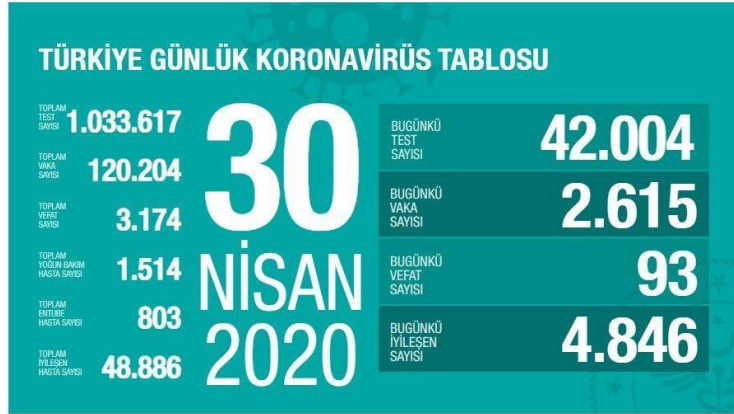
Tablo 2. 11 Mart 2020'den itibaren COVID-19 pandemisine karşı alınan önemli birtakım önlemler(6,80–83)

Tarih	Alınan Önlem
	İlkokul ve ortaokullarda 1 hafta; üniversitelerde 3 hafta eğitime ara verilmiştir.
12.03.2020	Kamu görevlilerin yurt dışına çıkışları izne bağlanmıştır. Spor müsabakalarının seyircisiz oynanmasına karar verilmiştir.
	Cuma namazlarının camilerde kılınması yasaklanmıştır. Hastane ve cezaevleri ziyaretlerine kısıtlama getirilmiştir.
13.03.2020	ALO 184 SABİM Hattı'na COVID-19 hakkında bilgi verme görevi verilmiştir.
14.03.2020	Azerbaycan ve Gürcistan sınırları nakliye hariç geçişlere kapatılmıştır.
	Umreden dönenlere zorunlu 14 gün karantina uygulaması başlatılmıştır. Eğlence mekanlarının faaliyetlerine ara verilmiştir. İspanya, Fransa, Almanya, Norveç, Avusturya, Danimarka, Belçika, İsveç ve Hollanda ile karşılıklı uçuşlar durdurulmuştur.
15.03.2020	Umreden dönen bütün vatandaşlar Konya ve Ankara'daki öğrenciyurtlarına yerleştirilmiştir.
16.03.2020	Camilerde cemaat ile namaz kılınması yasaklanmıştır.
	COVID-19 kaynaklı ilk ölüm gerçekleşmiştir.
17.03.2020	İngiltere, İsviçre, İrlanda, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Mısır ile karşılıklı uçuşlar durdurulmuştur.
19.03.2020	Yunanistan ve Bulgaristan sınırları kapatılmıştır. Spor müsabakaları durdurulmuştur.
	Her türlü kültürel, sanatsal, bilimsel vb. faaliyet ertelenmiştir. Enfeksiyon, göğüs ve iç hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı
20.03.2020	hekimlerden en az ikisinin görev yaptığı hastaneler pandemi hastanesi olarak kabul edilmiştir.

21.03.2020	<p>65 yaş üstü vatandaşlar için sokağa çıkma yasağı getirilmiştir.</p> <p>”Hayat Eve Sığar” kampanyası başlatılmıştır.</p> <p>Vefa Sosyal Destek Grupları kurulmuştur.</p> <p>Kuaför, berber ve güzellik salonları kapatılmıştır.</p> <p>Restoranların sadece paket servis vermeleri kararlaştırılmıştır.</p>
22.03.2020	<p>Kamu çalışanlarının mesai saatleri esnetilmiştir.</p> <p>Toplu taşımaların kapasitelerinin yarısı kadar yolcu almaları kararlaştırılmıştır.</p>
23.03.2020	<p>Marketlerin çalışma saatleri 09:00-21:00 olarak belirlenmiştir.</p> <p>Marketlere girebilecek müşteri sayılarına kısıtlama getirilmiştir.</p> <p>Tüm eğitim kurumlarının uzaktan eğitim sistemine geçeceği açıklanmıştır.</p>
25.03.2020	<p>Ekonomik destek paketleri açıklanmıştır.</p>
27.03.2020	<p>COVID-19 verileri Sağlık Bakanlığı tarafından günlük tablolar ile paylaşılmaya başlanmıştır.</p>
03.04.2020	<p>30 Büyükşehir ve Zonguldak iline 15 gün süre ile giriş çıkışları yasaklanmıştır.</p> <p>Türk Hava Yolları iç hat seferlerini durdurmuştur.</p>
04.04.2020	<p>20 yaş altı vatandaşlar için sokağa çıkma yasağı getirilmiştir.</p> <p>Ukrayna’dan 103 Türk öğrenci Sakarya’daki öğrenci yurtlarındakarantinaya alınmıştır.</p>
05.04.2020	<p>20-65 yaş arası vatandaşlara ücretsiz maske dağıtılması kararlaştırılmıştır.</p>
08.04.2020	<p>Karantina uygulanan yerleşim birimi sayısı 156’ya çıkarılmıştır.</p>
09.04.2020	<p>Özel hastanelerin COVID-19 tedavisinde ilave ücret almayacağı bildirilmiştir.</p>
10.04.2020	<p>30 Büyükşehir ve Zonguldak’ta hafta sonu için (11-12 Nisan) sokağa çıkma yasağı getirilmiştir.</p>
14.04.2020	<p>THY tüm dış hat uçuşlarını 20 Mayıs 2020’ye kadar durdurduğunu açıklamıştır.</p>
15.04.2020	<p>Cezaevlerindeki yoğunluğu azaltmak amacıyla 90bin hükümlü</p>

	tahliye edilmiştir.
16.04.2020	Özel sektörlerin üç ay boyunca işçi çıkarmaları yasaklanmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine dair yasa çıkarılmıştır.
17.04.2020	Deniz yolu ile İstanbul'a giriş çıkışlar yasaklanmıştır. İkinci defa 31 ilde hafta sonu için (18-19 Nisan) sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir.
18.04.2020	Celp ve terhis tarihleri ertelenmiştir.
23.04.2020	Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı evlerden kutlanmıştır. Resmi tatil hafta sonu ile birleştirilmiş ve toplamda 4 günlük sokağa çıkma yasağı uygulanmıştır.

Alınan önlemlere rağmen COVID-19 salgını 2020 Nisan ayında rekor düzeylere çıkmıştır. Vakaların artması ile alınan tedbirlerin düzeyleri de artmıştır. 30 Nisan 2020 tarihi itibari ile toplamda 1.033.617 kişiye COVID-19 testi yapılmış, bu testlerden 120.204'ü pozitif çıkmış ve COVID-19 nedeniyle vefat sayısı da 3174'e ulaşmıştır (84) (Şekil 2).



Şekil 2. 30 Nisan 2020 Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu (84)

Nisan 2020'den sonra oldukça tehlikeli salgın dönemini geride bırakan Türkiye'de 4 Mayıs 2020 tarihi ile normalleşme takvimi açıklanmıştır. Bu normalleşme adımları ile kuaför, berber, güzellik salonları ve alışveriş merkezleri açılmış, sokağa çıkma yasaklarındaki tedbir düzeyleri azaltılmıştır. Mayıs 2020'deki

olumlu veriler ışığında Haziran için yeni normalleşme tedbirleri açıklanmış, kısıtlamalara birtakım gevşemeler getirilmiştir (6,80,85). (Tablo 3)

Tablo 3. Haziran 2020’den itibaren COVID-19 pandemisine karşı yapılmış olan önlemlere dair gevşemeler ve yeni gelişmeler(6,80,85)

Tarih	Alınan Karar
1.06.2020	Kafe, restoran, kahvehane, spor salonu, yüzme havuzu, kaplıca ve park gibi mekanlar belirli kurallar ve zaman sınırlamaları ile açılmıştır. 14 Büyükşehir ve Zonguldak’a uygulanan seyahat yasakları sona ermiştir. Kreşler faaliyete başlamıştır. Kamuda esnek mesai sonlandırılmıştır. Sürücü, bilgisayar ve yabancı dil kursları açılmıştır. Giyim pazarları açılmıştır. Milli Saraylara bağlı müzeler açılmıştır. Hava yolu şirketleri iç hat seferlerine başlamıştır.
2.06.2020	Maskesiz sokağa çıkma kısıtlamasının olduğu il sayısı 38’e çıkarılmıştır.
8.06.2020	Vaka sayılarının giderek arttığı Diyarbakır’da maskesiz sokağa çıkmak yasaklanmıştır.
9.06.2020	Cumhurbaşkanı Erdoğan koronavirüse karşı “Favipiravir” isimli ilacın müjdesini vermiştir. Düğün ve nikah salonlarının hizmete başlayacağı tarihler açıklanmıştır.
10.06.2020	18 yaş altı ve 65 yaş üstü vatandaşlar için sokağa çıkma yasakları esnetilmiştir. Lokanta, kafe ve kahvehanelerin çalışma saatleri uzatılmıştır. Milli Park ve doğal parkların 18 yaş altı ve 65 yaş üstü için ücretsiz olacağı kararlaştırılmıştır.
14.06.2020	Belirli tedbir ve kurallar çerçevesinde Milli Savunma Üniversitesi sınavı gerçekleştirilmiştir.

17.06.2020	Maskesiz sokağa çıkma kısıtlamasının olduğu il sayısı 45'e çıkarılmıştır.
18.06.2020	Ankara, İstanbul ve Bursa'da maske takma zorunluluğu getirilmiş ve böylece maske takmanın zorunlu olduğu il sayısı 48'e çıkarılmıştır.
20.06.2020	Belirli tedbir ve kurallar çerçevesinde Liselere Giriş Sınavı gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler sınava kendi okullarında girmişler ve sınav süreleri boyunca yurt genelinde sokağa çıkma yasağı uygulanmıştır.
27-28.06.2020	Belirli tedbir ve kurallar çerçevesinde Yükseköğretim Kurumları Sınavı 3 oturumda gerçekleştirilmiştir. Sınav süreleri boyunca yurt genelinde sokağa çıkma yasağı uygulanmıştır.

Haziran ayındaki normalleşmeden dolayı vaka sayıları yeniden yükselişe geçmiştir. Toplam pozitif vaka sayısı 199.906 olarak tespit edilip, vefat sayısı da 5131 olarak kayıtlara geçmiştir (86). Haziran ayındaki alınan bu normalleşme kararlarının erken olduğu birçok çevre tarafından yorumlanmış olsa bile kimi çevrelere göre bu yükselişin sorumlusunun bilinçsiz davranan vatandaşlar olduğu ifade edilmiştir (6,87).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 27-Temmuz – 2 Ağustos 2020 haftasını içeren haftalık raporunda COVID-19 kaynaklı toplam vaka sayısı 313.265 olarak açıklanırken, toplam ölüm sayısı da 5728'dir. İlk vakanın görülmesinden itibaren 5 ay sonrası geçmiş olan bu dönemde COVID-19 kaynaklı ölüm hızı %2,45 olarak hesaplanmıştır (88).

26 Ağustos 2020 tarihinde, artan vaka sayılarından kaynaklı kamu kuruluşlarında tekrardan esnek mesai ve uzaktan çalışılmaya izin verildi (89). 17 Kasım 2020 tarihinde okullardaki eğitim-öğretimin yıl sonuna kadar uzaktan eğitimle sürdürme, sokağa çıkma yasakları ve birtakım tedbirler açıklandı (90). Türkiye'de 2020 sonundaki toplam vaka sayısı 2 milyondan fazlayken, ölüm sayısı da 21 bine yakın olarak seyretmiştir (3).

14 Nisan 2021'de 2 haftalık kısmi kapanma uygulamasına geçildi. Hafta içi 19.00-05.00 saatleri arasında hafta sonunun ise tamamını kapsayacak şekilde sokağa

iken, ülkemizde Mayıs 2020’de %2,6 olarak, Mart 2021 de %0,69 olarak, Mart 2022’de ise 0,36 olarak saptanmıştır. Bu değer geçmiş 2003 SARS salgınında %11, MERS-CoV salgınında ise %35-50 olarak saptanmıştır (1,3).

COVID-19 Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçlar, SARS-CoV-2 virüsünün Spike (S), zarf (E), zar (M) ve nükleokapsid (N) proteinleri, proteaz ve RNA polimeraz enzimleri gibi yapıları hedefleyerek etki gösterirler. Hem önceki SARS salgınındaki deneyimler göz önüne alınarak hem de sürekli değişen pandemi tablosu içerisinde yer alan tedavi seçenekleri de sürekli olarak değişmiştir (38).

COVID-19 salgınının başlangıcında, elde etkinliği kanıtlanamamış bir antiviral bulunmadığından ve hastalığın tehlikeli olmasından dolayı dünyada ve ülkemizde bu hastalığa karşı başka viral hastalıkların tedavisi için onay almış ve küçük gruplarla yapılan deneysel çalışmalarla SARS-CoV-2’ye etkili olduğunu düşündüren tedaviler tercih edilmiştir. Daha sonraki süreçlerde ise daha geniş hasta gruplarını alan randomize klinik çalışmalar ile tedavi seçenekleri yeniden gözden geçirilmiş ve güncellenmiştir (95).

Salgının ilk zamanlarında tedaviye yönelik kullanılan ilaçlar arasında insan immün yetmezlik virüsü (HIV) için kullanılan darunavir, influenza için kullanılan oseltamivir gibi antiviral ilaçlar kullanılmıştır. Bunların yanında geniş spektrumlu umifenavir ve ülkemizde de kullanılan RNA’yı hedefleyen ilaç olan favipravir kullanılmıştır. RNA polimeraz inhibitörü olan remdesivir de ülkemizde kullanılan ilaçlar arasındadır. Tedavi seçenekleri arasında RNA polimeraz inhibitörü ribavirin, proteaz inhibitörü lopinavir ve ritonavir, viral genomu etkileyebilecek olan teikoplanın, azitromisin ve antimalaryal ilaçlar olarak klorokin ve hidroksiklorokin de COVID-19 tedavi seçenekleri olarak dünyada denenmiştir(38,96).

Bu tedaviler dışında daha ağır tablolar için immünmodülatör olarak adlandırılan ilaçlar da kullanılmıştır. Bunlara örnek olarak monoklonal antikor olan bevasizumab ve antiinflamatuvar olan talidomid tedavileri verilebilir. Antikogölan olarak kullanılan heparin ve türevleri de COVID-19’u ağır geçiren hastalarda tromboz oluşumunu engelleme amacıyla kullanılmıştır. COVID-19’da sitokinler nedeniyle hasara yol açan interlökinlere karşı üretilen anakinra da bu hasarları önlemek için

tercih edilmiştir (38,96,97).

Yeni gelişmeler ile hidroklorokin ve lopinavir/ ritonavirle ilgili olarak güvenilir randomize kontrollü çalışma sonuçları ile COVID-19 tedavisinde yeterince etkili olmadıkları görülerek kullanılmalarından vazgeçilmiştir. Favipiravirle ilgili yapılmış bazı çalışmalarda hastaların semptom sürelerini azaltabileceği bildirildiğinden, bu ilacın, hasta değerlendirilerek kullanılabileceği düşünülmüştür (95).

COVID-19 Aşıları

COVID-19 hastalığına yönelik aşı çalışmaları, elde var olan halihazır önceki laboratuvar deneyimlerine bağlı olarak hastalığın tehlikesinden ötürü hızlı bir şekilde geliştirilmiştir. Protein subunit, virüs benzeri parçacık (VLP) veya vektör aşıları gibi daha eski teknolojiler yanında yeni gelişen mRNA teknolojisiyle de aşılar ortaya konulmuştur (98). CoronoVac (SinoVac), Vero cell (SinoVac) ve ülkemizde geliştirilen TURKOVAC gibi aşılar inaktif virüs aşılarıdır. Vaxzevria ve Sputnik-V ise viral vektör aşılarıdır. Spikevax (Moderna) ve Comirnaty BNT162b2 (BioNTech) diye adlandırılan aşılar ise mRNA teknolojili aşılardır. DSÖ'nün Mart 2023 kayıtlarına göre şuanda 180 adet klinik geliştirme, 199 adet de prelinik evrede bulunan aşı çalışması bulunmaktadır (99).

COVID-19 Hastalığında SARS-CoV-2 Varyantları

Viral replikasyonun sonucu olarak mutasyonlar ortaya çıkmaktadır. RNA virüsleri tipik olarak DNA virüslerinden daha yüksek oranda mutasyon oranlarına sahiptirler. Buna rağmen koronavirüsler tipik RNA virüslerinden daha az oranda mutasyona uğrarlar, çünkü replikasyon sırasında yapılan bazı hataları düzelten bir enzimi kodlamaktadırlar. Bu durumda oluşacak mutasyonun akıbeti doğal seçim ile belirlenecektir. Replikasyon ile viral bulaşma ve bağışıklık özellikleri azalanlar ayıklanma eğilimindedir. SARS-CoV-2'deki mutasyonlarda virüsün sahip olduğu bölümlerde meydana gelen yeni mutasyonlarla yeni varyantlar oluşabilmektedir (100,101).

DSÖ, ortakları ve araştırmacılarla iş birliği içinde Ocak 2020'den bu yana

SARS-CoV-2'nin gelişimini izlemekte ve değerlendirmektedir. 2020'nin sonlarında, küresel halk sağlığı için artan bir risk oluşturan varyantların ortaya çıkması, küresel izleme ve araştırmaya öncelik vermek ve nihayetinde COVID-19 salgınına devam eden yanıtı bilgilendirmek için bu varyantları “İzlenmesi Gereken Varyantlar (VOI'ler)” ve “Endişe Edici Varyantların (VOC'ler)” olarak karakterize etmiştir. DSÖ ve uluslararası uzman ağları virüsteki değişiklikleri izlemektedir, böylece önemli amino asit değişimleri tespit edilirse gerekli bilgilendirmeleri ve uyarıları sağlayabilmektedir. Ayrıca yetkililer süreyans ve sekanslama kapasitelerini güçlendirerek, SARS-CoV-2 varyantlarının bulaşma derecesine ilişkin temsili bir gösterge sağlamak ve olağandışı epidemiyolojik olayları tespit etmek için sistematik bir yaklaşım uygulamaya teşvik etmektedirler (102).

DSÖ, COVID-19 referans laboratuvar ağı ve çeşitli ülke ve kurumlardan virolojik, mikrobiyal isimlendirme ve iletişim konusunda ek uzmanlardan oluşan bir grup bilim insanını bu varyantları değerlendirmek üzere bir araya getirmiştir. Bu uzman grubu Yunan Alfabesinin harflerini, yani bilimsel olmayan kitleler tarafından tartışılması daha kolay ve pratik olacak Alfa, Beta, Gama, Delta'yı kullanmayı tavsiye etmiştir. Bu adlandırma şemasını kullanırken ve ilk vakalardan (Aralık 2019) tanımlanan SARS-CoV-2'nin genomik dizisine atıfta bulunurken, 'indeks virüs' terimi kullanılmaktadır. Şubat 2023 tarihi ile Endişe Edici Varyant statüsünde Omikron varyantı bulunurken, önceki Endişe Edici Varyant'lar ise Alfa, Beta ve Gamma ve Delta varyantlarıdır (103).

COVID-19 PANDEMİSİ VE İNFODEMİ

İnfodemi, İngilizce olarak “information” ve “pandemic” sözcüklerinden türetilmiş bir ifadedir. DSÖ, COVID-19'a yönelik gerçek dışı ya da hatalı bilgilerin yayılımının “aşırı bilgi yükünün kaçınılmaz olarak beraberinde yanlış veya güvenilir olmayan bilgileri de getirmesini, yanlış bilgi epidemisini” karşılayan bu fenomen kapsamında tanımlanmaktadır. Bu durum toplumlarda panik ve korkuya sebep olabildiği gibi hastalıkla mücadeleyi güçleştirebilir ve damgalamayı artırabilir (104–106).

İnfodemi mevcut pandemi nedeniyle kısa sürede büyüyebilir. Bu durumda, yanlış bilgi ve söylentilerin yanı sıra, bilgilerin şüpheli bir şekilde manipüle

edilmesiyle birlikte sahneye çıkar. Bilgi çağında, bu olgu sosyal ağlar aracılığıyla güçlenir ve tıpkı bir virüs gibi daha uzağa ve daha hızlı yayılır (104).

Eysenbach, “Infodemiology: The epidemiology of (mis)information” başlıklı makalesinde bir başka kavram olan “infodemioloji”yi ele almıştır. Burada “infodemioloji”, epidemiyolojinin tanımından esinlenilerek sağlık bilgisinin ve yanlış bilginin dağılımı ve belirleyicileri ile ilgili çalışmalar olarak tanımlanmaktadır (107).

İnfodemi, henüz belirli bir tedavisi veya aşısı olmayan, kolayca yayılan ve yeni ortaya çıkan bir bulaşıcı hastalığa benzetilebilir. Bulaşıcı hastalık, temas sayısı ve süresi gibi faktörlerle etkileniyorsa, infodemiye de SOY düzeyleri ile ilgili faktörler veya sosyoekonomik düzey düşüklüğü ile, infodemi yayıcılarının hareketliliği ile ve sağlık otoritelerinin bilimsel kanıtlarla verdikleri yanıtların hızı ve etkinliği ile ölçülebiliriz (108).

Habere Ulaşmada Yeni Dijital Gerçeklik ve İnfodemi

Online (Çevrimiçi) platformlar genellikle bilginin kaynağını oluşturmazlar, yanlış bilginin yayılmasında etkilidirler ve adeta bir yakıt görevi üstlenirler. COVID-19 salgını sürecinde Twitter, Instagram, YouTube, Reddit gibi sosyal medya araçları incelendiğinde yayımlama ve yorumlama açısından en yüksek etkileşim hacmi, YouTube ve Twitter gibi ana platformlarda olmuştur (109).

Daha önceki SARS, MERS, H5N1, H7N9 ve Ebola salgınları ile ilgili yapılan infodemiolojik araştırmalarda, çoğunlukla etkileşime olanak veren, kaynak ile alıcı arasında herhangi bir aracı olmadan bilginin aktarılmasını sağlayan sosyal medya araçları üzerinden toplanan çarpıcı veriler ortaya konmuştur (110).

Politika ve İnfodemi

COVID-19 pandemisinin şiddeti, yayılımı ile ilgili kanıtlar yetersiz düzeyde olup birikmeye devam ederken birçok dünya lideri, uzmanların basit kişisel önlemler ile ilgili önerilerine dahi yer vermeyip herhangi bir olumsuzluğun yaşanma olasılığının olmadığı konusunda keskin bir tutum sergilemiştir. Politik düzlemin, düşük kanıt düzeyinde veya kanıtlanmamış bilginin yayılımına elverişli bir ortam yarattığı bilinmektedir. Bu ortamda “yanlış güvence verilmesi” örnekleri daha önce yaşanan

olumsuz tecrübelerin bir devamı olarak ne yazık ki COVID-19 pandemisi sürecinde de yaşanmıştır.

DSÖ tarafından infodemi ile mücadelede hükümetlerin atması gereken adımların başlıca bilim insanlarının sürece liderlik etmelerine izin vermek ve yanlış güvence vermemek olduğu açıkça hatırlatılmıştır (111).

Damgalama ve İnfodemi

İnfodemi, psikososyal dinamiklerde gelişen ve hızla çoğalan önyargıları da içermektedir. COVID-19 pandemisinde bu önyargılardan biri olan sağlık bağlamında damgalanma, belirli özellikleri ve belirli bir hastalığı paylaşan bir kişi veya grup ile ilgili negatif ilişki kurulmasıdır. Bu durum negatif ilişki kurulan insanların etiketlendiği, klişeleştirildiği, ayrımcılığa uğradığı, ayrı olarak tedavi edildiği anlamlarına gelebildiği için ayrıca önlenemez sağlıkta eşitsizlik nedenlerinden biridir. Ayrıca ayrımcılığa maruz kalmamak için insanları hastalığı gizlemeye yönlendirebileceği, sağlık hizmeti alınmasını geciktirebileceği veya engel olabileceği için herkes için tehlike oluşturur (112)

Bu tehlike göz önüne alındığında infodemiye karşı savaşırken,

- Gerçek bilgileri yaymak,
- Damgalanan insanlar hakkında diğer insanları düşünmeye teşvik etmek,
- Farklı etnik grupların ve sınıfların birlikte temsil edildiğinden emin olmak,
- COVID-19 hastalığı etkeni ile enfekte olup iyileşmiş olan veya sevdiği biri iyileşmiş olan insanların hikayelerini yaymak gibi öneriler üzerinde durulmuştur.

Medya raporlarının, kanıta dayalı bilgileri yaymayı ön planda tutarak bu anlamda bağlamdan kopuk olmamaları, damgalanmaya yol açabilecek söylentilerle ve yanlış bilgilerle mücadeleye yardımcı olacak şekilde dengeli olmaları hayati öneme sahiptir (108,113).

DSÖ Önderliğindeki COVID-19 Pandemi Sürecinde İnfodemi Yönetimi

Kanıtı Tanımlamak

İnfodemi yönetimi sadece operasyonel bir uygulama değildir, aynı zamanda

bilime ve kanıta dayalı olması gereken bir uygulamadır. Aşırı, bunaltıcı veya kafa karıştırıcı olmayacak şekilde güvenilir bilginin oluşturulmasını ve yayılmasını yönetmenin yanında yanlış bilgilere karşı koymak bu noktadaki temel zorluklardır. Ayrıca yanlış bilgilerin ve dezenformasyonun belirlenmesi ve doğrulanması uluslararası iş birliği gerektirir. Bu tür uygulamalar DSÖ'nün normatif işlevi olsa da ülkeler sosyal medya içeriklerini analiz ederek ve sonuçlarını sunarak bu çalışmalara katkıda bulunabilirler (108,113).

Bilimi ve Bilgiyi Kullanılabilir Hale Getirmek

Sağlık otoriteleri, saygılı bir şekilde iletişim kurabilir, kararlı mesajları hızlı ve açık bir şekilde meslekten olmayan kişinin dilinde iletebilir ve söylediklerinin çarpıtılmamasını veya yanlış sunulmamasını sağlarsa kendilerini güvenilir otoriteler olarak kabul ettirebilirler. Bunu yapmak için iyi bilginin tüm toplumların tüm kesimlerinin erişebileceği şekillerde sunulan, eyleme geçirilebilir davranış değişikliği mesajlarına dönüştürülmesi gerekir. Kullanılan mesajlarda kültürel ve bağlamsal hassasiyet, yerel dillere tercüme; savunmasız ve/veya ulaşılması zor toplulukları hedefleyen bilgilerin kullanılabilirliğini sağlamak için ise ek olarak koordineli çalışma gereklidir (108,113).

Pozitif Eylemi Yaygınlaştırmak ve Güçlendirmek

Güçlendirme esas olarak ülke düzeyinde gerçekleşir ve güven oluşturmak, doğru bilgiyi doğru zamanda doğru kişilere yaymak amacıyla gerçekleştirilir. Ülkeler metinler, videolar ve infografikler dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere gerekli tüm medyayı kullanarak güvenilir, özgün ajanslar aracılığıyla sosyal platformların kullanımını optimize etmelidir. Yanlış bilgilerin zamanında düzeltilmesi veya gerektiğinde çürütülmesiyle birlikte kültürel açıdan uygun formatlarda, tekrarlanan, doğru mesajlara ihtiyaç vardır.

Hükümetler ve diğer ilgili aktörler, bu toplulukların temsil ettikleri kitlelere hitap etmelerine yardımcı olabilecek tavsiye ve mesajların daha iyi uyarlanması için endişeleri ve bilgi ihtiyaçlarını anlamak için kilit topluluklara ulaşmalıdır. (108,113).

Etkiyi Ölçmek

Dijital platformlarda nüfusun duygularının anlaşılmasını kolaylaştırabilecek ve halk sağlığı önlemlerinin etkisine rehberlik edebilecek çok sayıda bilgi bulunmaktadır. İnfodeminin yönetilmesi için öncelikle bu fenomenin anlaşılması gerekmektedir, bu zorluk sektörler arası ve uluslararası bilimsel işbirliği için büyük bir potansiyel sunmaktadır (108,113).

Koordinasyon ve Yönetim

Acil durum şartlarında salgınları ve infodemiği yönetmek toplumun tümünü kapsayan bir yaklaşım gerektirir. En etkili yanıt için özel ve kamu aktörleri multidisipliner iş birliğine öncelik vererek bir araya gelmelidir. Olası müdahale önlemlerinin kapsamı ve etkinliği, tüm bu aktörler arasındaki iş birliğinin derecesine bağlı olarak artar. Bunun başarılması için DSÖ, DSÖ üye devletleri, bilim ve kamu sağlığı kurumları, özel sektör, sivil toplum, akademi, sahadaki sağlık çalışanları dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere paydaşlar arasında daha iyi bir koordinasyon gereklidir. Doğru bilgiler alınan önlemlerin süresiyle beraber mevcut durumu, müdahaleleri, müdahale planlarını da içerdiğinde belirsizliği azaltarak iletişimi güçlendirir. Toplum sağlığı stratejilerinin hayata geçirilmesi sadece mevzuat düzenlemeleri ile mümkün değildir, stratejilerin uygulanabilirliği toplumsal kabul ile desteklenmek zorundadır (108,113).

Dünyada COVID-19 pandemi sürecinde DSÖ'nün infodemi ile mücadele süreci

İnfodemi yönetiminde önemli bir araç olan “Risk iletişimi ve toplum katılımı uygulamaları” alanındaki birçok uygulamayı teşvik eden ilk rehber 22 Ocak 2020’de oluşturulmuştur (108,114). DSÖ, COVID-19 salgınını bir “Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu” olarak deklare ettiği 31 Ocak 2020 tarihinden hemen sonra, infodeminin yönetimi için DSÖ Risk İletişimi Ekibi tarafından Salgın Bilgi Ağı (EPI-WIN) başlatıldı. Oluşturulan bu ağ kanıta dayalı güvenilir kaynakları tanımlayarak toplumların acil bilgi ihtiyacına cevap vermeyi amaçladı (115). 2 Şubat 2020’de DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC) gibi kuruluşlar yoluyla iletişim mücadelesi güçlendirildi. İlk adımda sosyal medya kanallarında COVID-19 ile ilgili halk sağlığına

zarar verebilecek birçok yanlış bilginin ve söylentinin tespiti için listeler ve infografikler yayınladı (116,117).

Sosyal medya alanında da önemli adımlar atan DSÖ, 20 Mart 2020’de WhatsApp ve Facebook ile ortaklık kurarak sağlık uyarısı mesajlaşma hizmetini başlatmıştır. Bu platformlar üzerinden semptomlar ve insanların kendilerini nasıl koruyabilecekleri de dahil olmak üzere COVID-19 hakkında en son haberler ve bilgiler paylaşılmıştır (118,119).

DSÖ, 7-8 Nisan 2020 tarihlerinde “COVID-19 infodemisinin yönetilmesi” başlığı altında iki günlük, küresel çevrimiçi bir danışma toplantısı düzenlendi. Bu toplantıda COVID-19 infodemisi bağlamında dört ana prensip belirlenmiştir:

- Müdahaleler ve mesajlar kanıta dayanmalıdır.
- Bilgi, toplumların tüm sektörleri tarafından erişilebilecek şekilde sunulan, eyleme geçirilebilir davranış değişikliği mesajlarına dönüştürülmelidir.
- Hükümetler, kilit topluluklara ulaşarak toplumun endişelerini ve bilgi ihtiyaçlarını anlamalı, bu şekilde tavsiyelerini ve mesajlarını uyarlamalıdır.
- Stratejik ortaklıklar, akademi ve sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra sosyal medya ve teknoloji platformları ile de kurulmalıdır (120).

DSÖ, bu süreçte yanlış bilgi üretilmesine ve buna bağlı olarak oluşabilecek siber saldırı ve dolandırıcılıkları engellemek adına 23 Nisan 2020’de uyarı içeren bir haber yazısı ve 28 Nisan 2020’de de bir kısa mesaj kütüphanesi yayınlamıştır (121,122).

İnfodemi yönetimini sağlayabilmek açısından 30 Haziran – 16 Temmuz 2020 tarihleri arasında DSÖ önderliğinde 1. İnfodemioloji Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansın en önemli çıktısı olarak infodemi yönetiminin dayanması gereken 5 temel alan açıkça tanımlanmıştır ve bu alanlara yönelik mücadele edilmesi gereken konular belirlenerek mücadelenin yol haritası da ayrıntılı şekilde belirlenmiştir (113,123). Burada infodemi yönetiminde belirlenecek çerçeve oluşturulmuştur:

Kanıtın Tanımlanması

Bilimsel bilgilerin güvenilir bir şekilde oluşturulması ve kafa karıştırıcı biçimde olmaması, harmanlanıp gözden geçirilmesi gerekmektedir. Hükümetler ve halk sağlığı kurumları yanlış bilgilerin güvenilir düzelticileridir ve bunu yapmaya devam etmeleri gerekmektedir.

Bilgi ve Bilimin Tercüme Edilmesi

Sağlık otoriteleri mesajları hızlı bir şekilde iletebildikleri ve güvenilir olmaları gerekli olduğundan dolayı iyi bilginin eyleme dönüştürülebilir davranışlara dönüşmesi ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Bu yüzden bu bilgilerin yanlış anlaşılmaya, çarpıtılmaya yönelik olmaması şeklinde çevrilmeli, kullanılan mesajlarda kültürel ve bağlamsal hassasiyet gerekmektedir.

Güçlendirici Eylem

Bu eylemler esas olarak ülke düzeyinde gerçekleşir ve güven oluşturmak doğru bilgiyi doğru zamanda doğru kişilere yaymak amacıyla yürütülür. Ülkelerde metin, video ve bilgilendirici grafikler ile tüm sosyal medyayı da kullanarak sosyal platformların kullanımı optimize edilmelidir. Hükümetler ve diğer ilgili tüm paydaşların bu toplulukların temsil ettikleri kitlelere hitap etmelerine yardımcı olabilecek mesajları ve tavsiyeleri daha iyi uyarlayabilmesi için kilit topluluklara ulaşabilmeleri gereklidir.

Etkinin Ölçülmesi

İnfodeminin yönetilebilmesi için anlaşılması gerekmektedir ve bu zorluk sektörler arası ve uluslararası bilimsel iş birliği için önem arz etmektedir. Bu yüzden, infodeminin ölçmeye ve tanımlamaya, eğilimleri ve mesajların ve müdahalelerin etkisini izlemeye yardımcı olabilecek verilerin toplanması, düzenlenmesi ve analiz edilmesi için kilit öneme sahiptir.

Koordinasyon ve Yönetim

COVID-19 pandemisine yönelik sahte haberlerle ilgili sürekli güncellenen bir dizi kılavuz ile, güvenilir bilgi üretme ve yaymaya yönelik birleşik bir strateji ve yanlış bilgileri düzeltmeye yönelik ölçülü bir yaklaşım rehberliğinde her türlü bilgi akışını yavaşlatmak ve düzene sokmak için çalışmak gerekmektedir. Bunlara yönelik etkili

bir müdahale için kamu ve özel sektördeki bir araya gelmesi ve multidisipliner koordinasyona öncelik vermeleri gerekir. Yapılacak olası müdahalelerde bu aktörlerin toplumla da iş birliği içerisinde hareket etmesi gerekmektedir (123).

Oluşturulan bu kavramsal çerçeveler neticesinde 30 Ekim 2020 tarihinde birinci Birinci DSÖ İnfodemik Yönetim eğitimi, 1 Haziran 2021 tarihinde de İkinci DSÖ İnfodemik Yönetim eğitimi ve 16 Kasım 2021 tarihinde de Üçüncü DSÖ İnfodemik Yönetim eğitimi düzenlemiştir (124–126).

Her salgının beraberinde getirdiği infodemi, son dönemde sosyal medya iletişim ağlarının yaygınlaşması ile COVID-19 mücadelesinin merkezinde en önemli zorlayıcı faktörlerden biri olmuştur. Bu süreçte DSÖ ile aynı medya kanallarını kullanan politika düzlemi, insanlara sağlık konusunda doğru bilgiyi ulaştırmada ayrıca mücadele edilmesi gereken bir başka saha haline gelmiştir. DSÖ önderliğindeki infodeminin yönetiminde ‘risk iletişimi ve toplum katılımı’ çatısı altındaki birçok uygulama destekleyici olmuştur. Pandemi süreci, topluluklara doğru bilgi iletimi için esnek ve sağlam sistemlerin inşa edilmesi ihtiyacını belirginleştirmiştir; çevrim içi-çevrim dışı söylentilerin ve yanlış bilgilerin tanımlanıp görünür hale getirildikten sonra toplulukların değer yapılarının da hesaba katılarak aşamalı şekilde mücadele edilmesi önem kazanmıştır (108).

COVID-19 PANDEMİSİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

DSÖ tarafından SOY kavramı “bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleri” olarak tanımlamıştır (8). SOY terimi ilk kez 1974 yılında S. K. Simonds tarafından yazılan “Health Education as Social Policy” adlı makalede kullanılmıştır (127).

SOY kavramının uluslararası gündemde yer alması, 2016 yılındaki 9. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansı’nda olmuştur. Hazırlanan “2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Doğrultusunda Sağlık Geliştirilmesi ve Şangay Deklarasyonu” kapsamında tüm dünya için, SOY kavramı sağlığın kritik belirleyicisi olarak

tanımlanmış ve tüm toplumlarda geliştirilmesine yönelik fikirler oluşturulmuştur (128).

Yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve uzun vadeli sürdürülebilir SOY düzeyi; bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme çalışması için çok önemli bir araç olarak görülmektedir (129). Düşük SOY düzeyinin kronik hastalıklarda çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Kısıtlı SOY düzeyi; sağlık sisteminde uygulama güçlükleri, tıbbi geçmişle ilgili yanlış veya eksik raporlar, doktor randevularını kaçırmama, ilaçların zaman ve doz açısından yanlış kullanımı, kronik hastalık tedavilerine bağlılık oranlarında azalma ve hastaneye yatış riskinde artış ve yüksek mortalite gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (129–133).

SOY işlevsel, eleştirel ve interaktif olmak üzere üç seviyeden oluşmaktadır. İşlevsel SOY, günlük durumlarda etkili bir şekilde çalışmayı sağlayan okuma, yazma ve temel iletişim becerilerini içerir. Eleştirel SOY, bilgiyi eleştirel olarak analiz etmeyi ve yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bilgiyi kullanmayı içerir. Bunlardan daha sonra ortaya çıkan interaktif SOY ise bilgiyi çıkarmak ve farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak ve değişen koşullara yeni bilgiler uygulamaktan ibarettir (134).

SOY düzeyinin değerlendirilebilmesi ve ölçülmesi konusunda dünyada pek çok yöntem uygulanmıştır (135–137). Türkiye’de SOY düzeyi için geliştirilmiş olan önemli yöntemler ise, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47 (HLS-EU-Q47)’nin Türkçe uyarlaması olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) ve bu ölçeğin uyarlanması ile geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)’dir (138).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan SOY düzeyi belirleme araştırmasında, toplumun %30,9’unun yetersiz, %38,0’inin sorunlu-sınırlı, %23,4’ünün yeterli, %7,7’sinin ise mükemmel düzeyde olduğu saptanmıştır. Yani burada yaklaşık olarak, 10 kişiden 7’sini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu bulunmaktadır (139).

Sekiz ülkeyi kapsayan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı düzeyi araştırmasında; %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli ve %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır (137). ABD’deki yapılan çalışmada ise; %12 yeterli, %53 orta

düzeyde, %22 temel düzeyde ve %14 temel düzeyin altında saptanmıştır (140). Türkiye’deki saptanan yetersiz SOY düzeyi bu araştırmadakilerden neredeyse iki kat daha fazla olarak saptanmıştır.

Türkiye’nin SOY düzeyi yapılan karşılaştırmada, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı düzeyi araştırmasında en düşük düzeyde kalan Bulgaristan’ın düzeyinden de düşük seviyede saptanmıştır. Bu nedenle T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2019-2023 Stratejik Eylem Planında SOY düzeyi yüksek bir toplum oluşturmak hedefi doğrultusunda bu sorunla mücadele noktasında çalışmalar yürütülmektedir (141).

COVID-19 pandemisi ile SOY kavramının bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için olduğu kadar bulaşıcı hastalıklar için de oldukça önemli olduğu ortaya çıkmıştır(142). SOY düzeyinin bulaşıcı hastalıklar ile ilişkisini inceleyen bir sistematik derlemede, yetersiz SOY düzeylerinin koruyucu davranışların daha az benimsenmesi ve tedaviye uyum zorluğu konuları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca SOY düzeyi ile HPV ve influenza bağışıklama farkındalıkları ile ilgili pozitif ilişkiler de saptanmıştır (143).

Bağışıklama düzeyinde de SOY’un etkinliğinin önemli olduğu noktalardan biri de aşı karışıklığı kavramıdır. Aşılarla yönelik bilgi düzeyinin düşük olmasına etki eden faktörlerden birisi de düşük SOY düzeyidir. Yüksek SOY düzeyine sahip bireyler, aşılama hakkında doğru kaynaklardan bilgi edinebilmekte ve toplumsal bağışıklığın sağlanmasına ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye katkı sağlamaktadırlar (143).

Sağlık Okuryazarlığının COVID-19 Pandemisine etkisi

COVID-19’un hızlı bir şekilde pandemiye dönüşümü, insanları bu konuda bilgi edinmeye ve hızlı bir şekilde davranışlarını değiştirmeye zorlamıştır (9). İnsanlar arasında COVID-19’un önlenmesi konusunda eğitim vermeyi amaçlayan sağlık iletişimi hızla yaygınlaşmıştır. Bu süreçte dünyada hem bir pandemi hem de bir infodemi yaşanmıştır. Dünya çapında çeşitli platformlarda COVID-19 ile ilgili bilgiler hızla artmıştır. Bu “küresel yanlış bilgilendirme salgını” sosyal medya platformları ve diğer yayınlar yoluyla hızla yayılmaktadır (9,144).

Siyasi ve sağlık otoritelerinin aktarmaya çalıştığı ifadelerin hedef kitle tarafından anlaşılması pandemi sürecinde birçok zorluk ortaya çıkartmıştır. Ortaya çıkmış olan haberleri ve resmi duyuruları anlamak ve bunlara uymaya çalışmak toplum

için oldukça güç olmuştur. Toplumun bu yeni ortaya çıkmış olan bilgi ve davranış özelliklerini eylemlere dönüştürebilmesi için yeterli düzeyde SOY seviyesine ihtiyacı vardır (144).

Toplumun bu küresel salgın sırasında karşı karşıya kaldığı birçok terim de göze çarpmaktadır. “Sürü bağışıklığı, filyasyon, pandemi” gibi daha birçok tıbbi terimle karşı karşıya kalan halk hayatlarına bu yeni giren terimleri anlamlandıramamıştır. Bu sebeple, toplumda birtakım panik alışverişi oluşmuş ve önerilen güvenlik uyarılarına uyum oldukça azalmıştır. Salgının kontrol altına alınabilmesi için alınan tedbirlerin uygulanabilmesi için toplum tarafından önemlerinin de anlaşılması gerekmektedir ki bu da SOY düzeyinin yüksek olması ile mümkündür (145).

Yaşanılan bu pandemide gelişen teknolojiye erişim bilgisy ulaşmak da kolaylaşmıştır. Gerek çevrimiçi platformlarda, gerekse sosyal medya ortamında sağlık bilgilerini arama, anlama, değerlendirme ve günlük faaliyetlerde doğru bir biçimde uygulayabilmek için gerekli olan “dijital sağlık okuryazarlığı” SOY açısından giderek daha önemli bir hale gelmiştir (129). Pandemi sürecinde bulaşın yayılımını engellemeye yönelik uygulamalar insanların evlerinden daha fazla zaman harcamalarına neden olmuştur ve insanlar bu tehdidi bilmek amacı ile daha çok elektronik kaynaklara yönelmişlerdir. Bu yüzden dolayı çevrim içi platformlardaki bilgi kirliliği ve yanıltıcı ifadeler insanların yanlış uygulamaları benimseyerek toplum sağlığını olumsuz etkilemesi ile sonuçlanabilir (146).

COVID-19 pandemisi gibi kriz dönemlerinde kişilerin, aşırı panik ya da sorunu umursamamak yerine risk analizini doğru yapıp ve uygun davranışlar geliştirmesi sağlanmalıdır. Bu nedenden dolayı kişilerin sadece sağlık bilgilerini okuma ve anlama yetilerinden ziyade bilgileri analiz edip yorumlamayı gerektiren eleştirel bir SOY’a ihtiyaçları vardır (145).

Pandemi sürecinde, kural yapıcıların acil kararlar alması ve uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle SOY düzeyini geliştirmek için yeterli zaman yoktur. Salgın ortamında toplumların hastalıktan koruyucu davranışlarını uygun şekilde yönlendirilmesi, tıbbi önlemlerin yanında yer alan anahtar bir faktördür. Sağlık kurumlarının SOY ile ilgili ilkeleri dikkate alması, kolaylıkla anlaşılabilir ve uygulanabilir bilgiler vermesi, erişilebilir bilgi kaynakları oluşturması, salgının

gidişini belirleyen faktörler arasında yer alacaktır. Toplumlardaki kısıtlı SOY düzeylerinin iyileştirilmesi ortaya çıkabilecek salgın hastalıklarla mücadeleyi kolaylaştıracaktır (144,147).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel yöntem ile yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma Eylül 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama işlemi Ekim 2022 – Şubat 2023 döneminde Denizli Merkez ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmamızın evrenini Denizli ilinin merkez ilçeleri olan Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişiler oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklem hesabı G*Power 3.1 programı ile yapılmıştır. COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin alacağı değerlerin ortalama ve standart sapma dağılımı küçük örneklem büyüklüğünde ($d=0,3$) olduğu kabul edilerek Tip 1 hata düzeyi (α) 0,05; Çalışmanın gücü ($1-\beta$) değeri de 0,90 alınarak 470 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu sayıya %20 yanıtızsızlık oranı eklenerek araştırmaya katılması gereken kişi sayısı en az 564 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemine dahil edilecek Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı kişi sayıları elde edilemediği için Denizli iline bağlı iki merkez ilçenin düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik seviyelerini temsil eden üçer adet Aile Sağlığı Merkezi basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Seçilen Aile Sağlığı Merkezleri Pamukkale ilçesi için; Çamlık Aile Sağlığı Merkezi, Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi, Deliktaş Aile Sağlığı Merkezi olurken, Merkezefendi ilçesi için seçilenler ise, Halil Çarkıt Aile Sağlığı Merkezi, İbrahim Cinkaya Aile Sağlığı Merkezi, Üçler Aile Sağlığı Merkezi olmuştur.

Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

- En az okuryazar seviyesinde bir eğitim düzeyi olmak,
- Türkçe konuşabiliyor olmak,
- İletişim kurabiliyor olmak,
- 18-65 yaşları arasında olmak.

Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri

- Dahil edilme kriterlerini karşılamıyor olmak,
- Sağlıkla ilgili alanlarda profesyonel veya çalışıyor olmak,
- Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle formu dolduramayacak durumda olmak.

VERİ TOPLAMA

Araştırmamızın verileri yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formunda 20 soru katılanların sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerini, 2 soru sağlık kuruluşlarına başvurma özelliklerini ve 5 soru da COVID-19 ile ilgili özellikler sorgulanmaktadır. Araştırmaya katılanların COVID-19'a yönelik bilgi özelliklerini sorgulamak amacıyla ise 16 maddelik COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin ilk 12 maddelik bilgiye yönelik soruları kullanılmıştır ve sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek amacıyla da 32 maddelik TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır (EK-1).

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Araştırmanın bağımlı değişkeni COVID-19'a yönelik bilgi düzeyidir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri, aylık gelir algısı, kronik veya düzenli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık varlığı, sağlık kuruluşlarına başvuru tercihleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyidir.

COVID-19'A YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği Kurt ve arkadaşları tarafından Zhong ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılması ile oluşturulmuştur. Ölçek 5 alt boyut ve 16 maddeden oluşmaktadır. İlk 12 sorudan oluşan bilgiye yönelik sorular Klinik Sunumlar alt boyutu (Madde 1-4), Bulaşma Yolları alt boyutu (Madde 5-7) ve Önleme ve Kontrol alt boyutu (Madde 8-12) olmak üzere 3 faktörden oluşmaktadır. Bu faktörlerin soruları “Doğru”, “Yanlış” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Buna göre verilen doğru yanıtlar için 1 puan, yanlış yanıtlar ve “Bilmiyorum” seçeneği için ise 0 puan verilmektedir. Toplam ölçek skoru en düşük 0, en yüksek 12 olabilir. Yüksek puanlar, COVID-19'a yönelik yüksek bilgiye sahip olduğunu, düşük puanlar ise düşük bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca COVID-19'a yönelik tutumlar ile ilgili iki madde ve COVID-19 davranışı hakkında iki madde bulunmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlılığı için bakılan Cronbach's Alpha değeri tüm ölçek için 0,74 olarak saptanmıştır (148,149).

Tablo 4. COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin bilgi soruları kullanılarak hazırlanmış formdaki sorular ve doğru yanıtları

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1- COVID-19'un ana klinik semptomları ateş, yorgunluk, kuru öksürük ve kas ağrısıdır.	✓		
2- COVID-19 virüsü olan kişilerde soğuk algınlığının aksine, burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve hapşırma daha az görülür.	✓		
3- Şu anda COVID-19 için etkili bir tedavi yoktur, ancak erken semptomatik ve destekleyici tedavi çoğu hastanın enfeksiyondan kurtulmasına yardımcı olabilir.	✓		
4- Çoğu hastada COVID-19 ağır bir seyir göstermemektedir. Sadece yaşlı, kronik hastalığı olan ve obezlerde daha ciddi bir hastalık seyri göstermesi olasıdır.	✓		
5- COVID-19 virüsüne, yabani hayvanları yemek veya yabani hayvanlara temas etmek neden olur.	✓		
6- COVID-19 tanısı alan kişiler, ateş olmadığında virüsü başkalarına bulaştıramaz.		✓	
7- COVID-19 virüsü, enfekte bireylerin solunum yolu damlacıkları ile yayılır.	✓		
8- İnsanlar, COVID-19 virüsünün bulaşmasını önlemek için genel tıbbi maskeler takabilirler.	✓		
9- COVID-19 virüsünün bulaşmasını önlemek için çocuklar ve yetişkinlerin önlem almaları gerekli		✓	

değildir.	
10- COVID-19 enfeksiyonunu önlemek için, insanlar, tren istasyonları gibi kalabalık yerlere gitmek ve toplu taşıma araçlarını kullanmaktan kaçınmalıdır.	✓
11- COVID-19 tanısı almış kişilerin izole ve tedavi edilmesi, virüsün yayılmasını azaltmada etkili bir yöntemdir.	✓
12- COVID-19 virüsü bulaşmış biriyle temas eden kişilerin derhal uygun bir yerde izole edilmesi ve karantina süresi boyunca gözlem altına alınması gerekir.	✓

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 32 (TSOY-32) ÖLÇEĞİ

TSOY-32 Okyay ve arkadaşları tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)'nin Türkçe'ye uyarlanması ile geliştirilmiştir. Ölçek her biri beşli likert biçiminde (Çok kolay, Kolay, Zor, Çok zor ve Fikrim yok) 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi hesaplanan indeks puanı ile olmaktadır. İndeks puanının formülü ise $\text{İndeks} = (\text{ortalama} - 1) \times (50/3)$ şeklindedir. Hesaplanan indeks puanına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi dört kategoride sınıflandırılmaktadır:

- 0-25 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- >25-33 puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- >33-42 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı
- >42-50 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

TSOY-32'nin Okyay ve arkadaşları tarafından çalışmada genel iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha değeri 0,927 olarak saptanmıştır (138).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmamızda elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken isimsel değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, 1. ve 3. çeyrekler gibi tanımlayıcı ölçütler verilmiş olup, ölçümsel verilerin analizinde kesikli değerler olduğundan dolayı nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri

uygulanmıştır. Analizler sonucunda $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyiyle ilişkili etmenlerin değerlendirilmesinde çoklu doğrusal regresyon (backward) modeli oluşturulmuştur. Modele tek değişkenli analizlerde p değeri 0,05'ten küçük olan değişkenler dahil edilmiştir. Birbiri ile yakın ilişkili bazı değişkenler ve bağımlı değişkenin sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülen değişkenler modele dahil edilmemiştir.

ARAŞTIRMANIN İZİN VE DESTEKLERİ

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13.07.2021 tarih ve 13 sayılı kararı ile araştırmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığı onaylanmıştır (EK-2). Araştırma için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Sağlık bakanlığından gerekli izinler alınmıştır (EK-3 ve EK-4). COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin kullanım izni için geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan yazardan da izin alınmıştır (EK-5). Katılımcılara anketi uygulama öncesi yapılan ön bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırmada 565 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların %50,1'i Pamukkale ilçesinde, %49,9'u da Merkezefendi ilçesindedir. Araştırmaya katılanların hangi ilçeden ve hangi Aile Sağlığı Merkezinden katıldığı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Denizli'de araştırmanın yapıldığı merkez ilçeler ve Aile Sağlığı Merkezleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlçe		
Pamukkale	283	50,1
Merkezefendi	282	49,9
Aile Sağlığı Merkezi		
Çamlık ASM	104	18,4
Cumhuriyet ASM	83	14,7
Deliktaş ASM	96	17,0
Halil Çarkıt ASM	90	15,9
İbrahim Cinkaya ASM	94	16,6
Üçler ASM	98	17,3

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $40,79 \pm 15,13$; %61,2'si kadındır. Doğum yeri yüzdesi olarak en fazla %60,4 ile il merkezi; en uzun süre yaşanılan yerleşim birimi olarak da %83,9 ile il merkezidir. En uzun yaşanılan yerleşim biriminde ortalama geçirilmiş olan süre $24,38 \pm 9,65$ yıldır. Araştırmaya katılanların öğrenim düzeyleri sırası ile %16,3 İlkokul mezunu, %12,0 ile Ortaokul mezunu, %30,6 ile Lise mezunu, %31,9 ile Lisans düzeyi mezunu ve %9,2 Yüksek Lisans/ Doktora mezunu düzeyi şeklindedir. Araştırmaya katılanlarda temel sosyodemografik özellikler Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılanların temel sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	219	38,8
Kadın	346	61,2
Yaş		
	<i>Sayı (n)=565; Ort.±SS. = 40,79 ± 15,13</i>	
	<i>Min.-Maks. = 18 - 80</i>	
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 40 (29 - 53)</i>	
Doğum yeri		
İl	341	60,4
İlçe	119	21,1
Köy / kasaba	105	18,6
En uzun yaşanılan yerleşim birimi		
İl	474	83,9
İlçe	34	6,0
Köy / kasaba	57	10,1
En uzun yaşanılan yerleşim birimi (yıl)		
	<i>Sayı (n)=265; Ort.±SS. = 24,38 ± 9,65</i>	
	<i>Min.-Maks. = 8 - 80</i>	
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 22 (18 - 30)</i>	
Öğrenim düzeyi		
İlkokul	92	16,3
Ortaokul	68	12,0
Lise	173	30,6
Yüksekokul / Üniversite mezunu	180	31,9
Yüksek lisans/Doktora mezunu	52	9,2

Araştırmaya katılanların medeni durumları en fazla %65 ile evli, %78,2 ile çekirdek aile tipinde yaşamakta, %62,8'i en az bir çocuğa sahiptir. Çocuk sayısının ortanca değeri 2; en küçük ve en büyük değerleri de sırasıyla 1 ve 4 tür (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum		
Evli	367	65,0
Bekar	150	26,5
Dul/ boşanmış/ ayrı	48	8,5
Yaşanılan aile tipi		
Çekirdek aile	442	78,2
Geniş aile	98	17,3
Parçalanmış aile	25	4,4
Çocuğunun olma durumu		
Var	355	62,8
Yok	210	37,2
Çocuk sayısı		
	<i>Sayı (n)=355; Ort.±SS. = 2,08 ± 0,97</i>	
	<i>Min.-Maks. = 1 - 4</i>	
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 2 (1 - 3)</i>	

Araştırmaya katılanlarda gelir getiren herhangi bir işte çalışanların yüzdesi %49,6'dır. Meslek özellikleri olarak en fazla yüzdede olanlar ise %17,7 ile ev hanımı, %16,8 ile işçi, %14,5 ile emekli ve %13,8 ile öğrencilerdir. Araştırmaya katılanların sağlık güvenceleri sorgulandığında ise %64,2 olarak en yüksek Genel Sağlık Sigortası olduğu belirtilmiştir. Gelir gider algısı durumu olarak de %45,3'ü gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların genel olarak sağlık düzeyi algılama düzeyleri sırasıyla; %17,0 olarak çok iyi; %42,8 olarak iyi; %34,0 olarak orta ve %6,2 olarak da kötü düzeydedir (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılanların çalışma durumu ve sağlık özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Çalışıyorum	280	49,6
Aralıklı çalışıyorum	54	9,6
Çalışmıyorum	231	40,9
Meslek		
Ev hanımı	100	17,7
İşçi	95	16,8
Emekli	82	14,5
Öğrenci	78	13,8
Memur	61	10,8
Esnaf	41	7,3
Serbest çalışan	39	6,9
Çiftçi	10	1,8
Diğer	59	10,4
Sağlık güvencesi		
Yok	66	11,7
Genel Sağlık Sigortası	363	64,2
Diğer	136	24,1
Gelir gider durumu		
Gelir giderden az	145	25,7
Gelir gidere eşit	256	45,3
Gelir giderden fazla	164	29,0
Genel olarak sağlık düzeyi algılaması		
Çok iyi	96	17,0
İyi	242	42,8
Orta	192	34,0
Kötü	35	6,2

Araştırmaya katılanların %26,2'sinde ailesinde bir sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık çalışanı olan aile üyeleri sorgulandığında ise en yüksek yüzdelerde sağlık çalışanı olan aile üyeleri %27,0 ile kardeş, %20,9 ile eş ve %18,9 ile çocuktur (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya katılanların ailelerinde sağlık çalışanı olma durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede sağlık çalışanı olma durumu		
Yok	417	73,8
Var	148	26,2
<i>Sağlık çalışanı olan aile üyesi*</i>		
<i>Anne</i>	21	14,2
<i>Baba</i>	12	8,1
<i>Çocuk</i>	28	18,9
<i>Eş</i>	31	20,9
<i>Kardeş</i>	40	27,0
<i>Diğer</i>	18	12,2

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Katılımcıların %35,2 sinde herhangi bir tanı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır. En yüksek yüzdelerde belirtilmiş olan hastalıklar ise %27,1 ile Diyabet, %24,1 ile Tiroid hastalıkları ve %22,6 ile Hipertansiyon'dur (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya katılanlarda tanı konulmuş kronik hastalık özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı konulmuş kronik hastalık varlığı		
Evet	199	35,2
Hayır	366	64,8
<i>Tanı konulmuş olan hastalık*</i>		
<i>Diyabet</i>	54	27,1
<i>Hipertansiyon</i>	45	22,6
<i>Tiroid</i>	48	24,1
<i>Kalp Hast.</i>	13	6,5
<i>Alerjik - Astım</i>	18	9,0
<i>Romatizmal</i>	13	6,5
<i>Psikiyatrik</i>	5	2,5
<i>Onkolojik</i>	1	0,5
<i>Hematolojik</i>	10	5,0
<i>Renal</i>	1	0,5
<i>Diğer</i>	28	14,1

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Araştırmaya katılanların %34,9'u düzenli ilaç kullanımı gerektiren herhangi bir hastalığa sahiptir. En yüksek yüzdelerde belirtilmiş ilaç kullanımına neden olan hastalıklar ise %26,4 ile Diyabet, %25,9 ile Tiroid hastalıkları ve %16,2 ile Hipertansiyon'dur (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmaya katılanlarda düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalık özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı		
Evet	197	34,9
Hayır	368	65,1
<i>Kullanılan ilaç*</i>		
<i>Diyabet</i>	52	26,4
<i>Hipertansiyon</i>	32	16,2
<i>Tiroid</i>	51	25,9
<i>Kalp Hast.</i>	6	3,0
<i>Aspirin</i>	23	11,7
<i>Alerjik - Astım</i>	17	8,6
<i>Romatolojik</i>	3	1,5
<i>Psikiyatrik - Antidepresan</i>	8	4,1
<i>Onkolojik</i>	1	0,5
<i>Diğer</i>	28	14,2

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Katılımcıların %46,9'unun birinci derece yakınlarının en az birisinde herhangi bir kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalık varlığı olan birinci derece yakınlar en fazla yüzde olarak %44,9 ile katılımcının annesi ve %41,1 ile katılımcının babasıdır. Birinci derecedeki akrabalarda en fazla belirtilmiş olan kronik hastalıklar ise %46,4 ile Hipertansiyon, %38,5 ile Diyabet ve %17,7 ile kalp hastalıklarıdır (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırmaya katılanların birinci derece akrabalarında kronik hastalık özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı		
Evet	265	46,9
Hayır	300	53,1
<i>Kronik hastalık varlığı olan birinci derece yakın*</i>		
<i>Anne</i>	119	44,9
<i>Baba</i>	109	41,1
<i>Eş</i>	48	18,1
<i>Kardeş</i>	18	6,8
<i>Birinci derece yakının kronik hastalığı*</i>		
<i>Diyabet</i>	102	38,5
<i>Hipertansiyon</i>	123	46,4
<i>Tiroid</i>	13	4,9
<i>Kalp Hast.</i>	47	17,7
<i>Alerjik - Astım</i>	15	5,7
<i>Romatizmal</i>	8	3,0
<i>Psikiyatrik</i>	4	1,5
<i>Onkolojik</i>	6	2,3
<i>Renal</i>	11	4,2
<i>Nörolojik</i>	8	3,0

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Çalışmaya katılanlarda sorgulanan çeşitli sağlık özelliklerine bakıldığında, 15 gün ya da daha uzun süre hastanede kalma durumu olanlar %7,6'yı oluşturmakta, sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim aldığını ifade edenler %38,8'dir. Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru sağlık kuruluşu en fazla %66,4 ile Aile Hekimi olarak belirtilmiştir. Katılımcıların sağlık kuruluşuna aylık başvuru sayısının ortanca değeri 1, en küçük ve en büyük değerleri ise sırasıyla 0,2 ve 5'tir. Araştırmaya katılanların %66,0'sı düzenli olarak gazete veya kitap okuduğunu belirtmiştir. Gazete veya kitap okuma sıklığı ise sırasıyla %46,9 ile her gün, %28,2 ile her hafta, %19,0 ile ayda bir ve %5,9 ile yılda birkaç kez şeklinde belirtilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
15 gün ya da daha uzun süre hastanede kalma durumu		
Evet	43	7,6
Hayır	522	92,4
Sağlıkla ilgili konularda eğitim alma durumu		
Evet	219	38,8
Hayır	346	61,2
Düzenli olarak gazete/kitap okuma durumu		
Evet	373	66,0
Hayır	192	34,0
Gazete/kitap okuma sıklığı		
Her gün	175	46,9
Her hafta	105	28,2
Ayda bir	71	19,0
Yılda birkaç kez	22	5,9
Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşu		
Aile Hekimi	375	66,4
Devlet Hastanesi	69	12,2
Üniversite Hastanesi	55	9,7
Özel Hastane	63	11,2
Özel Muayenehane	3	0,5
Sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç defa başvurulduğu		
<i>Sayı (n)=461; Ort.±SS.= 1,47 ± 0,91</i>		
<i>Min.-Maks.= 0,2 - 5</i>		
<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 1 (1 - 2)</i>		

Araştırmaya katılanların %86,4'ü COVID-19'a karşı aşı olduğunu ifade etmiştir. Aşı olduğunu ifade eden 488 kişide; Biontech aşısı olduğunu ifade eden 422 kişinin yaptırmış olduğu en fazla doz sayısı %49,1 ile 3 doz şeklinde iken, Sinovac aşısı olduğunu ifade eden 103 kişinin yaptırmış olduğu en fazla doz sayısı %57,3 ile 2 doz şeklindedir. Turkovac aşısı olan 18 kişi de 2 doz aşı yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırmaya katılanlarda COVID-19 aşısı olma durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
COVID-19 aşısı olma durumu		
Evet	488	86,4
Hayır	77	13,6
Biontech doz sayısı (n=422)		
1	18	4,3
2	164	38,9
3	207	49,1
4	33	7,8
Sinovac doz sayısı (n=103)		
2	59	57,3
3	14	13,6
4	23	22,3
5	7	6,8
Turkovac doz sayısı (n=18)		
2	18	100,0

COVID-19'a yönelik aşılarından herhangi birisini yaptırmamış olan 77 kişiye aşı yaptırmamaya neden olan tereddütleri sorulduğunda genel verilen yanıtlar arasında; 35 kişi aşının içeriğindeki maddelerin zararlı yan etkileri olduğunu düşündüğünü, 37 kişi aşıların ileride başka hastalıklara neden olabileceğini ve 23 kişinin de aşının yararlı olduğuna inanmadığını belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırmaya katılanlarda COVID-19 aşısı yaptırmayanların tereddüt etme nedenleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
COVID-19 aşısı yaptırmayanların aşı tereddüdü etme nedenleri* (n=77)		
<i>İçeriğindeki maddelerin zararlı yan etkileri olduğunu düşünüyorum</i>	35	45,5
<i>Dini inanışlarımdan dolayı günah olduğunu düşünüyorum</i>	12	15,6
<i>Aşının yararlı olduğuna inanmıyorum</i>	23	29,9
<i>Aşıların ilaç firmalarına para kazandırmak amaçlı olduğunu düşündüğüm için</i>	22	28,6
<i>Aşıların ileride başka hastalıklara neden olabileceğinden korkuyorum</i>	37	48,1
<i>Diğer</i>	18	23,4

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Araştırmaya katılanların %45'i COVID-19 hastalığını geçirmiş olup, %48,1'ine COVID-19 ile ilgili temaslı değerlendirilmiş ya da izolasyon uygulanmıştır.

Katılımcıların %5,0'i ise COVID-19 ile ilgili kısıtlamaları ihlallerden kaynaklı olarak ceza aldığını belirtmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırmaya katılanlarda COVID-19 ile ilgili özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
COVID-19 hastalığını geçirme durumu		
Evet	254	45,0
Hayır	311	55,0
COVID-19 ile ilgili temas/ izolasyon uygulanma durumu		
Evet	272	48,1
Hayır	293	51,9
COVID-19 ile ilgili kısıtlamalardan ceza alma durumu		
Evet	28	5,0
Hayır	537	95,0

Araştırmaya katılanlarda TSOY-32 ölçeği ile saptanmış olan SOY düzeyleri; %23,2 ile yetersiz SOY, %32,6 ile sorunlu – sınırlı SOY, %26,5 ile yeterli SOY ve %17,7 ile mükemmel SOY şeklindedir (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırmaya katılanlarda SOY ile ilgili özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
TSOY-32 Ölçeği'ne göre SOY Grubu		
Yetersiz SOY	131	23,2
Sorunlu – sınırlı SOY	184	32,6
Yeterli SOY	150	26,5
Mükemmel SOY	100	17,7

Çalışmaya katılanların COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nde bilgiye yönelik sorularda ilk dört maddeyi içeren Klinik Sunumlar alt boyutundaki bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtlanma yüzdeleri sırasıyla %91,9; %49,7; %72,6 ve %67,8'dir. Klinik Sunumlar alt boyutundaki toplam yanıt yüzdesi ise %70,5'tir (Tablo 18).

Bilgi sorularına yönelik Bulaşma Yolları alt boyutunu içeren 5., 6. ve 7. maddelerin doğru yanıtlanma yüzdeleri sırasıyla %14,5; %68,8 ve %83,2'dir. Bulaşma Yolları alt boyutundaki toplam yanıt yüzdesi ise %55,5'tir (Tablo 18).

Son 5 maddeyi içeren Önleme ve Kontrol alt boyutundaki soruların doğru yanıtlanma yüzdeleri ise sırasıyla %96,1; %81,1; %86,2; %91,9 ve %91,0'dir. Önleme

ve Kontrol alt boyutundaki toplam yanıt yüzdesi ise %89,7'dir (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya katılanlarda COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin COVID-19 ile ilgili bilgi sorularına ve alt boyutlarına verilen yanıtların yüzdeleri*

	n (%)	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1- COVID-19'un ana klinik semptomları ateş, yorgunluk, kuru öksürük ve kas ağrısıdır.		519 (91,9)	8 (1,4)	38 (6,7)
2- COVID-19 virüsü olan kişilerde soğuk algınlığının aksine, burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve hapşırma daha az görülür.		281 (49,7)	76 (13,5)	208 (36,8)
3- Şu anda COVID-19 için etkili bir tedavi yoktur, ancak erken semptomatik ve destekleyici tedavi çoğu hastanın enfeksiyondan kurtulmasına yardımcı olabilir.		410 (72,6)	37 (6,5)	118 (20,9)
4- Çoğu hastada COVID-19 ağır bir seyir göstermemektedir. Sadece yaşlı, kronik hastalığı olan ve obezlerde daha ciddi bir hastalık seyri göstermesi olasıdır.		383 (67,8)	84 (14,9)	98 (17,3)
5- COVID-19 virüsüne, yabani hayvanları yemek veya yabani hayvanlara temas etmek neden olur.		82 (14,5)	270 (47,8)	213 (37,7)
6- COVID-19 tanısı alan kişiler, ateş olmadığında virüsü başkalarına bulaştıramaz.		63 (11,2)	389 (68,8)	113 (20,0)
7- COVID-19 virüsü, enfekte bireylerin solunum yolu damlacıkları ile yayılır.		470 (83,2)	25 (4,4)	70 (12,4)
8- İnsanlar, COVID-19 virüsünün bulaşmasını önlemek için genel tıbbi maskeler takabilirler.		543 (96,1)	7 (1,2)	15 (2,7)
9- COVID-19 virüsünün bulaşmasını önlemek için çocuklar ve yetişkinlerin önlem almaları gerekli değildir.		79 (14,0)	458 (81,1)	28 (5,0)
10- COVID-19 enfeksiyonunu önlemek için, insanlar, tren istasyonları gibi kalabalık yerlere gitmek ve toplu taşıma araçlarını kullanmaktan kaçınmalıdır.		487 (86,2)	50 (8,8)	28 (5,0)
11- COVID-19 tanısı almış kişilerin izole ve tedavi edilmesi, virüsün yayılmasını azaltmada etkili bir yöntemdir.		519 (91,9)	7 (1,2)	39 (6,9)
12- COVID-19 virüsü bulaşmış biriyle temas eden kişilerin derhal uygun bir yerde izole edilmesi ve karantina süresi boyunca gözlem altına alınması gerekir.		514 (91,0)	15 (2,7)	36 (6,4)
Alt boyut maddelerinin doğru yanıtlanma yüzdeleri; %				
<i>Klinik Sunumlar alt boyutu (Madde 1-4)</i>		70,5		
<i>Bulaşma Yolları alt boyutu (Madde 5-7)</i>		55,5		
<i>Önleme ve Kontrol alt boyutu (Madde 8-12)</i>		89,7		
Toplam doğru yanıtlanma yüzdesi; %		74,6		

*Koyu renkle işaretli olanlar doğru yanıtların verilme yüzdesini ifade etmektedir.

Araştırmaya katılanların COVID-19'a yönelik saptanmış olan bilgi düzeyi toplam puanlarının ortalama değeri $8,95 \pm 1,75$ 'tir. Alt boyutlar için saptanmış olan Klinik Sunumlar alt boyutu için ortalama değer $2,82 \pm 1,02$ iken Bulaşma Yolları alt boyutu için ortalama değer $1,67 \pm 0,69$; Önleme ve Kontrol alt boyutu için ise ortalama değer $4,46 \pm 0,83$ 'tür (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırmaya katılanlarda COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri
COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi puanı

	<i>Sayı (n)=565</i>
	<i>Ort.±SS. = 8,95 ± 1,75</i>
	<i>Min.-Maks. = 2 - 12</i>
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 9 (8 - 10)</i>
<i>Klinik Sunumlar alt boyutu (Madde 1-4)</i>	
	<i>Ort.±SS. = 2,82 ± 1,02</i>
	<i>Min.-Maks. = 0 - 4</i>
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 3 (2 - 4)</i>
<i>Bulaşma Yolları alt boyutu (Madde 5-7)</i>	
	<i>Ort.±SS. = 1,67 ± 0,69</i>
	<i>Min.-Maks. = 0 - 3</i>
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 2 (1 - 2)</i>
<i>Önleme ve Kontrol alt boyutu (Madde 8-12)</i>	
	<i>Ort.±SS. = 4,46 ± 0,83</i>
	<i>Min.-Maks. = 0 - 5</i>
	<i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)= 5 (4 - 5)</i>

Araştırmaya katılanlarda Aile Sağlığı Merkezine göre bilgi puanı düzeyi incelendiğinde; Çamlık ASM ve Üçler ASM'nin bilgi puanları diğer ASM'lere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,014$). İlçeler arasındaki bilgi puan düzeyi farkında herhangi bir istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmaya katılanların buldukları merkez ilçe ve Aile Sağlığı Merkezine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Ortanca (1. Çeyrek - 3. Çeyrek)	p
İlçe				
Pamukkale	283	8,86 ± 1,75	9,0 (8,0 - 10,0)	0,120
Merkezefendi	282	9,04 ± 1,75	9,0 (8,0 - 10,0)	
ASM				
Çamlık ASM	104	9,18 ± 1,50	9,0 (8,0 - 10,0)	0,014
Cumhuriyet ASM	83	8,65 ± 1,80	9,0 (8,0 - 10,0)	
Deliktaş ASM	96	8,68 ± 1,91	9,0 (8,0 - 10,0)	
Halil Çarkıt ASM	90	8,87 ± 1,69	9,0 (8,0 - 10,0)	
İbrahim Cinkaya ASM	94	8,88 ± 1,78	9,0 (8,0 - 10,0)	
Üçler ASM	98	9,35 ± 1,75	10,0 (8,0 - 11,0)	

COVID-19'a yönelik bilgi düzeyleri kentsel bölgede doğanlarda ($p=0,047$), en uzun süre yaşanan yerleşim yeri kentsel bölge olanlarda ($p<0,001$) ve Lise ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda ($p=0,004$) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek seviyelerde saptanmıştır. Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum ve yaşanan aile tipine göre bilgi düzeyleri arasında ise ilişki saptanmamıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Araştırmaya katılanların temel sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Ortanca (1. Çeyrek - 3. Çeyrek)	p
Yaş grupları				
40 yaş altı	279	8,95 ± 1,68	9,0 (8,0 - 10,0)	0,872
40 ve üzeri	286	8,94 ± 1,82	9,0 (8,0 - 10,0)	
Cinsiyet				
Erkek	219	8,81 ± 1,88	9,0 (8,0 - 10,0)	0,336
Kadın	346	9,03 ± 1,66	9,0 (8,0 - 10,0)	
Doğum yeri				
Kentsel (İl)	341	9,06 ± 1,68	9,0 (8,0 - 10,0)	0,047
Kırsal (İlçe-köy-kasaba)	224	8,77 ± 1,84	9,0 (8,0 - 10,0)	
En uzun yaşanan yerleşim birimi				
Kentsel (İl)	474	9,07 ± 1,72	9,0 (8,0 - 10,0)	<0,001
Kırsal (İlçe-köy-kasaba)	91	8,29 ± 1,74	8,0 (7,0 - 9,0)	
Medeni durum				
Evli	367	8,80 ± 1,88	9,0 (8,0 - 10,0)	0,194
Bekar	150	9,17 ± 1,52	9,0 (8,0 - 10,0)	
Dul/ boşanmış/ ayrı	48	9,33 ± 1,23	9,0 (8,5 - 10,0)	
Öğrenim düzeyi				
Ortaokul ve altı	160	8,74 ± 1,52	9,0 (8,0 - 10,0)	0,004
Lise ve üzeri	405	9,03 ± 1,83	9,0 (8,0 - 10,0)	

Yaşanılan aile tipi				
Çekirdek aile	442	8,96 ± 1,72	9,0 (8,0 - 10,0)	0,466
Geniş aile	98	8,77 ± 1,97	9,0 (8,0 - 10,0)	
Parçalanmış aile	25	9,44 ± 1,16	9,0 (9,0 - 10,0)	

Araştırmaya katılanlarda çocuk sahibi olma durumu ve gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumuna göre bilgi düzeyi arasında ise ilişki bulunmamıştır. Sağlık güvencesi olmayanların olanlara göre bilgi düzeyleri daha düşük saptanmış iken ($p=0,004$); ailesinde sağlık çalışanları olanların ($p<0,001$), gelir algısında geliri giderinden fazla olduğunu belirtenlerin ($p=0,003$) ve sağlık düzeyini çok iyi ve iyi olarak algılayanların ($p=0,031$) bilgi seviyeleri daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve sağlık özelliklerine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Ortanca (1. Çeyrek - 3. Çeyrek)	p
Çocuğunun olma durumu				
Var	355	8,82 ± 1,81	9,0 (8,0 - 10,0)	0,077
Yok	210	9,16 ± 1,62	9,0 (8,0 - 10,0)	
Gelir getiren bir işte çalışma durumu				
Çalışanlar	334	8,95 ± 1,63	9,0 (8,0 - 10,0)	0,503
Çalışmayanlar	231	8,95 ± 1,91	9,0 (8,0 - 10,0)	
Sağlık güvencesi*				
Yok	66	8,27 ± 2,16	8,0 (7,0 - 10,0)	0,004
Genel Sağlık Sigortası	363	8,97 ± 1,64	9,0 (8,0 - 10,0)	
Diğer	136	9,21 ± 1,75	9,0 (8,0 - 10,0)	
Ailede sağlık çalışanı olma durumu				
Var	148	9,80 ± 1,36	10,0 (9,0 - 11,0)	<0,001
Yok	417	8,65 ± 1,77	9,0 (8,0 - 10,0)	
Gelir gider durumu**				
Gelir giderden az	145	8,57 ± 1,92	9,0 (7,0 - 10,0)	0,003
Gelir gidere eşit	256	8,96 ± 1,71	9,0 (8,0 - 10,0)	
Gelir giderden fazla	164	9,26 ± 1,58	9,5 (8,0 - 10,0)	
Genel olarak sağlık düzeyi algılaması				
Çok iyi - iyi	338	9,04 ± 1,76	9,0 (8,0 - 10,0)	0,031
Orta - Kötü	227	8,81 ± 1,72	9,0 (8,0 - 10,0)	

*İstatistiksel anlamlılığın kaynaklandığı ikililer 1-2; 1-3

**İstatistiksel anlamlılığın kaynaklandığı ikililer 1-3

Sağlık ile ilgili özelliklere bakıldığında, birinci derece yakınlarında kronik hastalığı olanların ($p<0,001$), sağlık ile ilgili herhangi bir konuda eğitim alanların ($p=0,006$) ve düzenli olarak kitap veya gazete okuyanların ($p<0,001$) bilgi düzeyleri istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmış olup; katılımcının kendisinde kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalık varlığı, 15 gün ya da daha uzun süre hastanede kalma durumunun ve bir sağlık sorununda başvurduğu sağlık hizmeti basamağının bilgi düzeyi ile ilişkisi saptanmamıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Araştırmaya katılanların sağlık ve sağlık hizmeti alma özelliklerine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Ortanca (1. Çeyrek - 3. Çeyrek)	p
Tanı konulmuş kronik hastalık varlığı				
Evet	199	8,93 ± 1,49	9,0 (8,0 - 10,0)	0,402
Hayır	366	8,96 ± 1,88	9,0 (8,0 - 10,0)	
Düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı				
Evet	197	9,12 ± 1,37	9,0 (8,0 - 10,0)	0,405
Hayır	368	8,86 ± 1,92	9,0 (8,0 - 10,0)	
Birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı				
Evet	265	9,23 ± 1,57	9,0 (9,0 - 10,0)	<0,001
Hayır	300	8,70 ± 1,86	9,0 (8,0 - 10,0)	
15 gün ya da daha uzun süre hastanede kalma durumu				
Evet	43	9,00 ± 1,20	9,0 (8,0 - 10,0)	0,810
Hayır	522	8,94 ± 1,79	9,0 (8,0 - 10,0)	
Sağlıkla ilgili konularda herhangi bir eğitim alma durumu				
Evet	219	9,15 ± 1,76	9,0 (8,0 - 10,0)	0,006
Hayır	346	8,82 ± 1,73	9,0 (8,0 - 10,0)	
Düzenli olarak gazete/kitap okuma durumu				
Evet	373	9,44 ± 1,30	10,0 (9,0 - 10,0)	<0,001
Hayır	192	7,98 ± 2,08	8,0 (7,0 - 9,0)	
Bir sağlık sorununda ilk başvuru basamak				
1. Basamak	378	8,90 ± 1,84	9,0 (8,0 - 10,0)	0,094
2. Basamak	132	8,87 ± 1,70	9,0 (8,0 - 10,0)	
3. Basamak	55	9,42 ± 1,03	9,0 (9,0 - 10,0)	

Araştırmaya katılanlarda COVID-19'a yönelik aşı yaptırmanın; COVID-19 hastalığını geçirme veya COVID-19 ile ilgili temaslı ya da izolasyon uygulanma durumlarının bilgi düzeyi ile ilişkisi bulunmamıştır. Ancak COVID-19 ile ilgili

kısıtlamalardan ceza aldığını belirtenlerin bilgi düzeylerinin ceza almayanlara kıyasla daha düşük olduğu ($p=0,025$) saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırmaya katılanların COVID-19 ile ilgili sağlık özelliklerine göre bilgi düzeyi özellikleri

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Ortanca (1. Çeyrek - 3. Çeyrek)	p
COVID-19 aşısı olma durumu				
Evet	488	9,00 ± 1,70	9,0 (8,0 - 10,0)	0,058
Hayır	77	8,64 ± 2,00	9,0 (8,0 - 10,0)	
COVID-19 hastalığını geçirme durumu				
Evet	254	9,09 ± 1,66	9,0 (8,0 - 10,0)	0,139
Hayır	311	8,83 ± 1,81	9,0 (8,0 - 10,0)	
COVID-19 ile ilgili temash/ izolasyon uygulanma durumu				
Evet	272	9,01 ± 1,71	9,0 (8,0 - 10,0)	0,483
Hayır	293	8,89 ± 1,78	9,0 (8,0 - 10,0)	
COVID-19 ile ilgili kısıtlamalardan ceza alma durumu				
Evet	28	8,25 ± 1,94	8,0 (8,0 - 9,0)	0,025
Hayır	537	8,98 ± 1,73	9,0 (8,0 - 10,0)	

TSOY-32 ölçeği ile saptanmış olan SOY düzeyine göre bilgi düzeyine bakıldığında; Mükemmel SOY düzeyinde olanların diğer gruplara kıyasla ($p<0,001$) ve Yeterli ya da Mükemmel SOY düzeyi olanların da Yetersiz ya da Sorunlu Sınırlı SOY olanlardan ($p<0,001$) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Ortanca (1. Çeyrek - 3. Çeyrek)	p
TSOY-32'ye göre SOY Grubu				
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	131	8,05 ± 1,99	8,0 (7,0 - 9,0)	<0,001
Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı	184	8,90 ± 1,79	9,0 (8,0 - 10,0)	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	150	9,14 ± 1,46	9,0 (8,0 - 10,0)	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	100	9,92 ± 1,00	10,0 (9,0 - 11,0)	
TSOY-32'ye göre SOY Grubu				
Yetersiz - Sorunlu Sınırlı SOY	315	8,55 ± 1,92	9,0 (7,0 - 10,0)	<0,001
Yeterli - Mükemmel SOY	250	9,45 ± 1,35	10,0 (9,0 - 10,0)	

Katılımcıların yaş grubu, cinsiyet, öğrenim düzeyi ve gelir gider durumu algısı gibi temel sosyodemografik özelliklerinin Yetersiz ya da Sorunlu Sınırlı SOY ve Yeterli ya da Mükemmel SOY gruplarına ayrılarak COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi incelendiğinde, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan alt grup haricinde tüm sosyodemografik özelliklerin alt gruplarında Yeterli ya da Mükemmel SOY olanların bilgi düzeyleri Yetersiz ya da Sorunlu Sınırlı SOY olanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırmaya katılanların bazı temel sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleri

	<i>Yetersiz - Sorunlu Sınırlı SOY</i>		<i>Yeterli - Mükemmel SOY</i>		<i>p*</i>
	<i>n</i>	<i>Ort.±SS.</i>	<i>n</i>	<i>Ort.±SS.</i>	
Yaş Grupları					
40 yaş altı	145	8,43 ± 1,86	134	9,51 ± 1,24	<0,001
40 ve üzeri	170	8,65 ± 1,97	116	9,38 ± 1,47	0,001
Cinsiyet					
Erkek	133	8,42 ± 2,10	86	9,42 ± 1,27	<0,001
Kadın	182	8,64 ± 1,77	164	9,47 ± 1,39	<0,001
Öğrenim düzeyi					
Ortaokul ve altı	102	8,61 ± 1,71	58	8,97 ± 1,06	0,098
Lise ve üzeri	213	8,52 ± 2,01	192	9,60 ± 1,40	<0,001
Gelir gider durumu					
Gelir giderden az	98	8,35 ± 2,13	47	9,04 ± 1,32	0,034
Gelir gidere eşit	149	8,51 ± 1,80	107	9,59 ± 1,37	<0,001
Gelir giderden fazla	68	8,91 ± 1,84	96	9,50 ± 1,31	0,039

*Verilen p değerleri her bir sosyodemografik özelliğin alt grubunun kendi aralarındaki SOY özelliği düzeyine göre COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyini ifade etmektedir.

Araştırmaya katılanların COVID-19'a yönelik bilgi puanı ile ilişkili faktörleri belirlemek için çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. Modele katılımcının yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi, gelir gider algısı durumu, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, genel olarak sağlık düzeyi algılaması, birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı, sağlıkla ilgili konularda herhangi bir eğitim alıp almadığı, düzenli olarak gazete/kitap okuma durumu ve TSOY-32'ye göre SOY Grubu dahil edilerek Backward doğrusal regresyon analizi yapılmıştır ($R^2=0,228$). COVID-19'a yönelik bilgi puanı en uzun yaşadığı yerleşim birimi kentsel bölge olanlarda ($B=0,690$ %95 $GA=0,322-1,058$ $p<0,001$), birinci derece yakınında herhangi bir kronik hastalık varlığı bulunanlarda ($B=0,420$ %95 $GA=0,162-0,679$ $p=0,001$),

düzenli olarak gazete veya kitap okuyanlarda (B=1,210 %95 GA=0,922-1,498 p<0,001) ve Yeterli ya da Mükemmel SOY'u bulunanlarda (B=0,566 %95 GA=0,290-0,842 p<0,001) daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırmaya katılanların COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi özellikleriyle ilişkili Çoklu Doğrusal Regresyon Modeli*

Değişkenler	B	Std. Hata	%95 GA'da B	p
En uzun yaşanan yerleşim birimi				
Kırsal (İlçe-köy-kasaba) (<i>Referans</i>)	-			
Kentsel (İl)	0,690	0,187	0,322 - 1,058	<0,001
Birinci derece yakında kronik hastalık varlığı				
Hayır (<i>Referans</i>)	-			
Evet	0,420	0,132	0,162 - 0,679	0,001
Düzenli olarak gazete/kitap okuma durumu				
Hayır (<i>Referans</i>)	-			
Evet	1,210	0,147	0,922 - 1,498	<0,001
TSOY-32'ye göre SOY Grubu				
Yetersiz - Sorunlu Sınırlı SOY (<i>Referans</i>)	-			
Yeterli - Mükemmel SOY	0,566	0,140	0,290 - 0,842	<0,001

*Modele dahil edilen değişkenler: Yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi, gelir gider durumu, en uzun yaşanan yerleşim birimi, genel olarak sağlık düzeyi algılaması, birinci derece yakında kronik hastalık varlığı, sağlıkla ilgili konularda herhangi bir eğitim alma durumu, düzenli olarak gazete/kitap okuma durumu, TSOY-32'ye göre SOY Grubu. Çoklu doğrusal regresyon (Backward) analizi yapılmıştır (=0,228).

TARTIŞMA

Araştırmamızda birinci basamağa başvuran kişilerde COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi orta düzeyde saptanmış olsa bile, benzer çalışmalara göre düşüktür (Ort.±SS.= 8,95 ± 1,75; Ortanca [1. ve 3. Çeyrekler]= 9 [8 – 10]). Literatürde genel popülasyonda yapılmış olan ve benzer soru formunun kullanıldığı araştırmalara bakıldığında, toplam puan ortalamaları 7,93 ile 10,8 arasında değişmektedir (Tablo 28) (148,150–158).

Tablo 28. Literatürdeki benzer popülasyon ve benzer soru formu ile yapılmış olan araştırmalarda COVID-19'a yönelik bilgi düzeyinin özellikleri

Araştırma	Araştırmanın Yapıldığı Yer / Yıl	Araştırma Grubu	COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi puanı Ort.±SS. (Min-Maks)
Zhong ve ark. (148)	Çin / 2020	6910 kişi	10,8 ± 1,6 (0-12)
Mehmet ve ark. (156)	Türkiye / 2020	913 kişi	9,67 ± 1,6
	Malezya / 2020	410 kişi	9,99 ± 1,8
Mechessa ve ark. (158)	Ethiopia / 2020	423 kişi	8,97 ± 1,7
Ghaderi ve ark. (152)	İran / 2021	457 kişi	8,66 ± 1,33
Koshila ve ark. (153)	Hindistan / 2021	149 kişi	9,3 ± 1,8
Naqid ve ark. (155)	Irak / 2021	855 kişi	9,19 ± 2,91 (2-12)
Tumurbaatar ve ark. (157)	Moğolistan / 2021	1976 kişi	9,19 ± 1,47 (0-12)
Tuppal ve ark. (151)	Filipinler / 2021	1634 kişi	8,12 ± 1,54
Alves ve ark. (150)	Cabo Verde / 2021	1996 kişi	9,8 ± 1,7 (0-12)
Naser ve ark. (154)	Ürdün, S. Arabistan, Kuveyt / 2022	1208 kişi	7,93 ± 1,72

Çin başta olmak üzere Uzakdoğu ülkelerindeki puan düzeylerinin yüksek olmasının nedeni, o bölgelerde pandemi döneminde alınan yüksek tedbirlerden dolayı olabilir (148).

Farklı bölgelerde yapılmış olan bu araştırmalardaki farklılığın olası nedenleri, bulunulan coğrafyaya bağlı olarak kişilerin dil özellikleri, bilgiyi kullanma ve analiz etme özellikleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Yine de Malezya'daki yapılmış olan araştırmaya kıyasla, araştırmamızdaki puan düzeyinin düşük düzeyde

olduğu ve hatta Türkiye’deki bulunmuş olan puan düzeyinden bile daha düşük olduğu saptanmıştır (156). Bu durum, muhtemelen hem farklı coğrafi özelliklerden hem de araştırmanın yapıldığı zamandaki pandemi durumunun özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmamıza katılanların COVID-19’a yönelik bilgi sorularına doğru yanıt verme yüzdesi %74,6’dır. Doğru yanıt yüzdelerinin incelendiği mevcut araştırmalar ile araştırmamız kıyaslandığında, toplam doğru yanıtlanma yüzdelerinin aynı yöntemle uygulanmış olan pandeminin daha ileri dönemlerinde yapılmış olan araştırmalar ile benzer düzeylerde olduğu söylenebilir (151,154). Pandeminin erken dönemlerinde yapılmış olan araştırmalardaki doğru yanıt yüzdelerinin, ileri dönemlerde yapılmış olan araştırmalara kıyasla genel olarak daha yüksek olduğu da görülmektedir (Tablo 29).

Tablo 29. Literatürdeki benzer popülasyon ve benzer soru formu ile yapılmış olan araştırmalarda COVID-19’a yönelik bilgi formundaki doğru yanıtlanma yüzdeleri

Araştırma	Araştırmanın Yapıldığı Yer / Yıl	Araştırma Grubu	Toplam doğru yanıt yüzdeleri (%)			Toplam
			Klinik Sunumlar alt boyutu (Madde 1-4)	Bulaşma Yolları alt boyutu (Madde 5-7)	Önleme ve Kontrol alt boyutu (Madde 8-12)	
Zhong ve ark. (148)	Çin / 2020	6910 kişi	83,5	92,8	92,9	89,7
Mehmet ve ark. (156)	Türkiye / 2020	913 kişi	81,4	70,1	89,5	80,6
	Malezya / 2020	410 kişi	83,2	71,2	89,0	82,6
Mechessa ve ark. (158)	Ethiopia / 2020	423 kişi	-	-	-	74,8
Ghaderi ve ark. (152)	İran / 2021	457 kişi	75,5	72,1	74,1	74,0
Koshila ve ark. (153)	Hindistan / 2021	149 kişi	-	-	-	77,5
Naqid ve ark. (155)	Irak / 2021	855 kişi	65,7	77,4	85,3	76,3
Tumurbaatar ve ark. (157)	Moğolistan / 2021	1976 kişi	88,1	64,6	87,4	81,9
Tuppal ve ark. (151)	Filipinler / 2021	1634 kişi	-	-	-	67,7
Alves ve ark. (150)	Cabo Verde / 2021	1996 kişi	81,4	61,7	98,1	82,1
Naser ve ark. (154)	Ürdün, S. Arabistan, Kuveyt / 2022	1208 kişi	79,2	43,3	83	66,1

Bilgi özelliklerinin sorgulandığı formdaki alt gruplara bakıldığında; araştırmamızdaki doğru yanıtlanma yüzdeleri, “klinik sunumlar” için %70,5; “bulaş yolları” için %55,5 ve “önleme ve kontrol” için ise %89,7 olarak saptanmıştır. Mevcut araştırmalardaki bulgularda pandeminin erken dönemlerinde olanlar için bulaş yollarına dair doğru yanıt yüzdeleri yüksek iken, sonraki araştırmalarda ise bu düzeyin daha düşük olduğu görülmektedir (148,150,152–158).

Araştırmamızda ayrıca diğer alt gruplara kıyasla bulaş yollarına dair doğru yanıt yüzdeleri de oldukça düşük saptanmıştır. Bu durum araştırmamızın yapıldığı toplumda hastalığın nasıl bulaştığına dair olan bilgi eksikliklerine işaret etmektedir. Bulaşıcı hastalıklar ile mücadelelere karşı sağlık otoriteleri, hastalığa bütüncül açıdan yaklaşarak sadece maske, mesafe ve sokağa çıkma yasağı gibi kısıtlama önlemlerini uygulamanın yanı sıra hastalığın diğer özelliklerine yönelik olarak halkı bilinçlendirmelidir. Hastalığın bütün yönleriyle bilinmesi ve tam olarak anlaşılmasının olası bilgi kirliliğini önlemesine ve salgın hastalıklar ile mücadele edilmesine katkı sağlayacağı unutulmamalıdır (159).

Araştırmamızdaki COVID-19’a yönelik bilgi düzeyine etki eden faktörleri incelediğimizde, bilgi düzeyine olumlu yönde etki eden faktörler; kentsel bölgede yaşamak, birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı, yeterli düzeyde SOY düzeyi ve düzenli olarak okuma alışkanlığı özellikleridir.

Hastalık bulaşı açısından en önemli risk özelliklerinden biri kalabalık alanlardır. Kentsel bölgelerde pek çok kişi günlük yaşam sırasında yakın temas içerisinde bulunmaktadır. Bu açıdan dünyada özellikle kentsel bölgelerde olacak şekilde sokağa çıkma kısıtlamaları uygulanmıştır (66). Aynı şekilde kentsel bölgede yaşayanlar mevcut olan riskin farkındadır. 2020’de yapılmış kentsel ve kırsal bölgeleri içeren bilgi düzeylerini saptayan araştırmalarda; kırsal bölgelerdeki kesimlerin bilgi düzeyleri daha düşük saptanmış olup, bu risk faktörünün üzerinde durulmuştur (160,161). Ayrıca araştırmamıza benzer yöntemle uygulanmış olan Tuppal ve ark.larının araştırması da kentsel bölgede yaşayanlarda bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (151).

Yaşlı ve herhangi bir kronik hastalık varlığı olan kişiler COVID-19 hastalığına karşı korunmasız gruplarda yer almaktadır. Aynı şekilde aynı hane içerisinde yaşlı

veya herhangi bir kronik hastalığa sahip yakınları olan bireyler ise hastalığın risklerine yönelik olarak daha yüksek seviyelerde koruyucu davranışlarda bulunmaktadır (162). Buna bağlı olarak bilgi düzeylerinin de yüksek olması beklenebilir. Singh ve ark.larının Güneydoğu Asya ülkelerinde kronik hastalar üzerinde yaptıkları incelemelerde, mevcut kronik hastalıkların semptomlarının COVID-19 hastalığı ile daha kötüleştiği ifade edilmektedir (163). Araştırmamızda kişinin kendisinde herhangi bir kronik hastalık varlığı ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır, fakat birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı olan bireylerin bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Geleta ve ark.larının Etiyopya'daki araştırmasında kronik hastalığı olan bireylerin pandemiye yönelik hazırlık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (164). Araştırmamızda ve literatürdeki birçok araştırmaya göre, kronik hastalığı olanların genel olarak daha yaşlı kesim olması ve genç olanlarda da bilgi düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklı olarak herhangi bir ilişki saptanmamış olabilir (148,151,155,156).

Araştırmamıza katılanlarda yeterli ve iyi SOY düzeyi olan bireylerde COVID-19'a yönelik bilgi düzeyleri de yüksek olarak saptanmıştır. Literatürde SOY düzeyi ile COVID-19'a yönelik araştırmalarda da genel olarak bu şekilde bulgular mevcuttur. Riiser ve ark.larının 2020'de Norveç'te adölesanlar üzerine yaptığı bir çalışmada, yüksek SOY düzeyine sahip bireylerin COVID-19'a yönelik bilgi ve davranış düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmaktadır (165). Aynı bağlamda Inoue ve ark.larının Japonya'da sağlıklı erişkinler üzerinde yaptığı araştırmada SOY düzeyi ile COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (166). McCaffery ve ark.larının 2020'de Avustralya'da erişkinler üzerinde yaptıkları araştırmada ise yetersiz SOY'a sahip kişilerin COVID-19 semptomlarını daha az anladığı (%49'a karşı %68; $p < 0,001$); enfeksiyonu önlemeye yönelik davranışları daha az belirleyebildiği (%59'a karşı %72; $p < 0,001$) saptanmış olup, yeterli SOY'a sahip kişilere göre COVID-19 hakkında bilgi edinmede ve hükümet mesajlarını anlamakta daha fazla zorluk yaşadığı ortaya konulmuştur (167). Portekiz'de üniversite öğrencilerinde yapılmış olan araştırmada ise SOY düzeyi ile bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmamış, fakat korunma önlemlerine yönelik olumlu tutum düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (168).

Bu durum açıkça göstermektedir ki, bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele

konusunda bilgi düzeyi ve korunma önlemleri açısından bireylerin SOY düzeyleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda kilit bir role sahiptir (169). Araştırmamızda SOY düzeyine etki edebilecek yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu gibi temel sosyodemografik özellikler de ele alındığında, genel olarak yeterli ve mükemmel SOY düzeyinde olan bireylerin de COVID-19'a yönelik bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Koronavirüslerin meydana getirmiş olduğu önceki SARS ile MERS salgınları ve yakın zamanda yaşanmış olan COVID-19 pandemisine yönelik bilgi ve korunma özelliklerinin ilişkisinin incelendiği bir sistematik derlemede; ileri yaş, kadın cinsiyet, istihdam durumu ve eğitim düzeyi gibi daha iyi SOY düzeyleri ile ilişkili önemli belirleyiciler vurgulanmıştır (170). SOY, bulaşıcılığın yayılmasını azaltmada ve pandemilerin etkilerini hafifletmede kritik rol oynamaktadır.

Tayvan'da SOY'a yönelik olarak yapılmış bir ölçme yöntemi geliştirme araştırmasında ve Brezilya'da diyabetik hastaların SOY düzeylerine yönelik yapılmış olan araştırmada; daha yüksek SOY özelliklerinin okuma ve okuduğunu anlama becerileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (171,172). Bu iki önemli özelliğin hem birbiri ile ilişkili olduğu hem de COVID-19'a yönelik önemli faktörler olduğu da analizlerimiz ile doğrulanmıştır. Bu durum, SOY kavramında sadece sağlık konusunda daha fazla bilgiye sahip olmanın yanı sıra, okuduğunu anlama ve eleştirel SOY kapsamında analiz yaparak ilişkilendirme becerilerinin de olduğunu göstermektedir.

COVID-19'a yönelik bilgi düzeyinin genel popülasyonda sorgulandığı araştırmamızda bilgi düzeyine etki eden faktör olarak saptanmamış, fakat literatürdeki araştırmalar incelendiğinde genel olarak düşük bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmış olan özellikler; erkek cinsiyet, üniversite düzeyi altındaki eğitim seviyesi ve işsiz olma durumlarıdır (152,155–158,173–175). Yaş açısından, bazı araştırmalarda ileri yaş gruplarının bilgi düzeyleri alt yaş gruplarına göre daha yüksek seviyelerde saptanmış iken (148,152,154,157), bazı araştırmalarda genç yaş gruplarının daha iyi bilgi seviyelerinde olduğu belirlenmiştir (150,155,158,174).

İçerisine genel popülasyonlarda uygulanmış olan araştırmaları dahil ederek, 2021 yılında yayınlanmış olan COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir meta analizde; erkeklere, düşük

eğitim düzeyindeki kişilere, işsizlere ve 30 yaşın altındakilere yönelik müdahalelerin hedeflenmesi gerektiği vurgulanmıştır (176). Araştırmamızda bu özellikler içerisinde sadece eğitim düzeyinin bilgi düzeyine olan etkisi ikili analizler kapsamında saptanabilmiştir. Bu durum ise ülkeler arasındaki sosyokültürel farklılıklardan, pandemiye yönelik uygulama farklılıklarından ya da araştırmaların pandeminin farklı dönemlerinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Herhangi bir salgın veya pandemi durumunda doğru bilgi alma kaynakları da önem taşımaktadır. Bilimsel olarak kanıtlanmış, açık, sade ve anlaşılır bilginin rehberliği ile gösterilen koruyucu tutum ve davranış önlemleri, salgınlara yönelik mücadeleyi olumlu bir yön sağlamaktadır (104). Ghaderi ve ark.larının araştırmasında en sık haber kaynağı olarak sosyal medya kullanımının bilgi düzeyine olumsuz yönde etki ettiği saptanmıştır (152). Pandemide bireyler için diğer bilgi kaynaklarından birisi de aile içerisindeki sağlık çalışanları olmuştur. Sağlık alışanları aldıkları eğitimlerden ve içerisinde buldukları çalışma ortamından dolayı genel popülasyona göre salgın hastalıklara yönelik daha iyi bilgi sahibi ve daha iyi bir SOY düzeyine sahip olma eğilimindedirler. Araştırmamızda ve ayrıca Mechessa ve ark.larının çalışmasında da ailede sağlık çalışanı varlığı ile bilgi düzeyi arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır (158). Ailesinde sağlık çalışanı olmayan bireylerin de doğru bilgi kaynaklarına ulaşmaları ve otoritelerin de bu konuda müdahaleler yapması gerekmektedir. DSÖ'nün de yaptđı müdahaleler gibi halka yönelik bir bilgi salgını ile mücadele etmek için anlaşılır ifadeler ile bireylerin anlayabileceği biçimlerde halk bilgilendirilmelidir (106).

COVID-19'a yönelik aşı yaptırma, COVID-19 hastalđını geçirme, hastalık kaynaklı temas ve izolasyon uygulanma durumu gibi faktörlerin sorgulandığı araştırmamızda, bu faktörler ile COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi arasında beklenenin aksine anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. COVID-19'a yönelik aşılama müdahalelerinin başladığı zamanlardan sonra yapılmış olan iki adet çalışmada, aşı yaptırmış olan kişilerde olumlu tutum ve davranış özelliklerinin yanı sıra COVID-19'a yönelik bilgi özelliklerinin de yüksek olduğu belirtilmiştir (177,178). Hastalđıya yönelik aşı yaptırınların da ayrıca o hastalıktan korunma ile ilgili olumlu tutumlar sergilediği söylenebilir (179). COVID-19'a yönelik aşılama müdahalelerinin başlamasından önce yapılmış olan Zhong ve Koshila'nın çalışmalarında da hastalıktan

korunmaya yönelik olumlu tutum ve davranış özellikleri fazla olan bireylerde bilgi düzeylerinin de yüksek olarak saptandığı görülmüştür (148,153). Araştırmamızda, COVID-19'a yönelik en az bir doz aşı yaptırmış olanların yüzdesi %86,4'tür. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın bilgilendirme platformunda; en az 2 doz aşı yapılma yüzdesi %85,7 iken, en az 1 doz aşı yapılma yüzdesi ise %93,4'tür (180). Araştırmamız ile bu konuda elde ettiğimiz veriler bakanlık verileri ile uyumludur.

Araştırmamızda COVID-19'a yönelik kısıtlama kararlarından dolayı ceza alan bireylerin de bilgi düzeyleri düşük saptanmıştır. Ancak bu durumun düşük bilgi düzeyine bağlı olduğu tahmin edilmektedir.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Bu araştırmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bunlardan ilki, araştırmanın çalışma tasarımının kesitsel olmasından kaynaklı olarak elde edilen bulgular yorumlanırken dikkatli olunmalıdır. Gelecekte oluşabilecek pandemi ve salgınlara yönelik müdahalelerde bilgi düzeyi düşük olabilecek ve risk altındaki gruplar hedeflenmelidir.

İkinci olarak, örnekleme yönteminde Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı olan nüfus sayısı verilerine ulaşılamadığından dolayı basit rastgele örneklem modeli kullanılmıştır. Bu durumun da verilere yönelik olabilecek etkisi unutulmamalıdır.

Üçüncü olarak, bu araştırmanın pandeminin yoğun olarak yaşandığı süreçten yaklaşık bir yıl sonra yapılmasının “hafıza faktörü” gibi bazı dezavantajlı yanları da bulunmaktadır.

Son olarak, araştırmanın yapıldığı yerlerdeki kişilere yaşadıkları yerleşim birimleri sorulmuş olmasına rağmen, araştırma kentsel bölgede uygulanmış olduğundan topluma genellenmemesi gerekmektedir. Ayrıca, araştırmaya sadece katılmayı kabul edenlerin dahil edilmesi, olası seçim yanlılıkları oluşturmuş olabilir.

Araştırmaya yönelik güçlü yanlar da bulunmaktadır. Bunlardan ilki bu araştırmanın Denizli ili içerisindeki genel popülasyonunun salgın hastalıklara yönelik bilgi özelliklerinin ve sağlık okuryazarlığı özelliklerinin sorgulanmış olduğu ve hem birbirleri ile hem de çeşitli faktörler ile incelendiği sınırlı sayıda araştırmalardan birisi

olmasıdır. İkinci olarak da araştırmada bilgi özelliğinin saptanması için kullanılmış olan soru formu ve sağlık okuryazarlığını saptamak için kullanılan ölçeğin geçerli ve güvenilir oldukları gösterilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, araştırmaya katılan kişilerin COVID-19 hastalığına yönelik bilgi düzeyleri orta düzeyde bulunmuş olmasına karşın, önceki araştırmalara kıyasla genel olarak düşük saptanmıştır. Kentsel bölgede yaşamak, ailede kronik hastalık bulunması, okuma alışkanlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi gibi sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler, bu hastalığa yönelik bilgi düzeyine etki eden faktörler olmuştur.

Salgın hastalıklara yönelik bilgi kirliliğinden arındırılmış doğru bilgiye sahip olmanın, bu hastalıklardan korunmaya yönelik olumlu tutum ve davranış özelliklerine de etki ettiği yapılan araştırmalar ile gösterilmiştir. Bilimsel olarak temellendirilmiş ve kolay anlaşılabilir doğru bilginin edinilmesi ve sağlanması; sağlık otoriteleri, hükümetler, sivil toplum kuruluşları gibi paydaşların görevi olmasının yanı sıra bireysel olarak da tüm toplumun görevidir.

Salgın hastalıklar ve pandemiler geçmişte olduğu gibi gelecekte de toplumlar için tehdit oluşturabilecektir. Bu gibi durumlarla mücadele etmek için gerek düşük bilgi seviyesi gerek salgın hastalığın şiddetini artırabilecek kronik hastalık varlığı yönünden dezavantajlı gruplara yönelik araştırmalar ve müdahaleler planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bilimsel Danışma Kurulu. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI.
2. Dashboard, WHO Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>
4. World Health Organization, Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2020;19(COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU)):1–32.
6. Berkan Güngör. Türkiye’de COVID-19 Pandemisi Süresince Alınan Önlemlerin Kriz Yönetimi Perspektifinden Değerlendirilmesi. Uluslararası Sos Bilim Akad Derg. 2020;(4):818–51.
7. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI.
8. Health Organization W, Office for Europe R. Health literacy : The solid facts [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
9. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. Health Promot Int [Internet]. 2020 Dec 1;35(6):1612–3. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa040>
10. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006;8(2):1–10.
11. Ajilore K, Atakiti I, Onyenankeya K. College students’ knowledge, attitudes and adherence to public service announcements on Ebola in Nigeria:

- Suggestions for improving future Ebola prevention education programmes. *Health Educ J.* 2017;76(6):648–60.
12. Tachfouti N, Slama K, Berraho M, Nejjari C. The impact of knowledge and attitudes on adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a Moroccan region. *Pan Afr Med J.* 2012;12:52.
 13. Person B, Sy F, Holton K, Govert B, Liang A. Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2004 Feb;10(2):358–63.
 14. Tao N. An analysis on reasons of SARS-induced psychological panic among students. *Journal of Anhui Institute of Education.* 2003; 6: 78-79. 6.
 15. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2001: 25-56.
 16. Uzun SU. *The Epidemiology of Infectious Diseases / Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi.* 2013.
 17. Porta M. *A dictionary of epidemiology.* 6th ed: Oxford University; 2014. 51 p.
 18. Edemekong PF, Huang B. *Epidemiology Of Prevention Of Communicable Diseases.* In Treasure Island (FL); 2022.
 19. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2017/11 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi Genelgesi, 2018. 2018;85. Available from: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/27034/0/bulasici-hastalıklarek39189df2-1e9b-4866-8c87-919b02695fd5pdf.pdf>
 20. Millar D. *Cambridge Dictionary Of Scientists.* 2nd ed: Cambridge University; 2002.
 21. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Eğitim Rehberi: Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı; 2020. 61 p.
 22. Webb P. *Essential epidemiology : an introduction for students and health professionals / Penelope Webb, Chris Bain, Andrew Page.* 2020;
 23. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy. *Türkiye Halk Sağlığı Derg.* 2014 Apr 15;12:61.

24. Çoban H. Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. 2009 [cited 2023 Mar 5]; Available from: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/12234>
25. Surveillance in emergencies [Internet]. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/surveillance>
26. WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2 Protocol for the Assessment of National Communicable Disease Surveillance and Response Systems Guidelines for Assessment Teams. [cited 2023 Mar 5]; Available from: <http://www.who.int/emc>
27. T.C. Resmî Gazete [Internet]. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070530-9.htm>
28. Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı [Internet]. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tshveegitim-anasayfa>
29. WHO | Annex 2 of the International Health Regulations (2005). WHO. 2013;
30. L_2013293EN.01000101.xml [Internet]. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013D1082&from=EN>
31. Early Warning, Alert and Response System (EWARS) [Internet]. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/surveillance/early-warning-alert-and-response-system-ewars>
32. WHO. Coronavirus disease 2019 (2019-nCoV) Situation Report – 11. World Heal Organ [Internet]. 2020;(January, 31):1–7. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4
33. Kenneth McIntosh M, Martin S Hirsch M, Allyson Bloom M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate Hirsch MS, Bloom A (Eds) Accessed Mar. 2020;5. UpToDate [Internet]. 2020;2019:1–27. Available from:

https://www.cmim.org/PDF_covid/Coronavirus_disease2019_COVID-19_UpToDate2.pdf

34. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol.* 2020 Apr;5(4):536–44.
35. Corman VM, Muth D, Niemeyer D, Drosten C. Hosts and Sources of Endemic Human Coronaviruses. *Adv Virus Res.* 2018;100:163–88.
36. V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2021;19(3):155–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41579-020-00468-6>
37. Gorbalenya AE, Enjuanes L, Ziebuhr J, Snijder EJ. Nidovirales: evolving the largest RNA virus genome. *Virus Res.* 2006 Apr;117(1):17–37.
38. Tarighi P, Eftekhari S, Chizari M, Sabernavaei M, Jafari D, Mirzabeigi P. A review of potential suggested drugs for coronavirus disease (COVID-19) treatment. *Eur J Pharmacol.* 2021 Mar;895:173890.
39. Wang M-Y, Zhao R, Gao L-J, Gao X-F, Wang D-P, Cao J-M. SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based Therapeutics Development. *Front Cell Infect Microbiol.* 2020;10:587269.
40. Wertheim JO, Chu DKW, Peiris JSM, Kosakovsky Pond SL, Poon LLM. A case for the ancient origin of coronaviruses. *J Virol.* 2013 Jun;87(12):7039–45.
41. Woo PCY, Lau SKP, Lam CSF, Lau CCY, Tsang AKL, Lau JHN, et al. Discovery of seven novel Mammalian and avian coronaviruses in the genus deltacoronavirus supports bat coronaviruses as the gene source of alphacoronavirus and betacoronavirus and avian coronaviruses as the gene source of gammacoronavirus and deltacoronav. *J Virol.* 2012 Apr;86(7):3995–4008.
42. Forni D, Cagliani R, Clerici M, Sironi M. Molecular Evolution of Human Coronavirus Genomes. *Trends Microbiol.* 2017 Jan;25(1):35–48.

43. Pfefferle S, Oppong S, Drexler JF, Gloza-Rausch F, Ipsen A, Seebens A, et al. Distant relatives of severe acute respiratory syndrome coronavirus and close relatives of human coronavirus 229E in bats, Ghana. *Emerg Infect Dis.* 2009 Sep;15(9):1377–84.
44. Gouilh MA, Puechmaille SJ, Gonzalez J-P, Teeling E, Kittayapong P, Manuguerra J-C. SARS-Coronavirus ancestor's foot-prints in South-East Asian bat colonies and the refuge theory. *Infect Genet Evol J Mol Epidemiol Evol Genet Infect Dis.* 2011 Oct;11(7):1690–702.
45. Bidokhti MRM, Trávén M, Krishna NK, Munir M, Belák S, Alenius S, et al. Evolutionary dynamics of bovine coronaviruses: natural selection pattern of the spike gene implies adaptive evolution of the strains. *J Gen Virol.* 2013 Sep;94(Pt 9):2036–49.
46. Childs JE, Mackenzie JS, Richt JA. Wildlife and Emerging Zoonotic Diseases: The Biology, Circumstances and Consequences of Cross-Species Transmission. In 2007.
47. Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med.* 2009 Jul;361(3):225–9.
48. Vijgen L, Keyaerts E, Moës E, Thoelen I, Wollants E, Lemey P, et al. Complete genomic sequence of human coronavirus OC43: molecular clock analysis suggests a relatively recent zoonotic coronavirus transmission event. *J Virol.* 2005 Feb;79(3):1595–604.
49. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods Mol Biol.* 2015;1282:1–23.
50. Liu P, Shi L, Zhang W, He J, Liu C, Zhao C, et al. Prevalence and genetic diversity analysis of human coronaviruses among cross-border children. *Virol J.* 2017 Nov;14(1):230.
51. Forgie S, Marrie TJ. Healthcare-associated atypical pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med.* 2009 Feb;30(1):67–85.
52. King A. An uncommon cold. *New Sci.* 2020 May;246(3280):32–5.

53. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr;382(18):1708–20.
54. Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? [Internet]. [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
55. Wu Y, Kang L, Guo Z, Liu J, Liu M, Liang W. Incubation Period of COVID-19 Caused by Unique SARS-CoV-2 Strains: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw open*. 2022 Aug;5(8):e2228008.
56. WHO. WHO siterep 73. World Heal Organ [Internet]. 2020;2019(March):2633. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
57. Rai P, Kumar BK, Deekshit VK, Karunasagar I, Karunasagar I. Detection technologies and recent developments in the diagnosis of COVID-19 infection. *Appl Microbiol Biotechnol*. 2021 Jan;105(2):441–55.
58. Sanche S, Lin YT, Xu C, Romero-Severson E, Hengartner N, Ke R. High Contagiousness and Rapid Spread of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. *Emerg Infect Dis*. 2020 Jul;26(7):1470–7.
59. Dhungel B, Rahman MS, Rahman MM, Bhandari AKC, Le PM, Biva NA, et al. Reliability of Early Estimates of the Basic Reproduction Number of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep;19(18).
60. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z-L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol*. 2021 Mar;19(3):141–54.
61. Archived: WHO Timeline - COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline--covid-19>
62. World Health Organization. Pneumonia of unknown cause – China [Internet]. Disease outbreak news. 2020 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020->

DON229

63. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 1 21 JANUARY 2020. Situat Rep – 1 [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 6];205(6):1–19. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330760/nCoVsitrep21Jan2020-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
64. WHO. Novel Coronavirus Situation Report-5. World Heal Organ [Internet]. 2020;(25 JANUARY):1–7. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200125-sitrep-5-2019-ncov.pdf?sfvrsn=429b143d_8
65. WHO. Novel Coronavirus Situation Report - 11. 2020;(January):8. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330776/nCoVsitrep31Jan2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. World Health Organization. Strategic Preparedness and Response Plan. World Heal Organ [Internet]. 2020;(February):7. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>
67. World Health Organization. Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 22- 11 February 2020. World Heal Organ [Internet]. 2020;(February):2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330991>
68. Lie SA, Wong SW, Wong LT, Wong TGL, Chong SY. Practical considerations for performing regional anesthesia: lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Can J Anaesth.* 2020 Jul;67(7):885–92.
69. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNE YÖNELİK GENEL BİR DEĞERLENDİRME: TÜRKİYE ÖRNEĞİ. *Journal.* 2020;(1):62–79.
70. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 86.

71. Organization WH. Weekly epidemiological update. 2020;(December). Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-15-december-2020>
72. Perumal N, Steffen A, Ullrich A, Siedler A. Effekte der COVID-19-Impfung auf Inzidenz und Todesfälle in der älteren Bevölkerung in Deutschland: erste Ergebnisse einer ökologischen Analyse. 2021;(19):37–51.
73. Klimek L, Bergmann K-C, Brehler R, Pfützner W, Worm M, Hartmann K, et al. [Not Available]. Allergo J Interdiszip Zeitschrift fur Allergol und Umweltmedizin Organ der Dtsch Gesellschaft fur Allerg und Immunitatsforsch. 2021;30(3):22–43.
74. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 28 December 2021 [Internet]. [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---28-december-2021>
75. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 1 March 2023 [Internet]. [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-march-2023>
76. T.C. Resmî Gazete [Internet]. [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/08/20060823-4.htm>
77. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. 2019.
78. Güngör B. Türkiye’de Covid-19 Pandemisi Süresince Alınan Önlemlerin Kriz Yönetimi Perspektifinden Değerlendirilmesi = Evaluation of Measures Taken During the Covid-19 Pandemic from Crisis Management Perspective in Turkey. USBAD Uluslararası Sos Bilim Akad Derg = Int J Soc Sci Acad. 2020;II(4):818–51.
79. Anadolu Ajansı. A’dan Z’ye Kovid-19 rehberi. [Internet]. 2020. Available from: <https://www.aa.com.tr/tr/kategori-sayfasimanset/adan-zye-kovid-19->

rehberi/1777116

80. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. Journal. 2020;(1):62–79.
81. Sözcü. MSB'den askerlik celp ve terhis ertelenmesi hakkında açıklama! - [Internet]. [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/son-dakika-msbden-celp-ve-terhis-ertelenmesi-aciklamasi-5756893/>
82. BBC News Türkçe. Koronavirüs: Adım adım Türkiye'nin Covid-19'la mücadelesi [Internet]. [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-52899914>
83. Anadolu Ajansı. Çin'den gelen uçuşlar şubat sonuna kadar durdurulacak [Internet]. [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/saglik-bakani-koca-cinden-gelen-butun-ucuslarin-ay-sonuna-kadar-durdurulmasi-kararini-aldik/1722807>
84. Koca F. 30 Nisan 2020 Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu [Internet]. Available from: <https://twitter.com/drfahrettinkoca/status/1255889662478032899>
85. Haberler.com. Son Dakika: 15 İlde Sokağa Çıkma Yasağı Sona Erdi, Normalleşme Süreci Başladı! İşte Açılacak İşletmeler [Internet]. Available from: <https://www.haberler.com/son-dakika-15-ilde-hafta-sonu-uygulanan-sokaga-13277820-haberi/> Erişim Tarihi: 08.07.2020
86. Koca F. 30 Haziran 2020 Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu [Internet]. Available from: <https://twitter.com/drfahrettinkoca/status/1277997841244356613>
87. Sözcü Gazetesi. Prof. Dr. Fatih Tank: Sanki hiç 11 Mart-31 Mayıs arasını yaşamamışız gibi - Son dakika sağlık haberleri2 [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.sozcu.com.tr/2020/saglik/prof-dr-fatih-tank-sanki-hic-11-mart-31-mayis-arasini-yasamamisiz-gibi-5886644/>
88. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Haftalık Durum Raporu 27/07/2020 – 02/08/2020 Türkiye. [cited 2023 Mar 7]; Available from:

https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38899/0/covid-19-haftalik-durum-raporu---31-haftapdf.pdf?_tag1=B8E4682A60AFCA3321F7D5F49CFE4525C901F404

89. Resmî Gazete. COVID-19 Kapsamında Kamu Çalışanlarına Yönelik Tedbirler. 2020; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200826-5.pdf>
90. Sözcü. Son dakika... Erdoğan açıkladı! Hafta sonu kısmi sokağa çıkma yasağı ilan edildi. 2020; Available from: https://web.archive.org/web/20201117170430/https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/son-dakika-erdogan-acikladi-hafta-sonu-sokaga-cikma-yasagi-ilan-edildi-6129466/?utm_source=dahafazla_haber&utm_medium=free&utm_campaign=dahafazlahaber
91. DW. Türkiye’de 14 Nisan’da “kısmi kapanma” başlıyor [Internet]. 2021. Available from: <https://web.archive.org/web/20210413172644/https://www.dw.com/tr/turkiyede-14-nisanda-kismii-kapanma-basliyor/a-57188256>
92. Sözcü. Tam kapanma kararı alındı: Yüz yüze eğitime ara, sınavlar ertelendi [Internet]. 2021. Available from: <https://web.archive.org/web/20210426170828/https://www.sozcu.com.tr/2021/gundem/cumhurbaskani-erdogandan-kabine-toplantisi-sonrasi-kritik-aciklamalar-6397249/>
93. Anadolu Ajansı. “Tam kapanma” sona erdi, “kademeli normalleşme” başladı. 2021; Available from: <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/-tam-kapanma-sona-erdi-kademeli-normallesme-basladi/2243887>
94. T.C. İçişleri Bakanlığı. 81 İl Valiliğine Kademeli Normalleşme Tedbirleri Genelgesi Gönderildi [Internet]. 2021. Available from: <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-kademeli-normallesme-tedbirleri-genelgesi-gonderildi>

95. Bilimsel Danışma Kurulu. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi. 2022 [cited 2023 Mar 8]; Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/43095/0/covid-19rehberieriskinhastayonetimivetedavi-12042022pdf.pdf>
96. Al-Tawfiq JA, Al-Homoud AH, Memish ZA. Remdesivir as a possible therapeutic option for the COVID-19. Vol. 34, Travel medicine and infectious disease. Netherlands; 2020. p. 101615.
97. Aouba A, Baldolli A, Geffray L, Verdon R, Bergot E, Martin-Silva N, et al. Targeting the inflammatory cascade with anakinra in moderate to severe COVID-19 pneumonia: case series. Vol. 79, Annals of the rheumatic diseases. England; 2020. p. 1381–2.
98. Ndwandwe D, Wiysonge CS. COVID-19 vaccines. Curr Opin Immunol. 2021 Aug;71:111–6.
99. World Health Organization (WHO). COVID-19 vaccine tracker and landscape 21 February 2023 [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
100. Grubaugh ND, Petrone ME, Holmes EC. We shouldn't worry when a virus mutates during disease outbreaks. Nat Microbiol. 2020 Apr;5(4):529–30.
101. Lauring AS, Hodcroft EB. Genetic Variants of SARS-CoV-2-What Do They Mean? JAMA. 2021 Feb;325(6):529–31.
102. World Health Organization (WHO). Tracking SARS-CoV-2 variants Last updated on 24 February 2023 [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
103. World Health Organization (WHO). Tracking SARS-CoV-2 variants Last updated on 24 February 2023. 2023.
104. Zarocostas J. How to fight an infodemic. Lancet (London, England) [Internet]. 2020;395(10225):676. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

105. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 169 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200707-covid-19-sitrep-169.pdf>
106. World Health Organization (WHO). An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action, 7-8 April 2020 [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334287>
107. Eysenbach G. Infodemiology: The epidemiology of (mis)information. Vol. 113, *The American journal of medicine*. United States; 2002. p. 763–5.
108. Gölbaşı SD, Metintas S. COVID-19 PANDEMİSİ VE İNFODEMİ. *Journal*. 2020;5:126–37.
109. Cinelli M, Quattrociocchi W, Galeazzi A, Valensise CM, Brugnoli E, Schmidt AL, et al. The COVID-19 social media infodemic. *Sci Rep*. 2020 Oct;10(1):16598.
110. Oyeyemi SO, Gabarron E, Wynn R. Ebola, Twitter, and misinformation: a dangerous combination? Vol. 349, *BMJ (Clinical research ed.)*. England; 2014. p. g6178.
111. McFadden SM, Malik AA, Aguolu OG, Willebrand KS, Omer SB. Perceptions of the adult US population regarding the novel coronavirus outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231808.
112. World Health Organization (WHO). A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19 24 February 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19?gclid=Cj0KCQiAx6ugBhCcARIsAGNmMbhZSkCDqm0PEpl0KV2yEZ7-2WfP3dUR82TmEmx3rl-Z37xQNkhT2nkaAiHTEALw_wcB
113. World Health Organization (WHO). An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action, 7-8 April 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334287?show=full>

114. Kasperson RE, Renn O, Slovic P, Brown HS, Emel J, Goble R, et al. The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. *Risk Anal* [Internet]. 1988 Jun 1;8(2):177–87. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x>
115. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 45 5 March 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/situation-report---45>
116. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 169.
117. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report - 13 2 February 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/situation-report---13>
118. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 60 19 March 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/situation-report---60>
119. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 93 22 April 2020. 2020; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/situation-report---93>
120. World Health Organization. An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action [Internet]. Vol. April 7-8, Geneva: World Health Organization2. 2020. License CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>
121. Weerth C. WHO on COVID-19: WHO warns about fivefold increase of cyber threats. 2020.
122. World Health Organization (WHO). COVID-19 message library [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-message-library>
123. World Health Organization (WHO). 1st WHO Infodemiology Conference [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news->

room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference

124. World Health Organization (WHO). Start of 1st WHO Infodemic Management training [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news/item/30-10-2020-start-of-1st-who-infodemic-management-training>
125. World Health Organization (WHO). Call for applicants for 2nd WHO training in infodemic management [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-applicants-for-2nd-who-training-in-infodemic-management>
126. World Health Organization (WHO). 3rd WHO training on infodemic management [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management/3rd-who-training-on-infodemic-management%0A>
127. Ratzan S. Health Literacy: Communication for the Public Good. *Health Promot Int.* 2001 Jul 1;16:207–14.
128. World Health Organization (WHO). Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>
129. Nutbeam D. World Health Organisation Discussion Paper: Promoting, measuring and implementing health literacy - Implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/bac>. 2017.
130. Williams M V, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med.* 1998 Jan;158(2):166–72.

131. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med*. 1996 Jun;5(6):329–34.
132. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998 Dec;13(12):791–8.
133. Baker DW, Gazmararian JA, Williams M V, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002 Aug;92(8):1278–83.
134. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, O’Conor RM, Curtis L, Benavente JY, et al. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey. *Ann Intern Med*. 2020 Jul;173(2):100–9.
135. Parker RM, Baker DW, Williams M V, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients’ literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995 Oct;10(10):537–41.
136. Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Commun Methods Meas*. 2013 Jun;7(2):134–43.
137. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health [Internet]*. 2015 Dec 1;25(6):1053–8. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
138. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR). 2016. 24–41 p.
139. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması Kitabı [Internet]. 2018. Available from:

<https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf>

140. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *Education* [Internet]. 2006;6:1–59. Available from: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
141. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 Stratejik Planı [Internet]. 2019. Available from: <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan-Web-Katalog.pdf>
142. Castro-Sánchez E, Chang PWS, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2016 Feb;43:103–10.
143. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, et al. Health literacy and vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother*. 2018 Feb;14(2):478–88.
144. Akbal E, Gökler ME. COVID-19 SALGINI SÜRECİNDE EKSİKLİĞİ ORTAYA ÇIKAN BİR GERÇEK: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg*. 2020;5:148–55.
145. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res* [Internet]. 2006;8(2):e9. Available from: <http://www.jmir.org/2006/2/e9/>
146. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313–24.
147. Özkan S, Tüzün H, Dikmen AU, İlhan MN. Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*.4:105-10.
148. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1745–52.

149. Kurt ME, Çapar H, Biçer İ, Çakmak C, Demir H. COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish J Diabetes Obes.* 2021;5(1):43–50.
150. Carvalho Alves M de F, Lima Mendonça M da L, Xavier Soares J de J, Leal SDV, dos Santos M, Rodrigues JM, et al. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in the resident cape-verdean population. *Soc Sci Humanit Open [Internet].* 2021;4(1):100184. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291121000802>
151. Tuppal CP, Ninobla MMG, Ruiz MGD, Loresco RD, Tuppal SMP, Panes II, et al. Knowledge, attitude, and practice toward covid-19 among healthy population in the philippines. *Nurse Media J Nurs.* 2021;11(1):61–70.
152. Ghaderi E, Mahmoodi H, Sharifi saqqezi P, Ghanei Gheshlagh R, Moradi G, Shokri A, et al. Knowledge, attitudes, practices and fear of COVID-19 among Iranians: A quick online survey. *Heal Soc Care Community.* 2022;30(3):1154–62.
153. Koshila P, Priscilla M, James A, Sheik HS, Sivakumar T. Assessment of Knowledge Activity Practice (KAP) Towards COVID-19 Pandemic. 2021;
154. Naser AY, Dahmash EZ, Alsairafi ZK, Alwafi H, Alyami H, Jalal Z, et al. Knowledge and practices during the COVID-19 outbreak in the middle east: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9).
155. Naqid IA, Abdi BA, Ahmed RH, Ibrahim N, Musa DH, Sidiq Z, et al. Public knowledge, attitudes, and practices regarding the coronavirus disease pandemic: a cross-sectional study in the Kurdistan region, Iraq Running title: Public KAP toward the COVID-19 pandemic. *Eur J Mol Clin Med .* 2021;8(2):1148.
156. Mehmet N, Al-Abed A abed AA, Gökler ME, Elengoe A, Ünal E, Mollahaliloğlu S. Knowledge, attitudes and practices regarding COVID-19 among the Turkish and Malaysian general populations during lockdown: A cross-sectional online survey. *Ethiop J Heal Dev.* 2020;34(4):243–52.

157. Tumurbaatar E, Bat-Erdene E, Duurenjargal O, Erbat M, Amartuvshin T, Dashtseren M, et al. Knowledge, attitudes, and practices toward Covid-19 among the Mongolian general population during the period of the Covid-19 pandemic: a nationwide, population-based, randomised, cross-sectional study. *Neurosci Res Notes* [Internet]. 2021 Dec 1;4(3Suppl SE-Research Notes):55–64. Available from: <https://neuroscirn.org/ojs/index.php/nrnotes/article/view/102>
158. Mechessa DF, Ejeta F, Abebe L, Henok A, Nigussie T, Kebede O, et al. Community's knowledge of COVID-19 and its associated factors in Mizan-Aman Town, Southwest Ethiopia, 2020. *Int J Gen Med*. 2020;13:507–13.
159. World Health Organization (WHO). COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum. 2020.
160. Rahman MS, Karamehic-Muratovic A, Amrin M, Chowdhury AH, Mondol MS, Haque U, et al. COVID-19 Epidemic in Bangladesh among Rural and Urban Residents: An Online Cross-Sectional Survey of Knowledge, Attitudes, and Practices. *Epidemiologia*. 2020;2(1):1–13.
161. Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. *J Community Health* [Internet]. 2021;46(2):286–91. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00877-x>
162. Chudasama Y V, Gillies CL, Zaccardi F, Coles B, Davies MJ, Seidu S, et al. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):965–7.
163. Singh K, Xin Y, Xiao Y, Quan J, Kim D, Nguyen T-P-L, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Care in India, China, Hong Kong, Korea, and Vietnam. *Asia Pacific J Public Heal* [Internet]. 2022 Jan 22;34(4):392–400. Available from: <https://doi.org/10.1177/10105395211073052>

164. Geleta TA, Deriba BS, Beyane RS, Mohammed A, Birhanu T, Jemal K. COVID-19 Pandemic Preparedness and Response of Chronic Disease Patients in Public Health Facilities. *Int J Gen Med* [Internet]. 2020 Dec 31;13:1011–23. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/IJGM.S279705>
165. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS One*. 2020;15(8 august):1–13.
166. Inoue M, Shimoura K, Nagai-Tanima M, Aoyama T. The Relationship Between Information Sources, Health Literacy, and COVID-19 Knowledge in the COVID-19 Infodemic: Cross-sectional Online Study in Japan. *J Med Internet Res* [Internet]. 2022;24(7):e38332. Available from: <https://www.jmir.org/2022/7/e38332>
167. McCaffery K, Dodd R, Cvejic E, al. et. Health literacy and disparities in COVID-19–related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia [Internet]. Vol. 30, *Public Health Research & Practice*. 2020. Available from: <https://apo.org.au/node/309961>
168. Silva MJ, Santos P. The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against covid-19: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10).
169. Abdel-Latif MMM. The enigma of health literacy and COVID-19 pandemic. *Public Health* [Internet]. 2020;185:95–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00333350620302687>
170. Seng JJB, Yeam CT, Huang CW, Tan NC, Low LL. Pandemic related Health literacy – A Systematic Review of literature in COVID-19, SARS and MERS pandemics. *medRxiv* [Internet]. 2020 Jan 1;2020.05.07.20094227. Available from: <http://medrxiv.org/content/early/2020/05/11/2020.05.07.20094227.abstract>
171. Santos MIP de O, Portella MR. Conditions of functional health literacy of

an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):144–52.

172. Tsai T-I, Lee S-YD, Tsai Y-W, Kuo KN. Methodology and Validation of Health Literacy Scale Development in Taiwan. *J Health Commun* [Internet]. 2010 Dec 30;16(1):50–61. Available from: <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.529488>
173. Gyeltshen K, Phuntsho S, Wangdi K. Knowledge, Attitude, and Practice towards COVID-19 among Patients Attending Phuentsholing Hospital, Bhutan: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4).
174. Gautam U, Bajpai Tewari D. Public Knowledge, Attitudes, and Practices Toward COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Delhi and National Capital Region (NCR), India. *SAGE Open.* 2023;13(1):1–14.
175. Prabhu N, Alonazi MA, Algarni HA, Issrani R, Alanazi SH, Alruwaili MK, et al. Knowledge, Attitude and Practice towards the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey Study among the General Public in the Kingdom of Saudi Arabia. Vol. 10, *Vaccines.* 2022.
176. Siddiquea BN, Shetty A, Bhattacharya O, Afroz A, Billah B. Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Sep 1;11(9):e051447. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e051447.abstract>
177. Huynh G, Nguyen T Van, Nguyen DD, Lam QM, Pham TN, Nguyen HTN. Knowledge About COVID-19, Beliefs and Vaccination Acceptance Against COVID-19 Among High-Risk People in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Infect Drug Resist* [Internet]. 2021 Mar 30;14:1773–80. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/IDR.S308446>
178. Bhartiya S, Kumar N, Singh T, Murugan S, Rajavel S, Wadhvani M. Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 vaccination acceptance in West India. *Int J Community Med Public Heal* [Internet]. 2021 Feb 24;8(3 SE-Original Research Articles):1170–6. Available from: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/7769>

179. Borah P, Hwang J. Trust in Doctors, Positive Attitudes, and Vaccination Behavior: The Role of Doctor–Patient Communication in H1N1 Vaccination. *Health Commun* [Internet]. 2022 Sep 19;37(11):1423–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1895426>
180. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu [Internet]. 2023. Available from: https://covid19asi.saglik.gov.tr/?_Dil=1

EK-1

Denizli Merkez İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranlarda COVID-19'a Yönelik Bilgi Durumu ve İlişkili Faktörler

Sayın katılımcı; bu çalışmada Denizli'de Aile Sağlığı Merkezlerine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranış özellikleri ve bununla **ilişkili etmenler** araştırılmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre dayanmaktadır. Anket anonimdir, lütfen isim yazmayınız. Lütfen tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Katılımınız için teşekkürler.

Arş. Gör. Dr. Nevzat Atalay ÇELİKÜREK
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

1. Bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz : ____
 2. Cinsiyetinizi belirtiniz:
a. Erkek () b. Kadın ()
 3. Nerede doğdunuz? (İl/ilçe/köy) Belirtiniz. ____/____/ ____
 4. Hayatınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yerleşim yerini ve süresini belirtiniz.
İl _/ İlçe ____/ Köy_/ Süre _
 5. Medeni durumunuzu belirtiniz:
a. Evli () b. Bekar () c. Dul / Boşandım / Ayrı yaşıyorum ()
 6. Öğrenim düzeyinizi belirtiniz :
a. İlkokul mezunuyum () b. Ortaokul mezunuyum () c. Lise mezunuyum ()
d. Yüksekokul / Üniversite mezunuyum () e. Yüksek lisans/Doktora mezunuyum ()
 7. Yaşadığınız aile tipini nasıl tanımlarsınız?
a. Çekirdek aile () b. Geniş aile () c. Parçalanmış aile ()
 8. Çocuğunuz var mı?
a. Var () b. Yok ()
- Çocuğunuz var ise kaç çocuğunuz var? Belirtiniz. ____**
9. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
a. Çalışıyorum () b. Aralıklı çalışıyorum () c. Çalışmıyorum ()
 10. Mesleğinizi belirtiniz.

- a. Ev hanımı () b. İşçi () c. Emekli () d. Öğrenci () e. Memur ()
f. Esnaf () g. Serbest çalışan () h. Çiftçi () ı. Diğer: _____

11. Sağlık güvenceniz aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Yok () b. Genel Sağlık Sigortası () c. Diğer () (**Lütfen belirtiniz:** _____)

12. Ailenizde sağlık çalışanı var mıdır?

- a. Yok () b. Var () **Var ise yakınlık derecesini belirtiniz:** _____

13. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Gelir giderden az () b. Gelir gidere eşit () c. Gelir giderden fazla ()

14. Son 15 gün içerisinde genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?

- a. Çok iyi () b. İyi () c. Orta () d. Kötü () e. Çok kötü ()

15. Tanı konulmuş kronik (süreğen, devamlı) hastalığınız var mı?

- a. Evet () b. Hayır ()

Yanıtınız evet ise lütfen hastalık(larınızı) belirtiniz: _____

16. Düzenli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren hastalığınız var mı?

- a. Evet () b. Hayır ()

Yanıtınız evet ise ilacınızı / ilaçlarınızı belirtiniz: _____

17. Birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) kronik (süreğen) bir hastalığı olan var mı?

- a. Evet () b. Hayır () **Yanıtınız evet ise kimde olduğunu belirtiniz:** _____

Hangi Hastalık bulunmaktadır? : _____

18. Şu ana kadar 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yattınız mı?

- a. Evet () b. Hayır ()

19. Şu ana kadar sağlıkla ilgili konularda herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a. Evet () b. Hayır ()

20. Düzenli olarak gazete/kitap okur musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

Verdiğiniz yanıt Evet ise ne sıklıkta gazete/kitap okursunuz?

- a. Hergün () b. Her hafta () c. Ayda bir () d. Yılda birkaç kez ()

21. Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda / hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

- a. Aile Hekimi () b. Devlet Hastanesi () c. Üniversite Hastanesi () d. Özel Hastane () e. Özel Muayenehane ()

22. Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda / hastalık durumunda (aşı, tetkik,tahlil yaptırma/reçete yazdırma... vb.) sağlık kuruluşlarına **AYDA** ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

Ayda ortalama _____ kere başvuruyorum.

23. COVID aşısı oldunuz mu?

a. Evet () b. Hayır ()

24. COVID aşısı oldu iseniz hangi aşıdan kaç doz olduğunuzu belirtiniz.

COVID aşısı olmadıysanız: Aşı yaptırmak konusunda tereddüt etme nedenlerinizi belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. İçeriğindeki maddelerin zararlı yan etkileri olduğunu düşünüyorum ()
2. Dini inanışlarımdan dolayı günah olduğunu düşünüyorum ()
3. Aşının yararlı olduğuna inanmıyorum ()
4. Aşıların ilaç firmalarına para kazandırmak amaçlı olduğunu düşündüğüm için ()
5. Aşıların ileride başka hastalıklara neden olabileceğinden korkuyorum ()
6. Diğer ()

Lütfen açıklayınız __

25. COVID-19 Hastalığını geçirdiniz mi?

a. Evet () b. Hayır ()

26. COVID-19 ile ilgili temaslı olarak değerlendirildiniz mi ya da sizlere herhangi bir izolasyon uygulandı mı?

a. Evet () b. Hayır ()

27. COVID-19 ile ilgili yapılan kısıtlamalardan kaynaklı herhangi bir ceza aldınız mı?

a. Evet () b. Hayır ()

LÜTFEN ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Aşağıdaki seçeneklerde *çok kolaydan - zora* doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur? Size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
1- Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2- Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3- Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda aileniz veya arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4- Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5- Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6- Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7- Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8- Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9- Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10- Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarını kullanmak					
11- İlaç kutusundaki ilaç kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12- Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13- Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14- Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15- Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16- Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					

LÜTFEN ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ.

Aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
17- Doktorunuzun siz önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18- Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19- Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20- Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21- Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı ile ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22- Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23- İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24- İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25- Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26- Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27- Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28- Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29- Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30- Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31- Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32- Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

LÜTFEN ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ.

COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği
Size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1- COVID-19'un ana klinik semptomları ateş, yorgunluk, kuru öksürük ve kas ağrısıdır.			
2- COVID-19 virüsü olan kişilerde soğuk algınlığının aksine, burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve hapşırma daha az görülür.			
3- Şu anda COVID-19 için etkili bir tedavi yoktur, ancak erken semptomatik ve destekleyici tedavi çoğu hastanın enfeksiyondan kurtulmasına yardımcı olabilir.			
4- Çoğu hastada COVID-19 ağır bir seyir göstermemektedir. Sadece yaşlı, kronik hastalığı olan ve obezlerde daha ciddi bir hastalık seyri göstermesi olasıdır.			
5- COVID-19 virüsüne, yabani hayvanları yemek veya yabani hayvanlara temas etmek neden olur.			
6- COVID-19 tanısı alan kişiler, ateş olmadığında virüsü başkalarına bulaştıramaz.			
7- COVID-19 virüsü, enfekte bireylerin solunum yolu damlacıkları ile yayılır.			
8- İnsanlar, COVID-19 virüsünün bulaşmasını önlemek için genel tıbbi maskeler takabilirler.			
9- COVID-19 virüsünün bulaşmasını önlemek için çocuklar ve yetişkinlerin önlem almaları gerekli değildir.			
10- COVID-19 enfeksiyonunu önlemek için, insanlar, tren istasyonları gibi kalabalık yerlere gitmek ve toplu taşıma araçlarını kullanmaktan kaçınmalıdır.			
11- COVID-19 tanısı almış kişilerin izole ve tedavi edilmesi, virüsün yayılmasını azaltmada etkili bir yöntemdir.			
12- COVID-19 virüsü bulaşmış biriyle temas eden kişilerin derhal uygun bir yerde izole edilmesi ve gözlem altına alınması gerekir.			

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER...

EK-2

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2021-E.77552



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-77552
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz **10.150.1.93** **Denizli Merkez İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine**
Başvuranlarda COVID-19'a Yönelik Bilgi Durumu ve İlişkili Faktörler" konulu
çalışmanız **13.07.2021 tarih ve 13 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,
16.07.2021

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIGINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan



DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ile Dr.Nevzat Atalay ÇELİKÜREK arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Denizli Merkezefendi ve Pamukkale İlçe Sağlık Müdürlüklerine Bağlı ASM'ler

Çalışmanın Adı: "Denizli Merkez İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuranlarda COVID-19' a Yönelik Bilgi Durumu ve İlişkili Faktörler"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Dr.Nevzat Atalay ÇELİKÜREK

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinde de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumumuzda 6 ay Süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 09 Ağustos 2022 /**Bitiş** 09 Şubat 2023
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

.../.../2022
Dr.Nevzat Atalay ÇELİKÜREK

.../.../2022
Uz. Dr. İbrahim EMREOĞLU
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2022
Uz.Dr. Berna ÖZTÜRK
Sağlık Müdürü

EK-4

Bilimsel Araştırma Başvurusu

1 mesaj

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>

23 Haziran 2021 23:12

Yanıtlama Adresi: noreply@portal.saglik.gov.tr

Alıcı: ncelikyurek@pau.edu.tr

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm sũreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Nevzat Atalay ÇELİKYÜREK-2021-06-22T14_30_02

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdđi bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdđi bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

EK-5

COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği kullanım izni

2 ileti

Atalay Celikyurek <atalaycelikyurek@gmail.com>
Alıcı: ismailbiceer@gmail.com

9 Haziran 2021 13:30

İyi günler ben Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Arş. Gör. Dr. Nevzat Atalay ÇELİKÜREK.

Kendi yapacağım uzmanlık tezi araştırmam için ölçeğinizi kullanmayı düşünüyorum. Araştırmamda Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeylerini değerlendirip bunlarla ilişkili faktörleri araştıracağım.

Bu nedenlerden ötürü ölçeğinizi kullanmak için izin istiyorum ve ölçeğinizde puanlamanın nasıl yapıldığını, hangi maddelerin ters kodlandığını açıklayan bilgileri sizlerden rica ediyorum.

İyi çalışmalar diler ve şimdiden teşekkürlerimi sunarım.

İsmail BIÇER <ismailbiceer@gmail.com>
Alıcı: Atalay Celikyurek <atalaycelikyurek@gmail.com>

9 Haziran 2021 14:07

Merhaba Hocam,

Tabi ki çok memnun olurum. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Toplam ölçek skoru en düşük 0, en yüksek 12 olabilir. Yüksek puanlar, COVID-19'a yönelik yüksek bilgiye sahip olduğunu, düşük puanlar ise düşük bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bilgiye yönelik sorulardan 6. ve 9. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin herhangi bir puan kategorisi ve kesme noktası yoktur. Ölçeği ekte paylaşıyorum.

İyi çalışmalar.

Atalay Celikyurek <atalaycelikyurek@gmail.com>, 9 Haz 2021 Çar, 13:30 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

 **Anket Formu (1).pdf**
106K