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

COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARIYLA VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİ HABERLERİNE YÖNELİK TUTUM DÜZEYLERİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. FATMA SEMANUR KORKMAZ ÖNER

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA
2022

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

COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARIYLA VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİ HABERLERİNE YÖNELİK TUTUM DÜZEYLERİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. FATMA SEMANUR KORKMAZ ÖNER

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA
2022

KABUL VE ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	fatma Sevnur KORKMAZ ÖNER
Baba Adı	ilyas
Doğum Yeri/Tarihi	Antalya 03/01/1991
Diploma Tarihi / Diploma No	25/07/2016 20160600520
Mezun Olduğu Fakülte	Düzce Üniversitesi Tıp fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	**Yıl:** 4 **Ay:**
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI:
COVID-19 Döneminde Sağlık Okuryazarlığı ve kitle iletişim Araçlarıyla verilen sağlık Eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeylerinin ilişkilendirilmesi

JÜRİ KARARI:

Tez sınavında başarılı olmuştur. Uzmanlık sınavına girmeye hak kazanmıştır.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof.Dr. Mustafa Necmi İLTAN

ÜYE
Prof.Dr. Sedat DURAN

ÜYE
Prof.Dr. Meltem HASSE

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak bana ışık tutan en başta tez hocam, mentorum, kıymetli hocam Prof. Dr. Seçil ÖZKAN olmak üzere, manevi desteğiyle her zaman kanatlarının altında olmaktan mutluluk duyduğum anabilim dalımızın değerli hocaları; Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL, Doç Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN, Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÜZÜN ve Dr. Öğr. Üyesi Cansu ÖZBAŞ'a saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Asistanlığım boyunca yoğun çalışmalarımıza rağmen omuz omuza çalışmaktan zevk aldığım sevgili asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca bana her konuda sınırsız destek olan aileme,

Hayatıma girdiği günden beri tüm sıkıntıları beraber göğüslediğimiz, desteği hep benimle olan, ne olursa olsun yanımda bulunan biricik yol arkadaşım Dr. Semih ÖNER'e ve dünyamıza gelişiyle hayata bakışımı değiştirerek yeni anlamlar katan canım kızım Ela ÖNER'e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Fatma Semanur KORKMAZ ÖNER

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY i
TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
TABLOLAR DİZİNİ v
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
KISALTMALAR viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. COVID-19 Pandemi Süreci 6
2.1.1. Giriş 6
2.1.2. COVID-19 Epidemiyolojisi 6
2.1.3. Klinik Özellikler 8
2.1.4. COVID-19 Bulaş Yolları 9
2.1.5. COVID-19 Tanılaması 10
2.1.6. COVID-19'a Karşı Alınan Önlemler 11
2.2. Kitle İletişim Araçları 14
2.2.1. Kitle İletişim Kavramı 14
2.2.2. Kitle İletişim Araçları 15
2.2.3. Kitle İletişim Araçlarının İşlevleri 18
2.3. Sağlık Eğitimi 21
2.3.1. Tanımı, Amacı ve Önemi 21
2.3.2.Sağlık Eğitiminin İlkeleri 22
2.3.3.Sağlık Eğitiminin Planlama, Uygulama ve Değerlendirilmesi Süreci 23
2.3.4.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi Uygulamaları 24
2.4. Sağlık İletişimi 26
2.4.1. Sağlık İletişimi ve Tarihsel Gelişimi 26
2.4.2. Sağlık İletişimi Modelleri 32
2.4.4. Sağlık İletişiminde Kampanya Süreci 39
2.5. Risk İletişimi 53
2.5.1. COVID-19 Risk Algısı 55

2.6. Sağlık Okuryazarlığı 55
2.6.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı 55
2.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 56
2.6.3. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi 56
2.6.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları 59
2.6.5. Pandemi Döneminde Sağlık Okuryazarlığı 60
3. GEREÇ VE YÖNTEM 63
3.1.Araştırmanın Kapsamı 63
3.2.Araştırma Bölgesinin Tanıtımı 63
3.3.Araştırmanın Tipi 63
3.4.Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı 64
3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 64
3.5.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 64
3.5.2.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 64
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı ve Ölçme Araçları 65
3.7.Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli 67
3.8.Araştırmanın Uygulama Süresi 67
3.9.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi 68
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları 72
4.BULGULAR 73
5. TARTIŞMA 103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 117
7. KAYNAKLAR 120
8. ÖZET 141
9. ABSTRACT 143
10. EKLER 145
10.1. Anket Formu 145
10.2. Etik Komisyon Onayı 152
10.3. Tablolar 156
11. ÖZGEÇMİŞ 176

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Puan Tablosu 67
Tablo 2. Araştırmada Karşılaştırma Analizleri İçin Kategorize Edilen Bağımsız Değişkenlerin Dağılımı, Ankara, 2022.....71
Tablo 3. Araştırmada Karşılaştırma Analizleri İçin Kategorize Edilen Bağımsız Değişkenlerin Dağılımı, Ankara, 2022.....72
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.....73
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.....75
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022. 77
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bilgilere Ulaşmak için Kullandıkları Kaynakların Dağılımı, Ankara, 2022.....79
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bilgilere Ulaşmak için Kullandıkları Kaynakların Dağılımı, Ankara, 2022.....81
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Korunma Önlemlerine Uyma Durumu, Ankara, 2022.....83
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin SOY ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Durumları, Ankara, 2022.84
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022. 86
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022. 88
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022. 90

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yeterli-Mükemmel SOY Düzeyleri Üzerine Etkili Faktörlerin Analizi (Multivariate lojistik regresyon), Ankara 2022. 92
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022. 94
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022. 96
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Yüksek Tutum Düzeyi Üzerine Etkili Faktörlerin Analizi (Multivariate lojistik regresyon) 98

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. DSÖ Bölgesince Haftalık Bildirilen COVID-19 Vakaları ve 20 Mart 2022 İtibarıyla Küresel Ölümler(2) 8
Şekil 2. SOY Puanı ile Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki 100
Şekil 3. Yetersiz-Sınırlı SOY Puanı İle Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....101
Şekil 4. Yeterli-Mükemmel SOY Puanı İle Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki...102

KISALTMALAR

DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
COVID-19	**:** Corona Virus Disease
CDC	**:** Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SARS CoV2	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirus2
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
PCR	**:** Polymerase Chain Reaction
BT	**:** Bilgisayarlı Tomografi
ELISA	: Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay
HLS-EU	**:** Health Literacy Study- European Union
REALM	**:** Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	**:** Test of Functional Literacy in Adults
MMSE	**:** The Mini-Mental State Examination
MART	**:** The Medical Terminology Achievement Test
TSOY-32	**:** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
ABD	**:** Amerika Birleşik Devletleri
MEB	**:** Milli Eğitim Bakanlığı
YÖK	**:** Yüksek Öğretim Kurumu
HES	**:** Hayat Eve Sığar
FDA	**:** U.S. Food and Drug Administration
NCP	**:** Network Control Protokol
TSM	**:** Toplum Sağlığı Merkezi
KETEM	**:** Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
ASM	**:** Aile Sağlığı Merkezi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TL	: Türk Lirası

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çin'in Wuhan kentinde 2019 Aralık'ta yeni bir tipte koronavirüsün yol açtığı pnömoni salgını oluşmuş, önce tüm Çin Halk Cumhuriyeti'ne sonra da dünyaya hızlı bir şekilde yayılarak bütün dünyayı etkisi altına almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu yeni tip koronavirüs hastalığını Türkiye'de de vakaya ilk kez rastlanan tarih olan 11 Mart 2020'de tüm Dünya'ya pandemi olarak duyurmuştur(1). COVID-19 tablosu nefes darlığı, öksürme, yüksek ateş ve tat-koku kaybı gibi semptomlardan ölümcül durumlara kadar değişebilen geniş bir tablodur. DSÖ tarafından bildirilen verilere göre dünyada 22 Mart 2022 itibariyle 470 milyonun üzerinde onaylanmış COVID-19 vakası mevcut olup bu vakaların 6 milyondan fazlası hayatını kaybetmiştir(2). Ülkemizde ise aynı tarihte 14 milyonu aşkın onaylanmış COVID-19 vakası olup vakaların 97 binden fazlası yaşamını yitirmiştir(3).

Pandemi durumunda salgının yayılımını kontrol altına almak en temel gerekliliktir. Bunu sağlamak için hızlı teşhis yöntemleri, semptomların erken tanınması, uygun önleyici adımlar kullanılmalıdır(4). COVID-19'un yayılmasını önlemek amacıyla dünyada pek çok uygulama yürürlüğe konmuştur ve bunlardan biri ülkemizde de uygulanmış olan sokağa çıkma kısıtlamasıdır; bu süreç, insanların rutin yaşamından çok uzaktır ve kişilerin fiziksel aktivitelerini, beslenmelerini ve duygu durumlarını fazlasıyla etkilemiştir. Bu zaman diliminde bütün sosyal alanlar kapanmış ve sosyalleşme; telefon, internet, bilgisayarlar ile uzaktan sağlanmıştır(5-

7). Salgınla mücadelede de kitle iletişim araçları birçok yönden önemli rol almaktadır(4). COVID-19 pandemisinin başlangıcından günümüze, bu konuyla ilgili bilgi üretimi ve tüketimi hızla ve önemli ölçüde artmıştır(8, 9). Bu virüsün hızlıca pandemiye dönüşümü, bireyleri hayatlarına yeni giren bu virüs ile ilgili bilgi edinmeye, önlem almaya zorlamıştır(10). 2020 Mart'da yayınlanan Edelman Güven Ölçeği Raporuna göre insanların %70'i virüs ile ilgili haberlere günde en az bir kez göz atmıştır(11). Kuşakların pandemide medya kullanımını irdeleyen Global Web Index Koronavirüs Araştırmasına göre Z kuşağının (16-23 yaş) pandemide en sık kullandığı kitle iletişim aracı %51 ile çevrim içi video platformlarıdır (you tube, tiktok) ve %49'u sosyal medyayı haber okumak için kullanmaktadır, Y kuşağının (24-37 yaş) %44'ü video platformlarında içerik tüketimini arttırmıştır ve %54'ü sosyal medyayı haber okumak için kullanmaktadır, X kuşağının (38-56 yaş) ise en sık kullandığı kitle iletişim aracı %45 ile televizyondur(12). CDC'nin COVID-19'u önlemek için pek çok faydalı yönergesi, yaygın şekilde kullanılan sosyal medyada ön plana çıkan reklamlar ile insanlar arasında pekiştirilmiş; Instagram, facebook ve televizyon medyası, 'evde kal' ve 'sosyal mesafe' nin önemini sık ve ücretsiz şekilde duyurmuştur. Ülke yöneticileri ve sağlık ile ilgili yetkililer, televizyonda, dergilerde, web sitelerinde, Instagram, Twitter ve Facebook gibi sosyal medyada hükümet talimatlarını ve sağlık yönergelerini yayınlamışlardır(13). Öte yandan salgınla ilgili, özellikle internet ve sosyal medyada asılsız ve aşırı olarak paylaşılan içeriklerden kaynaklı bilgi kirliliği yaşanmaktadır ve bu duruma infodemi denmektedir(10). Mevcut pandemide, negatif bilgi yanlılığı felaket senaryolarına sebep olurken, pozitif bilgi yanlılığı

gereksiz iyimserlik haline sebep olmaktadır ve infodeminin yarattığı birçok sonuç ve risk arasında bulunmaktadır(14). Bu noktada sağlık okuryazarlığı (SOY) seviyesinin yüksek olmasının önemi anlaşılmaktadır, COVID-19 ile ilgili güvenilir bilgilerle konu ile alakalı dezenformasyona neden olan yanlış bilgiler arasında ayrımı kolaylaştıran unsur SOY düzeyi yüksekliğidir ve SOY düzeyi yüksek olursa, COVID-19 salgını sürecinde, kişiler koruyucu ve sağlıklı davranışları uygulama ve bilinçli bir şekilde sağlık ile ilgili kararları alma konusunda güçlenecektir(8, 15, 16). Sağlık okuryazarlığı; sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak, bu bilgileri anlamak, yorumlamak, uygulamak ve sağlık ile alakalı kararlar vermek amacıyla kullanılan motivasyon, bilgi ve yeterliliktir(17). Avrupa'daki bazı ülkelerde (Bulgaristan, Yunanistan, Avusturya, Hollanda, Almanya, İrlanda, İspanya, Polonya) sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için uygulanan HLS-EU ölçeği sonucu araştırmaya katılanların%16,5'inin mükemmel, %36'sının yeterli, %35,2'sinin sorunlu-sınırlı ve %12,4'ünün ise yetersiz SOY'a sahip olduğu (18), 2019'da Avrupa'da yedi ülkede yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %24'ünün yetersiz sınırlı SOY'a sahip olduğu bulunmuştur. Türkiye'de ise TSOY-32 ölçeği uygulanması sonucu kişilerin %30,9'unun yetersiz, %38,0'ının sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin ise mükemmel SOY'a sahip olduğu saptanmıştır(19). Yaş gruplarına göre SOY düzeyi araştırıldığında ise SOY seviyesi yetersiz kişilerin en düşük değerini %14'le 18-24 yaş aralığında almakta iken, yaş arttıkça sıklık da giderek artmakta ve 65 yaş ve üzeri grupta %65,5'e ulaşmaktadır(15). COVID-19'un kronik hastalığı bulunanlarda ve 65 yaş üzerinde daha kötü ilerlediği, en önemlisi ölümcül olduğu bilindiğinden özellikle bu grup için doğru iletişim kanallarını kullanmanın

önemi ön plana çıkmaktadır(20). COVID-19 ile ilgili haberleri ve resmi önerileri yorumlamak özellikle SOY düzeyi düşük kişiler için çok zordur ve bireyler bu yeni bilgileri kendi davranışlarına entegre etmekte zorlanmışlardır. Pandeminin başından beri halk toplum bağışıklığı, filyasyon, pandemi gibi pek çok tıbbi terimle karşılaşmış ve SOY seviyesi düşük toplumlar hayatlarına giren bu yeni kavramları anlamakta güçlük çekmişlerdir ve bu anlaşılmamanın bir uzantısı olarak kişilerin olduğundan az veya olması gerekenden fazla tepki gösterdikleri görülmektedir. Salgının kontrol altında tutulabilmesi için en kritik nokta alınan tedbirlerin öneminin halk tarafından benimsenmesi ve anlaşılması sonrasında da uygulanmasıdır(21).

COVID-19 pandemi sürecinde başlangıçta belirsizlik sürecin devamında ise salgının dinamikliği nedeniyle kişiler paniğe kapılmış ve sürece hakimiyet kurmak için bu hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyaç duymuşlardır ve bununla beraber salgın önlemleri kapsamında daha çok evde vakit geçirmiş ve sosyalleşmekten uzak kalmışlar bu sosyalliği televizyon, internet, sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarında aramışlardır. Bu iki durum bir araya geldiğinde bilgiyi kitle iletişim araçlarından edinmek kaçınılmaz olmuş ve doğru bilgiler gibi yanlış bilgiler de hızla yayılmış doğru bilgiye ulaşmada, yorumlamada ve uygulamada sağlık okuryazarlığının önemi bir kez daha gözler önüne serilmiştir. Literatürde salgın sürecinde kitle iletişim araçlarından edinilen sağlık haberlerinin tutuma dönüşmesi ve bu dönüşümün SOY düzeyleri ile bağlantısıyla ilgili eksiklikler bulunduğu görülmüş ve literatüre katkı sağlaması amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Bu araştırmada; “COVID-19 Döneminde Sağlık Okuryazarlığı ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin İlişkilendirilmesi” amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemi Süreci

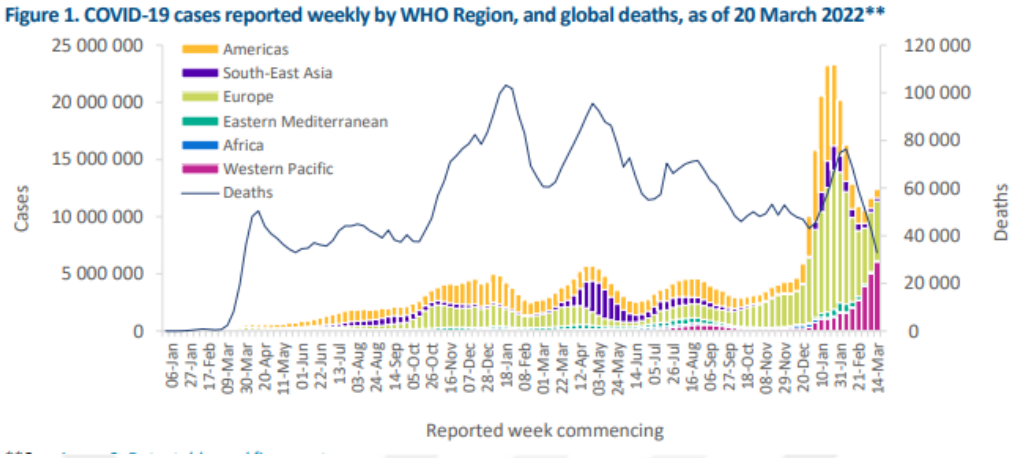
2.1.1. Giriş

Koronavirüsler, soğuk algınlığına benzeyen; insanlarda yaygın görülüp, kendini sınırlandıran hafif enfeksiyondan, Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) gibi ciddi enfeksiyonlara neden olabilen geniş bir virüs ailesidir. 31 Aralık 2019'da DSÖ Çin Ofisi, ülkelerindeki Hubei eyaletinin Wuhan kentinde nedeni saptanamayan pnömoni vakalarının bildirimini yapmıştır. 7 Ocak 2020 tarihinde önceden insanlarda saptanmamış yeni tipte bir koronavirüs (2019- nCoV) etken olarak gösterilmiştir. Sonraları 2019-nCoV hastalığının ismi COVID-19 şeklinde kabul görmüş, SARS CoV'e çok benzeyen bu virüse SARS-CoV-2 denmiştir. COVID-19 salgınını DSÖ 30 Ocak'ta 'uluslararası düzeyde halk sağlığı acil durumu' şeklinde gruplamış, salgının başladığı Çin'den başka 113 ülkede de vakaların gözlenmesi, COVID-19'un şiddeti ve hızla yayılması sebebiyle 11 Mart'ta pandemi (küresel salgın) şeklinde isimlendirilmiştir. Ülkemizde COVID-19'la ilişkili 10 Ocak'ta harekete geçilmiş, T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu birinci toplantısını 22 Ocak'ta yapmıştır, 11 Mart'ta ülkemizdeki ilk vaka görülmüştür(22).

2.1.2. COVID-19 Epidemiyolojisi

Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan Kentinde, 31 Aralık 2019'da sebebi saptanmamış pnömoni olguları bildirilmiştir. Wuhan'ın güneyinde bulunan Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarında çalışan kişilerde bir kümelenme gözlenmiştir.

Görülen vakalarda nefes darlığı, radyolojik olarak iki taraflı akciğerde pnömoni infiltrasyonuyla eşleşen bulgular ve ateş bulunmuştur. DSÖ'nün COVID-19 ile ilgili hazırladığı Çin Halk Cumhuriyeti raporunca COVID-19 ile ilgili ölümlerin genelde ayrıca bir de sistemik hastalığı bulunanlar (kronik akciğer hastalıkları, diyabet, kanser, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık önde gelmek üzere diğer immunsüpresif hastalıklar) ya da ileri yaş olan bireyler oluşturmuştur. Çinli 61 yaşında bir kadın ilk importe vaka olarak Tayland'da 13 Ocak 2020'de bildirilmiştir. Mart 2020 başında Çin'de salgının hızı yavaşlamaktayken, İtalya, İran, Güney Kore'de vakaların ve bu enfeksiyondan kaynaklı ölümlerin arttığı saptanmıştır. Devamında ilk Avrupa devamında da Kuzey Amerika'da yüksek olgu sayıları bulunmuştur. 31 Aralık 2019'da belirlenmiş pnömonilerin nedeni, 7 Ocak 2020 tarihinde önceden kişilerde izole edilmemiş yeni tip bir koronavirüs şeklinde saptanmıştır. Ülkemizde COVID-19 ilk kez 11 Mart 2020'de bulunmuştur(22). Dünya'da, 22 Mart 2022 itibariyle, DSÖ'ye bildirilen 6.092.933 ölüm dahil 470.839.745 onaylanmış COVID-19 vakası tanımlanmıştır. 17 Mart 2022 tarihi itibariyle toplam 10.925.055.390 doz aşı yapılmıştır(2). Türkiye'de ise, 22 Mart 2022 itibariyle, DSÖ'ye bildirilen 97.347 ölümle 14.707.959 onaylanmış COVID-19 vakası olmuştur. 22 Şubat 2022 tarihi itibariyle toplam 144.850.157 doz aşı yapılmıştır(3).



Şekil 1. DSÖ Bölgesince Haftalık Bildirilen COVID-19 Vakaları ve 20 Mart 2022 İtibarıyla Küresel Ölümler(2)

2.1.3. Klinik Özellikler

Bu hastalığın en sık bulguları ateş, solunum ile ilgili belirtiler, dispne ve öksürük'tür. Baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, yeni meydana gelen tat ve koku kaybı, kas ve eklem ağrıları, diyare aşırı halsizlik de gözlenebilmektedir. Carfi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sağlık kuruluşlarına başvurma nedeni olan semptomlar; göğüs ağrısı (%21,7), solunum güçlüğü (%43,4), yorgunluk ve ateş (%53,1)'dir(23). 373883 hasta ile ABD'de yapılan bir başka çalışmada ise semptomlar; ateş (%43), öksürük (%50), baş ağrısı (%34), miyalji (%36), boğaz kuruluğu (%20), dispne (%29), bulantı-kusma (%12), diyare (%19), tat kaybı (%10), koku kaybı (%10) şeklinde bulunmuştur(24). COVID-19 asemptomatik geçirilebileceği gibi, böbrek yetmezliği, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu ve ölüm dahi görülebilmetedir. MERS-CoV salgınında fatalite hızı %35-50 arasında, SARS'da %11 iken DSÖ'nün COVID-19 Çin Halk Cumhuriyeti

raporunda fatalite hızı %3,8 şeklinde belirtilmiştir. 2020 yılında yapılan Wu ve arkadaşlarının çalışmalarında yaş artışıyla kliniğin kötüleştiği, 80 yaş ve üzerindeki hastaların ölüm hızlarının gençlere göre üç kat daha çok bulunduğu görülmüştür(25). Asemptomatik enfeksiyon; Toplum taramalarında asemptomatik bireylerde kantitatif RT-PCR (nazofaringeal sürüntü örnekleri) testi pozitifliği saptanmıştır(22). COVID-19 pozitiflerin yaklaşık %80'i hastalığı hafif atlatırken, %20'si ağır geçirmektedir. Hasta bireylerin %5'inde septik şok, solunum arresti, çoklu organ yetmezliği gibi tablolar görülmektedir(26). COVID-19'un yol açtığı kliniği özetlersek;

1. Hafif gidişli: Boğaz ağrısı, ateş, miyalji, öksürük gibi belirtilerin bulunduğu fakat akciğerde herhangi bir bulgu bulunmadığı tablodur

2. Hafif/orta pnömoni: Nefes darlığı ve öksürüğün bulunduğu fakat ciddi pnömoni belirtilerinin olmadığı tablodur. Vakalarda oksijen saturasyonu oda havasında (SpO2) %90'dan fazla ve akciğer tutulumu %50'den azdır.

3. Ciddi pnömoni: Vakalarda solunum sıkıntısı, ateş, hipoksi (SpO2<%90), takipne (>30/dk) gözlenen kliniktir. Ciddi vakalarda ateş hafif olabilir veya hiç görülmeyebilir. Tanı klinikle konur, radyolojik görüntüleme komplikasyonları dışlarken kullanılmaktadır(27).

2.1.4. COVID-19 Bulaş Yolları

COVID-19'un, COVID-19 pozitiflerin hapşırık, öksürük gibi direkt damlacık ile veya bu damlacıklarla temasın sonrasında bulaştığı bilinmektedir(28, 29). 2020

‘de Huang ve arkadaşlarının çalışmasında, virüsün yerden 4 metre uzunluğuna kadar asılı durabileceği belirtilmiştir(28, 30). 2020’de yapılan Zoralioğlu’nun çalışmasında, virüsün, karton ve plastik yüzeylerde bir gün, paslanmaz çelik yüzeylerde iki veya üç gün, bakır yüzeylerde ise dört saat kalabildiğini bildirilmiştir(31). Dünya’da yürütülen çalışmalarda COVID-19’un kuluçka süresinin 3-7 gün bulunduğu, fakat bazı olgularda 15 güne kadar uzayabileceği söylenmiştir(32). Çin Halk Cumhuriyet’inde yürütülen bir çalışmada COVID-19’un belirti vermeden önceki, ilk 2 gününde bulaştırıcılığın başladığı, belirti sonrası ilk 7 günde en yüksek seviyelere geldiği, 10’uncu günden sonraki günlerdeyse yok denebilecek kadar az bulunduğu söylenmiştir(33). Asemptomatik kişilerin de bulaştırıcılığının olduğuna ilişkin deliller bulunmaktadır(34-36).

2.1.5. COVID-19 Tanılaması

COVID-19 tanısı koymak için “reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR)” örnekleme yöntemi uygulanır. Bu yöntemde hastalardan orofarengeal, nazofarengeal veya ikisi birlikte sürüntü alınmaktadır. Bu yöntemin güvenilirliği %50-62’dir(37). 1014 kişi ile Çin halk Cumhuriyeti’nde yapılan bir çalışmada PCR’ı negatif bulunan hastaların %60’ının bilgisayarlı tomografisinin (BT) hastalıkla paralel bulunduğu gösterilmiştir(31, 38). Bu nedenle; yalnız PCR negatifliğiyle hastalığın dışlanmasının mümkün olmadığı söylenmiştir ve hastalığın tanısının konmasında başka bir tanı yöntemi de radyolojik görüntülemelerdir. Tetkiklerden direkt grafi ile tanı koyma sıklığı %30- 60’dır, fakat kesin tanı yöntemi BT’dir(39, 40). Başka bir tanı yoluysa COVID-19’a karşı edinilmiş antikor

yüksekliğini saptayan “enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)” dır fakat COVID-19 antikorlarının vücutta ne kadar pozitif kaldığı bilinmediğinden aktif kullanılamamaktadır(31).

2.1.6. COVID-19’a Karşı Alınan Önlemler

Dünya’da pandeminin ilanı sonrası, salgının şiddetini azaltmak amacıyla ülkeler şiddetini hızlıca önlemler almaya başlamıştırlardır. Öncelikle Çin Halk Cumhuriyeti’nde başlayan karantina önlemleri, ABD, İngiltere, Kore, İtalya gibi pek çok ülkede sürmüş Türkiye’de de uygulamaya konmuştur. Eş zamanlı olarak hijyen, maske kullanılması, okulların kapanması, sosyal izolasyon, çalışma şekillerinin biçimlendirilmesi şeklinde birtakım kısıtlamalar uygulanmıştır(41).

Türkiye’de bu bağlamda bazı önlemler alınmıştır. Bunlar;

• Hastalığa hızlıca tanı konulması amacıyla COVID-19 Klinikleri, COVID-19 Pandemi Hastaneleri, COVID-19 Poliklinikleri, COVID-19 Yoğun Bakımları şeklinde muayene için özel alanlar hizmete girmiştir.

• COVID-19 için, “U07.3 tanı kodu” bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi kapsamında tanımlanmıştır.

• Sosyal mesafe ve maske kullanmak ortak kullanım alanlarında zorunlu hale getirilmiştir.

• Hafta içi için 18 yaştan küçük ve 65 yaştan büyük vatandaşlara; hafta sonu için ise tüm halka sokağa çıkma kısıtlamaları getirilmiştir.

• Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ilkokul, ortaokul, lise, lisans ve lisansüstü eğitimler için uzaktan eğitim kararı alınmıştır.

• Kronik hastalığı bulunan kişilerin ilaç temini amacıyla sağlık kuruluşlarına olan başvurusunu azaltmak için raporu bulunan ilaçlarının doktor reçetesi olmadan da alınması sağlanmıştır.

• Bireylerin sağlığının kontrolünün sağlandığı ve sosyal platformda paylaşımının sağlandığı "Hayat Eve Sığar (HES)" uygulaması kullanılmaya başlanmıştır.

• Pastane, restoran, kafe gibi işletmelerde hizmet alımı yasaklanmış, yalnız paket servise izin verilmiş ve çalışacakları saatlere kısıtlama getirilmiştir.

• Şehirlerarası ve şehir içi taşımacılıkta doluluk düzeylerine bir kısıtlama getirilmiş, seyahat edecek olan yolcuların biletlerini alacak oldukları süreçte HES kodu mecburiyeti getirilmiştir.

• Tüm bulaşıcı olmasından şüphe duyulan kişiler 14 günlük karantina süresince izole edilmiştir(42).

• Banka, alışveriş merkezi, havalimanı, adliye gibi resmi ya da gayri resmi merkezlerin girişlerinde HES kodu kontrolü ve ateş ölçümü gibi zorunluluklar getirilmiştir(43-45).

2.1.7. COVID-19 İçin Geliştirilen Aşılar

COVID-19 aşısının üretimi esnasında pek çok şirket SARS-CoV-2'nin S (spike) proteinini kullanarak bağışıklama oluşturmayı düşünmüştür. Aşılar üretim aşamasındaki teknolojilerine göre; canlı virüs aşıları, cansız virüs aşıları, nükleik asit kaynaklı aşılar, rekombinant aşılar, protein alt-ünite temelli aşılar gibi pek çok kategorizasyonda incelenebilir(46, 47)

2.1.7.1. Sinovac: Çin Halk Cumhuriyeti merkezli "Sinovac Biotech Ltd" şirketince üretilen ölü bir virüs aşısıdır. Köklü ve en fazla bilinen bir teknoloji tarafından üretilen ölü aşılar daha güvenli olarak düşünülmektedir(47, 48). Bu aşıda immün yanıtın sürekliliği amacıyla rapel doz gerekmektedir(46). Başka aşılara göre en kıymetli avantajı buzdolabında standart bir şekilde saklanabilmesidir(49).

2.1.7.2. Pfizer/ BioNTech (BNT162b2): Pfizer BioNTech'in aşısı FDA'in birinci onay verdiği COVID-19 aşısıdır. Bu aşının en bilinen dezavantajı saklanma şartları ve soğuk zincirdir. -70˚C'de saklanmalı aynı zamanda transferi de aynı şekilde olmalıdır öte yandan flakon açıldıktan 6 saat sonra kalan aşı kullanılamaz(49).

2.1.7.3. Oxford / Astra Zeneca: Virüsün antijeni S (spike) proteinini kodlayan genlerin, replikasyon gerçekleştirmeyen şempanze adenovirüsüne (ChAdOx1) inokülasyonu ile üretilir(50). Bu aşının en önemli avantajı soğuk zincir ve saklanma şartlarıdır. Standart bir buzdolabında saklanabilir ve dağıtılabilir(51).

2.1.7.4.Moderna: Aşının üretimi için virüsün yapısının direkt olarak kullanımı gerekli değildir genetik şifresinin klonlanması yeterlidir. Aşının içerisinde bu genetik mesaj bulunmaktadır yani kişi aşılandıktan sonra kendi aşısını ve virüsünü kendi metabolizmasında üretecektir(52). Aşının soğuk zincirde saklanma ve taşınma koşulları; '-20° C'de 6 ay, +4 °C'de buzdolabında 30 gün' bozulmaksızın muhafaza edilebilmektedir(53).

2.1.7.5.Sputnik V: Virüsün S (spike) proteinini kodlayan genomu Adenovirus tip 5 ve tip 26 'ya aktarılır yani adenovirüs vektör olarak kullanılır.

2.1.7.6.Turkovac: Erciyes Üniversitesi ve T.C. Sağlık Bakanlığınca geliştirilen inaktif bir aşıdır.

2.2. Kitle İletişim Araçları

2.2.1. Kitle İletişim Kavramı

Bu kavram ilk olarak 1940'ların başlarında siyaset bilimi ile ilgilenen Harold D. Laswell'ce kullanılmıştır(54). Kitle iletişimi; fikirler, haberleşme ve davranışların sayı olarak büyük bir kitleye teknik cihazlar ile iletilmesidir(55). Janowitz'e göre ise bu kavram; kendi alanlarında uzman olmuş bireylerin çok fazla ve birbirlerinden değişik özelliklere sahip izleyicilere mesaj göndermek amacıyla teknolojik cihazları kullandığı yöntemlerden oluşur(56). Kitle iletişiminde kullanılan iletişim türünde ileti belli bir kaynaktan çıkarak, hedefteki kitleye tek yönlü olarak gönderilir. Bu nedenle kitle iletişiminde yüz yüze iletişime kıyasla, iletinin ulaştığı kişilerin kimliği ile iletiyi ne şekilde algıladığını öğrenmek konusunda zorluklar vardır(57).

2.2.2. Kitle İletişim Araçları

2.2.2.1.Yazılı (Görsel) Araçlar: Gazete, dergi, açık hava reklamları ve kitap başlıca yazılı kitle iletişim araçlarındandır. Yazılı kitle iletişim araçlarında verilmek istenen haber, mesaj, bilgi yazı ile göze hitap edecek biçimde verilir.

2.2.2.1.1.Gazete: Günlük şekilde basılmaktadır ve bu bağlamda güncel olaylar ile ilgili haberler vermektedir. İçeriğinde reklamlar, bulmacalar ve ilanları bulunmaktadır. Matbaanın icadı ile yakından ilişkili bir şekilde gelişimi hızlanmış ve sonrasında çağdaş gazetecilik anlayışı bilgileri düzenleyip dağıtmış ve kısa bir zaman içinde kurumsallaşmıştır(58). Gazetelerin kamuoyu oluşturulması, eğitim, iktisadi ve siyasal alalarda kıymetli etkileri bulunmaktadır(59). Bu yönlerinin yanında, bazı düşünceleri savunarak halkta fikir değişimi oluşturabilir(60). Gazetelerin diğer kitle iletişim araçlarına göre avantajı okurlarının okuma hızını saptaması, okuma vaktini kendi kendine ayarlayabilmesi, tekrar okumak isterlerse okuyabilmeleri ve konuların istenildiği şekilde işlenebilmesi şeklinde sayılabilir(61).

2.2.2.1.2.Kitap: Basılarak veya el yazması ile kağıtların birleştirilmesiyle oluşur. Yazarların düşünce, duygu, bilgi ve fikirlerini farklı kişilere ve gelecek nesillere geçirip, o kişilerin iç dünya ve düşüncelerine etkide bulunulması maksadıyla yazılır. Matbaanın icadından sonra elle yazılıp çoğaltılamayan kitaplar çoğaltılabilmeye başlanmıştır ve yaygınlaşmıştır. Kitapların yararları arasında kitle iletişim aracı olmasının dışında, kişilerin iç dünyasını zenginliğe ulaştırma, bireyleri düşünce olarak yetkinliğe ulaştırma, diksiyon ile kendilerini anlatabilme yeteneklerini geliştirme sayılabilir.

2.2.2.1.3. Dergi: Haftalık, aylık ya da yıllık şekilde basılır ve içlerinde sanat, spor, mizah, bilim, kültür, siyaset, edebiyat, turizm, tarih gibi farklı konular bulundurur. Dergilerde masaya yatırılan konu için yazılan eleştiriler, makaleler, incelemeler bulunur. Dergiler; kendi hedef kitlesini ilgilendiren ve farklı kitle iletişim araçlarının yayınlamadığı, yayınlasa bile derinine inmediği hususlarda okuyucularını ayrıntılı bir biçimde bilgilendirmektedir(62).

2.2.2.1.4. Açıkhava Reklamları: Açık hava reklamcılığında en fazla uygulanan yöntemler; afiş, broşür ve billboardlardır. Afişler, geniş halk kitlelerine mesaj ulaştırmak, bir şeyin tanıtımını yapmak için hazırlanmış çoğunlukla çok kişinin geçtiği bölgelerde büyük duvarlarda yazı, resim şeklinde hazırlanan kitle iletişim aracıdır. Broşürler ise bir kere basılmış olan ve fazlaca çoğaltılan, dikkat çekmek için kullanılan görseller, büyük puntolu yazılar ve direkt amaca yönelik cümlelerle hedef kişileri konuya çekmek amacıyla oluşturulmuş kitle iletişim aracıdır. Billboardlar çoğunlukla demir ve türevleri malzemelerden yapılan, yaya ve taşıtların sık kullandığı cadde, yol, kavşak gibi yerlere yerleştirilen araçlardır(63).

2.2.2.2. İşitsel Araçlar (Radyo): Elektromanyetik dalgalarla dinleyiciye ses ile müzik, haber iletilmesini sağlayan kitle iletişim aracına denir. Ses faktörü sayesinde tonlamalarla dinleyicide ikna kuvvetinin yüksek olması görsel kitle iletişim araçlarına üstünlüğüdür(64). Radyonun diğer avantajları arasında hızlı haber vermesi ve toplumda okuma yazması olmayan bireylere bile hitap edebilmesi sayılabilir(65).

2.2.2.3. Görsel-İşitsel Araçlar: Görme aynı zamanda duyma duyularına hitap eden araçlardır.

2.2.2.3.1. Televizyon: Televizyon verici yoluyla elektromanyetik dalgalar şeklinde yayılım gösteren ses ve görüntülerin, hoparlörlü aynı zamanda ekranlı alıcılar ile yeniden ses ve görüntüye dönüşmesini sağlayan kitle iletişim aracıdır. Televizyonun izleyicileri gelir ve statü açısından diğer kitle iletişim araçları gibi farklılık göstermemektedir(66). Televizyon yayınlarında tüm izleyicilere hitap edebilecek müzik, haber, eğitim, eğlence ve kültür programları gibi yayınlar bulunmaktadır(67). Özellikle haberleri televizyon aracılığı ile takip edenlerin sayısının hem radyo dinleyicilerinden hem de gazete okuyucularından daha fazla olduğu bir gerçektir. Tüm bunlarla birlikte televizyonun canlı yayın sayesinde anlık olayları yansıtabilmesi de televizyonun öbür kitle iletişim araçlarına göre daha avantajlı olduğunu göstermektedir(68).

2.2.2.3.2.Sinema: Kamerayla kaydedilen görüntülerin ışık ile beyaz perdeye aktarılmasıdır. Sinema geniş halk kitleleri üzerinde büyük bir etkiye sahiptir bunun nedeni; köylerin açık hava sinemasından kentlerin lüks sinema salonlarına kadar geniş bir zümreye hitap etmesidir. Çoğaltma imkanının bulunması ve uygun ücretlere sahip olması sebebiyle sosyal etkiler ve moral açısından iyi bir kitle iletişim aracıdır(69).

2.2.2.3.3.İnternet: İnternet çok basamaklı bir ağ olup birbirlerine bağlı olan bilgisayar ağlarının bütünü şeklinde tanımlanabilir. Yer sınırı olmaksızın akıllı saat, telefon, bilgisayar gibi cihazlarla her yerde ulaşıma açık kitle iletişim aracı olması internetin avantajıdır. 1969-1982 yıllarında Network Control Protokol (NCP) şeklinde isimlendirilen dağıtım anlaşmasıyla Amerikan Savunma Bakanlığı

Araştırma Projesi ile destek sunularak ortaya çıkarılan bir araştırma ağı olan ARPANET internetin başlangıcıdır. 1982 itibari ile İnternet Protokolü ve İletim Denetim Protokolünün yan yana getirilmesiyle bu ağa İNTERNET ismi verilmiştir(70). İnternetin pek çok avantajı vardır bunlar; her tür bilgiyi saklayabilmesi ve başka kişilerle paylaşılabilmesine olanak vermesi, pek çok duyuya hitap eden ses, yazı, görüntü, grafik gibi unsurları beraber iletebilme özelliğini barındırması, kurum ve kuruluşların web sitelerinin haber ve bilgi paylaşımı yapabilmesi, kamuoyu araştırmalarında kullanım kolaylığı sağlamasıdır(71, 72). İnternet ve sosyal medya sayesinde karşılıklı etkileşime dayanan bir iletişim kurulabilmesi, daha kısa zamanda daha geniş bir kitleye hitap edebilmesi aynı zamanda karşıdaki kişilerin tepkisinin ölçebilmesi sağlanmaktadır(73). İnternetin olumsuz tarafları ise; hızlıca ve kolay bir şekilde değiştiği için güven kaybına yol açması, bazen teknik problemler sebebiyle ulaşılmak istenen web sitesine ulaşılamaması, hedef kitlenin verilmek istenen mesajı almak için gerekli donanımının var olmaması, okur-yazarlığı bulunmayan kişiler tarafından kullanıma uygun olmaması gibi olaylardır(74).

2.2.3. Kitle İletişim Araçlarının İşlevleri

Kitle iletişim araçlarının işlevleriyle alakalı pek çok sınıflandırma vardır. Bunlardan en fazla bilineni Unesco Komisyonunca hazırlanmıştır ve MacBride raporu şeklinde bilinir. Bunlar; (75)

2.2.3.1.Haber ve Bilgi Alma İşlevi: Kitle iletişim araçlarının en temel işlevidir(76). Tüm bireylerin ilgisinin olduğu, meraklandığı ya da dünyada olup biten ile ilgili konularda bilenmesi bir ihtiyaçtır ve bu ihtiyacın giderilmesi amacıyla kitle iletişim

araçlarına başvurulur(77). Kitle iletişim araçları dünya üzerinde oluşan bilgi akışını işleyerek şekil verir ve sonuçta haber şeklinde sunar(64). Türkiye'de ve dünyada gösterilen gelişmeler, olan olaylar, değişen şartlar ile ilgili kitle iletişim araçları bilgi vererek mevcut sorunların halk tarafından bilinmesini ve bu sorunlar ile ilgili toplumda bir düşünce oluşmasını ve çözülmesi için yollar bulunmasını sağlar(78). Bilgi ve haber içerikleriyle kitle iletişim araçları kamuoyunun zamanda oluşmasında da önemlidir aynı zamanda kitle iletişim araçlarınca en çok gündeme getirilen konu, topluma göre en önemli konu şekilde düşünülmektedir(55, 68). *2.2.3.2.Toplumsallaştırma İşlevi:* Toplumsallaştırma işlevi sosyal etkileşim, entegrasyon, kişisel kimlik gibi durumları içerir. Günümüzde benzer özellikleri bulunmayan toplumlarda kişilerin birlikte uyumlu bir şekilde yaşaması amacıyla, kültürün kitle iletişim araçları ile bireylere ulaştırılmasında toplumsallaştırma işlevinin rolü büyüktür(79).

2.2.3.3.Güdüleme İşlevi: Güdüleme işlevi, bireysel istekler ile beraber toplumsal hedeflerin de beraber yol almasını ve kişilerin toplumsal hedefler için ortak eylemler ile harekete geçmesini sağlar(80).

2.2.3.4.Tartışma Ortamı Hazırlama İşlevi: Kitle iletişim araçları kamuoyu ile ilgili yöresel, bölgesel, ulusal ya da küresel sorunlar konusunda gerekli olan bilgiyi ileterek, kamuoyunun bu konular ile alakalı bilgi sahibi olmasını sağlar(80). Bu işlev sayesinde kamuoyunun oluşmasına da imkan sağlanır böylece halkta, gücü elinde tutan bireylere karşı eleştirel yaklaşabilme imkanı sağlanır(79). Kitle iletişim araçlarının seslendiği zümre farklı özelliklere, pek çok değişik görüşe sahip kişilerin bulunduğu bir çevredir bundan dolayı; kitle iletişim araçları sayesinde

gerekli olan tartışma ortamı sağlanarak değişik görüşlerin bir araya gelmesine, tartışılmasına ve bir soruna karşı ortak çözüme ulaşmasına olanak sağlanır. *2.2.3.5.Eğitim İşlevi:* Kitle iletişim araçlarının haber ve bilgi verme işlevine paralel şekilde haberin halka ulaştırılmasıyla kişilerin bilgi düzeylerini, muhakeme yeteneklerini geliştirerek halkın eğitimine direkt katkıda bulunduğu bilinmektedir(78).

2.2.3.6.Kültürün Gelişmesine Katkı İşlevi: Kitle iletişim araçları bireylerin estetik ihtiyaçlarına kulak vererek sanatsal ve kültürel çalışmaları destekler(80). Bütünleşmenin sağlanması amacıyla kitle iletişim araçları toplumda bulunan kültürel faktörleri tekrar toplumuna sunar. Kitle iletişim araçları aracılığı ile oluşturulan yayınlar sürekliliğini koruyan kültürel faktörler ile beraber tarihi miras özelliği bulunan unsurların da korunmasına destek olur(78). Aynı zamanda bir toplum kitle iletişim araçları ile kültür ve sanat eserlerini yayarak bu eserlerin korunmasına yardımcı olur(79).

2.2.3.7.Eğlendirme İşlevi: Kitle iletişim araçları, kişileri günlük koşuşturmacasından, stresinden, yorgunluklarından arındırarak kaçış imkanı sağlayarak, kişilere rahatlayıp dinlenebilecekleri bir ortam sağlar(81). Bu işlev kişileri rahatlatmasının yanında toplumsal olarak etkileri de bulunan bir işlevdir. Kişilerin eğlenme ihtiyaçlarını karşılayarak toplumda sosyal patlama ve gerilimleri azaltmış olmaktadır(78).

2.2.3.8.Bütünleştirme İşlevi: Bu işlevin aracılığı ile kültürel çatışmalar giderilerek, topluma ve bireye birbirlerini daha iyi tanıma olanağı sağlanmış olur(79).

2.3. Sağlık Eğitimi

2.3.1. Tanımı, Amacı ve Önemi

DSÖ sağlığı; bireylerin bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık; kişilerin çevresi ve davranış tarzlarından etkilendiğinden, sağlık eğitimini de sadece sağlık ile alakalı bilgi vermekle kısıtlamak doğru değildir(82, 83). Sağlık eğitimini Dünya Sağlık Örgütü; kişilere sağlıklı bir yaşam amacıyla uygulamaları gereken durumları benimsetmek ve yapmaya inandırmak, bireylere verilen sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya sevk etmek, çevrelerini ve sağlıklarını daha iyi bir hale getirmek hedefiyle, kişisel veya toplu bir şekilde karar verdirmektir şeklinde tanımlamıştır(84). Sağlık eğitiminin amacı; sağlığı toplumsal bir değer haline getirerek, kişilere sağlıkla ilgili sıkıntılarını çözümlemek amacıyla kullanabileceği bilgi, becerileri edindirmek, bireylerde sağlıkla ilişkili inanç, fikir, davranış, tutum ve hayat tarzı değişikliği geliştirmektir. Sağlık eğitiminin amaçları 3 temel grupta incelenebilir bunlar; çevre bilincinin geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, toplumsal ve bireysel sağlık bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesidir.

Sağlık eğitiminin yararları;(82, 85-87)

- Bireylerde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma bilinci kazanılmasına destek sağlamak,
- Bireylerin hastalığa yakalanma riskini düşürmek için davranışlar edinmesine yardımcı olmak,

- Bireylere tıbbi konularda öneri ve tedavileri önemseme ve uyum gösterme gibi davranışların kazanılmasını desteklemek.

- Erken tanı ve tedavi yollarının bulunmasına yardım etmektir.

Sonuç olarak sağlık eğitimi; bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığı pozitif olarak etkileyerek diğer taraftan toplumun sağlık göstergelerinin olumlu olarak değişmesiyle de sonucunu iyi yönde gösterecektir(86, 88).

2.3.2.Sağlık Eğitiminin İlkeleri

2.3.2.1.Açık amaç ilkesi: Eğitimle ilgili uygulamaların bitiminde bireylerin kazanması istenilen davranışların tümüne 'amaç' denmektedir; amaç meydana gelirken yanıtlanması gerekli olan ilk soru 'bu eğitimin sonucunda ne kazanılmak isteniyor?' sorusudur. Amaçlar eğitim bittiğinde ölçülmek istenen bilgileri içerisinde bulundurmalı ve ölçülebilecek kelimelerle ifade edilmelidir(84, 86, 89, 90).

2.3.2.2.Bireysel farklılık ilkesi: Tüm eğitimlerin içeriği için eğitimin planlandığı grubun bireysel özellikleri farklı olduğundan, her grup için bu farklar göz önüne alınarak irdelenmeli ve eğitimin içeriği buna göre hazırlanmalıdır(84, 86, 89, 90).

2.3.2.3.Sıra ilkesi: Eğitimin içeriğindeki konular, somuttan soyuta, bilinenden bilinmeyene şeklinde giden bir düzen ile öğretilmelidir(86, 90, 91).

2.3.2.4.Gerçek yaşama uygunluk ilkesi: Eğitilen kişilerin hayatını içeren bir içerik seçilmeli ve eğitim araç, gereç ve yöntemleri gerçek hayata yakın olarak kullanılmalıdır. Öğrenilen bilgilerin gerçek hayata paralelliği ve eğitimin

uygulamalı bir şekilde yapılmasının, öğrenmedeki etkisi %70-80 oranındadır(84, 86, 89, 90, 92).

2.3.2.5.Öğrendiklerini uygulama ilkesi: Hedeflenen davranış ve amaçlar uygulamaya dökülebilir olmalıdır(86).

2.3.2.6.Süreklilik ilkesi: Halkın ve kişilerin eğitiminde süreklilik esastır(86).

2.3.2.7.Sonuçların doğruluğu ilkesi: Sonuçların doğruluğu gözlenebilir ve ölçülebilir değerlendirme ile kontrol edilebilmelidir(84, 86, 90, 91).

2.3.3.Sağlık Eğitiminin Planlama, Uygulama ve Değerlendirilmesi Süreci

Plan; hedefe erişmek için önceden tasarlanan kararlar, ilkeler ve işlemlerin tümüdür. Sağlık eğitiminin planlamasının dayandığı ilkeler;(83, 89).

İşlevsellik (Görevsellik); Plan, yarar sağlayan, hayatta geçerli, ölçülebilen, eğitime katılacak toplum veya kişilerin ihtiyaçlarına karşılık verecek ve uygun olan zamanı içine alacak biçimde oluşturulmalıdır.

Esneklik; yeni gelişebilecek koşullar ve durumlara göre güncellenebilir ve değiştirilebilir yeni bir plan hazırlanmalıdır.

Gerçeklik; sağlık eğitimi planı gerçekleştirilebilir ve ulaşılabilir olmalıdır.

Uygulanabilirlik; sağlık eğitimi planı tüm özellikleriyle, herkes tarafından değişik vakitlerde de uygulanabilir ve kolay özelliklerde olmalıdır.

Bilimsellik; sağlık eğitiminin planı kazandıracağı yeterli bilgiler ve beceriler açısından geçerli, güvenilir ve yeni bilimsel bilgilerden oluşmalıdır.

Toplumsal Değerlere Uygunluk; oluşturulan sağlık eğitimi planı; uygulanacak olan halkın yaşam felsefesi, ahlaki değerleri, idealleri ve inançlarına dikkat etmelidir(83, 89).

Sağlık eğitiminin uygulama süreci, hazırlanmış olan programın uygulamaya geçirilmesidir. İhtiyaç analizi yapılmış, hedefler saptanmış ve bu şekilde oluşturulmuş eğitim planının hedef grubu etkileyecek şekilde uygulanmaya geçirilmesidir. Sağlık eğitimi planı uygulamaya dökülürken; sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır(83, 89).

Sağlık eğitiminin değerlendirme süreci eğitim plan ve programının bütün parametreleri ile ilgili veri toplama, verilerin analizi farklı ölçütlerle karşılaştırması ve sonuçları ile ilgili bir karara varılmasıdır. Değerlendirme ile yalnızca eğitim çıktıları ile ilgili değerlendirme yapılmaz aynı zamanda; bireylerin hazırda bulunuşu, eğitim yaşantılarını belirlemek, kazanım düzeyleri, eğitimci ve eğitilenlerin eksiğini gidermek ve program geliştirmek için uygulanan dinamik bir durumdur(83, 89).

2.3.4.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Ülkemizde 1961'de kabul edilen ve ilk olarak 1963'de Muş'ta uygulanan 224 sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi' yasasının maddelerinde sağlık eğitimi, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilmesi gereken önemli bir hizmet şeklinde yerini almaktadır(82, 93, 94). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programından sonra, Sağlık Bakanlığının teşkilatlanmasındaki değişimlerle, sağlık eğitimlerinin Toplum Sağlığı Merkezleri'nce (TSM) yürütülmeye başlanmıştır.

TSM'ler sağlığın geliştirilmesi, içinde bulunduğu halkın sağlık ile ilgili bilgi seviyesinin arttırılması, korunması, kişilerin sağlıklı davranış ile ilgili alışkanlık kazanması amacıyla gerekli olan faaliyetleri planlamak; bölgesinde bulunan diğer sağlık kuruluşlarıyla beraber iş yapmak ve ulusal olarak gerçekleşebilecek risk faktörlerinin engellenmesiyle ilgili programları oluşturmak ile yükümlüdür(93, 94).

2018 itibariyle TSM'lerde tüm halka ve sağlık çalışanlarına eğitim verilmektedir. Bu konular;

- Vektörel ve Zoonotik hastalıklar,
- Bulaşıcı hastalıklar,
- Ruh sağlığı,
- Kanser,
- Kadın ve üreme sağlığı eğitimleri,
- Kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörler,
- Obezite,
- Tütün, alkol, madde bağımlılığı.

Bunun yanında TSM'ye bağlı Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), erken teşhis ve kanserin risk etkenlerine yönelik tüm danışmanlık ve eğitim hizmetlerini sürdürmektedir.

TSM'de bulunan başka bir birim de Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı birimi (ÇEKÜS)'dir. Bu birim bölgesinde bulunan çocuk ve ergenlere, lohusa,

gebe, kadın ve kurumun belirlediği koşullarda hizmet sunulmasını sağlamak, danışanlara eğitim, bilgi ve danışmanlık sağlamaktan sorumludur(95). Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) sağlık eğitimi verilen bir başka birinci basamak sağlık kuruluşudur ve sadece hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların engellenmesinin yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık şartlarının iyiye gitmesini de hedefleyen bir hizmet sunulmaktadır(96). ASM'lerde çocuk ve kadın sağlığı ile ilgili başvuranlara danışmanlık ve eğitim hizmeti verilmekte ve hizmet verilen popülasyonun taramaları ve izlemleri yapılmaktadır(97).

2.4. Sağlık İletişimi

2.4.1. Sağlık İletişimi ve Tarihsel Gelişimi

Bu kavram ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde meydana gelmiştir ve öncü sayılabilecek kurum ise, 1970'lerin başında Amerika'da ölüm nedenlerinin ikinci sırasında bulunan kanserde, 'Kansere Karşı Savaş' sloganıyla, 1971 Ulusal Kanser Hareketi'nin (National Cancer Act) başlamasına neden olan Ulusal Kanser Enstitüsü'ne (National Cancer Institute) bağlı bulunan Kanser Enformasyon Servisi'dir(98). İlk kez 1975'de sağlık iletişimi iletişim biliminin bir alt dalı şeklinde tanımlandı. Amerikan Halk Sağlığı Kurumu'ndaki Halk Sağlığı Eğitimi ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bölümü 1997'de, sağlık iletişimini kendi bölümlerinin bir parçası olarak kabul etmiştir. Health Communication, Lawrence Earlbaum Associates Kurumunca ilk hakemli sağlık dergisi 1989'da; 1996'da ise Journal of Health Communication Dergisi yayınlanmaya başladı. CDC (Amerika Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi) Sağlık İletişimi Bilimleri Ofisi'ni 1996

yılında açtı. 1999'da Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü "Extraordinary Opportunity in Cancer Communications" programını oluşturdu ve dört üniversite ile beraber sağlık iletişimi ile ilgili araştırmaların içinde yerini aldı. Uluslararası olarak da sağlık iletişimi ilk defa "The Healthy People 2010" programı ile hedeflerden biri şeklinde bulunmuştur(99). Halk sağlığı uygulamalarında özellikle sağlık iletişimi etkin bir şekilde kullanılmaktadır(100). Kişilerarası iletişim, kitle iletişimi, yeni medya, sağlık kampanyaları gibi alanlarda çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık iletişimi özellikle SARS, AIDS/HIV, deli dana, sigara bağımlılığı gibi halkın sağlığını etkileyen sorunlarda toplumun farkındalığını arttırmak için yapılan kampanyalarla büyük bir ivme kazanmıştır. Sağlık iletişimi disiplini içinde yer alan sağlık okuryazarlığı, yeni medya, sosyal pazarlama gibi çalışmalarla da alan gelişmektedir(101). Başlarda sağlık iletişimine halk sağlığı uzmanları, hemşireler ve doktorlar gibi sağlık profesyonelleri ilgi duymuşlardır. Sonradan halkla ilişkiler uzmanları eklenmiş en son da iletişim uzmanları bu alanda bulunmuşlardır. Bu alanın akademisyenleri "sağlık iletişimini" bir disipline dönüştürme yönünde harekete geçmişlerdir(102).

Sağlık alanında iletişimi tanımlarına bakacak olursak; sağlık hizmeti tüketicilerinin, tedavi seçenekleri, sağlık riskleri ile ilgili bilgi edinme sürecidir(102, 103) bir diğer sağlık iletişimi tanımı ise; toplulukları, kişileri, belirli grupları, sağlık uzmanlarını, politikacıları ve halkı desteklemek hedefiyle, sağlık ile ilgili bilgileri paylaşarak kişileri iletişime katmayı, etkilemeyi ve bu kişileri savunup onları bilgilendirmeyi; çalışmalarını, davranışlarını veya nihayetinde sağlık sonuçlarını etkileyecek kararları değiştirmelerine ve bunun devamını

sağlamalarına destek olmayı ve farklı kitlelere ulaşmayı amaçlayan multidisipliner bir yaklaşımdır.

Etkin bir sağlık iletişiminin gerçekleşmesinde 10 temel unsuru sıralarsak(99):

- Sosyal normları değiştirebilecek inançları, tutumları ve algıları etkilemek.
- Belirli bir sağlık sorunu ile ilgili hedef kitlenin farkındalığını ve bilgisini artırmak.
- Sağlıklı davranışları ve becerileri gösterme, yayma ve uygulama.
- Sağlık sistemi yeterliliği ve öz yeterlik sağlamak, sağlık okuryazarlığının geliştirmek.
- Destek sağlamak ve ihtiyatlı kamu ve sağlık politikaları için hareket etmek.
- Eğitim ile bilgi, tutum ve davranışları güçlendirmek.
- Sağlık risklerinin yaygınlaşmasına neden olan doğru olmayan inançları tanımak ve belirlemek.
- Sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi için uygun olan desteği veya talebi arttırmak.
- Etkili mesleki, örgütsel ve eğitim müdahalelerini kuvvetlendirmek.
- Yenilikçi iletişim teknolojileri ile sosyal değişimin ve davranışın faydasını göstermektir.

2.4.1.1.Mikro Düzeyden Makro Düzeye Sağlık İletişimi Boyutları

2.4.1.1.1.Sağlıkta Kişilerarası ve Hasta-Hekim İletişimi: Bu alandaki en eski çalışmalar (İ.Ö.3000) kamuoyunda etkili konuşma ile ilgilidir(104). En sık uygulanan kişilerarası iletişimi yüz yüze olandır bu yöntemde iki ya da daha çok

kişi etkileşim halindedir ve etkileşim içinde bulunulan davranış ve durumları kapsamaktadır. Kişilerarası iletişim anlam, duygu ve bilgilerin sözsüz ya da sözlü mesaj alış-veriş yöntemiyle paylaşıldıkları süreçtir(104). Konuşulan dil, ortam, ses tonu, çevresel etkenler, beden dili gibi pek çok hususta etkilenen kişilerarası iletişim, kişisel bir beceridir. Sağlık hizmeti profesyonelleri ve uygulayıcıları, uygulamalarını yürütebilmek amacıyla diğer çalışanlardan ve meslektaşlarından bilgi toplamak; hastalar da sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını gidermek amacıyla aktif bir iletişim göstermektedir. Öte yandan pek çok çalışma sağlık hizmet sunucularıyla hastalar arasındaki iletişimin istenildiği gibi aktif olmadığını ve çoğu zaman memnuniyetsizliğe, alçaltma-küçümsemeye ve yanlış anlaşılmalara neden olduğunu göstermektedir(105). Kişilerarası iletişimde etkin ilişki kurulurken genellikle terapötik iletişim kullanılmaktadır. Terapötik iletişim; sorunları çözerek hastaların, hayatları ile ilgili karar almalarını desteklemektedir(105). Hastalar kendi problemleri ve hastalıklarıyla alakalı sağlık bilgilerini edinmek, sağlık hizmeti uygulayıcılarından iş birliği ve saygı beklemek, başka kişilerle iş birliği yaparak, zor ve karmaşık sağlık ile ilgili kararlar vermek, sağlık sistemi ile ilgili sınırlı ve karmaşık bürokrasi ile mücadele etmek, başka insanları etkilemek, sağlık sorunlarının üstesinden gelmek için sağlık ile ilgili kişilerarası iletişim kurmaktadırlar. Sağlık alanında kişilerarası iletişim, hasta ile hasta/yakınları arasında gerçekleştiği gibi hasta ile sağlık bakım uygulayıcıları/profesyonelleri arasında da gerçekleşen bir iletişim şeklidir. Hekim-hasta arasındaki temel iletişim, hastanın tıbbi özgeçmişini hekimin almasıyla başlamaktadır.

Hekim-hasta iletişiminin doğasını etkileyen faktörler; (104, 106)

- Hastanın kişilik özellikleri (sosyal sınıf, cinsiyet, eğitim, yaş ve bilgi almaya yönelik isteği).
- Hekimin kişilik özellikleri (deneyim süresi ve cinsiyeti).
- Durumsal faktörler (tanışma derecesi, hastanın endişeleri ve sunulan sorunun doğası).
- Eğitim, sosyal sınıf, inanç, tutum ve beklentileri açısından iki tarafın farklılıkları.

Hekim-hasta iletişiminin hekim veya hastanın karar alma sürecine etkileri; (106)

•*Ataerkil (paternalistic) Karar Alma Modeli*: Bu modelde hekim hastasını hasta olarak konumlandırmakta ve bu durum hastanın görevi üzerinden atması ve geçici rahatlamasına neden olmaktadır. Böylece hasta pasif ve hekim karşısında bağımlı bir role bürünmektedir. Ataerkil modele göre hekim kendi tecrübe ve bilgisine dayanarak, hastası için hangi durumların daha iyi olup olmayacağına karar veren en doğru kişidir.

•*Bilgilendirici Model:* Bu model bilimsel ya da tüketici modeli şeklinde de isimlendirilir ve hekimin işi; hastaya hastalığı ile ilgili bütün bilgileri sunmak; bu yolla hastanın değerleri ve beklentilerine en uygun olan tıbbi müdahaleyi seçmeye olanak sağlamaktadır. Hasta bu modelde kendi kendine karar almakta ve hekim hastanın belirlediği yöntemi uygulamaktadır yani bu yöntemde tıbbi karar alıcıdır ve tüm sorumluluk hastadadır.

•*Açıklayıcı Model:* Bu modeldeki hekim-hasta etkileşimindeki amaç, hastaların değerlerini ve düşüncelerini bilmek ve hastaların en uygun yöntemi seçmesine

olanak sağlamaktır. Bu modelin bilgilendirici modelden farkı hasta tek başına kendi seyriyle ilgili karar almaz, hekim de karara ortaktır.

•*Görüşmeye Dayalı Model:* Bu modelde hekim hastaya kliniği ile ilgili bilgiyi sunar. Hastasıyla görüşmelerinde değerlerini, yaşam koşullarını öğrenir. Tıbbi durumunun önderliğinde ve hastanın koşullarını araştırarak en uygun çözüm yöntemine hastayı ikna etmeye çalışır, ama zorlamaz.

Dünya Sağlık Örgütü 1933'te Cenevre'de yaptığı toplantıda sağlık ile ilgili uygulamaların başarıya ulaşmasını etkileyen önemli faktörlerden biri olarak hekim-hasta iletişimini kabul etmektedir bu önemin nedeni olarak tıbbi tanıların %60-80'nin sadece hekim ile hastanın doğru görüşmesi sonrası ortaya çıkmasıyla gözler önüne sermektedir. İkinci faktör olarak düşüncelerin başarılı olarak paylaşılmadığı sebep gösterilmiştir. Üçüncü ve son faktör ise hekim-hasta iletişiminde sunulan tedavi önerilerine uyumun tedavide çok önemli etkisinin olduğunu göstermektedir(102, 107).

2.4.1.1.2.Sağlıkta Grup İletişimi: Kişilerarası iletişim tipinin daha ileri aşamasıdır, araçsız veya araçlı üçten çok kişinin katıldığı ve seçilebilir, ayrılabilir özellikte çoğul iletişim tipidir(108). Kişilerin gruplara katılmasının çeşitli sebepleri vardır; ortak bir amaca ulaşabilmek ya da bilinen bir tehdide karşı durmak, bir yere aidiyet ve güven hissetmek gibi nedenlerle gruplara katılırlar(106). Sağlık iletişimi perspektifinden gruplar belirli bir hedef için buluşmuş destek gruplarıdır. Aynı gruptaki kişilerin hastalık ya da sağlık davranışıyla ilgili tecrübelerini paylaşmaları, ortak sağlık eylemini meydana getirmelerine destek olacaktır. Aynı gruptaki

paylaşım, kişisel yönelimden çok birlikte bir hareket geliştirme şeklinde sonuçlanabilmektedir(101, 107). Sağlık iletişiminde grup iletişimi; destekleyici gruplar, aileler ve sağlık ekipleri gibi halkın kollektif üyelerinin bir bütün olarak koordinasyonunda gerçekleşen iletişimini içermektedir. Çünkü bu grubun üyeleri sağlık açısından önemli kararları birlikte almakta ve sağlıkla alakalı bilgileri paylaşmaktadırlar(109).

2.4.1.1.3.Sağlık İletişiminde Kitlesel İletişim: Kitle iletişimindeki hareketler daha çok kamuyu ilgilendiren eylemler şeklindedir bu şekilde bir konu ile ilgili kamuoyu oluşturulmaktadır(108). Kitle iletişimi bütün halkı etkileyen sağlık iletişimi kampanyalarında yaygın bir şekilde kullanılabilmektedir. Geniş kitleleri etki altına almak için eskiden olduğu gibi günümüzde de kitle iletişim araçlarının etkisi büyüktür(106). Kitle iletişimi ile sağlık ile alakalı mesajlar çok fazla kişiye, aynı anda iletilebilmektedir. Sağlıkla ilişkili bir problemin geniş kitlelere duyurulması, istenilen bir sağlık davranışının kamuoyuna kabul ettirilmesi, kitle iletişim araçlarınca yürütülecek kampanyalarla olasıdır(102, 107). Modern sağlık hizmetlerinin en önemli amaçlarından biri, sağlık hizmet uygulayıcıları ve tüketicilerine sağlık ile alakalı ikna edici ve doğru bilgileri ileterek sağlık ile ilgili riskleri azaltarak, halkın sağlığının gelişmesini sağlamaktır. Kitle iletişimi (televizyon, gazete, radyo.) sağlığı geliştirmede geniş izleyici kitlesine ulaşmak konusunda en etkin iletişim yollarındandır(105).

2.4.2. Sağlık İletişimi Modelleri

2.4.2.1.Semiyotik Model: Semiyotik model; simgelerin yerinde ve doğru kullanılmasıyla sağlığa katkı sağlamayı hedeflemektedir. Diyet ile vücudun

inceleceğine dair bir reklamda bu incelmenin gösterilmesi sağlık iletişiminde bu modele örnek verilebilir(102, 107).

2.4.2.2.İkna Modeli: Bu modeli geliştiren; William McGuire'dir. Modelde tutumlarda ve bilgide görülecek değişiklik, sağlık ya da farklı konulardaki davranış ve tutumların değiştirilmesi için ön koşul şeklinde kabul edilmektedir(102, 110). McGuire'e göre verilen mesajların kabul görmesi ve yeni bir davranışa dönüşmesi için kişinin; ilk olarak mesaja erişmesi, dikkat etmesi, mesajı ilgi çekici ya da bireysel bulması, mesajla verilen yeni davranışın bireyin hayatına nasıl uyum sağlayacağı, öneride bulunulan farklılığı kabulü, gerektiği zaman mesajı aklına getirebilmesi ve ilgili olan durum ile bağlantı kurması, edinilen bilgi ya da mesaj bazalinde karar alması-davranması ve mesajı hayatına içselleştirerek katmasıdır(102). Bu modelle bazı mesajların neden ve nasıl başarılı/başarısız oldukları konusu açıklanmaktadır. Modelin zayıf yönü ise alıcıları sadece rasyonel şekilde görmesidir. Sıklıkla sosyal pazarlama yöntemi kullanılan sağlık iletişimi kampanyalarında bu yöntem kullanılmaktadır(110).

2.4.2.3.Fenomenolojik Model: Fenomenolojik yaklaşıma göre kişinin kazandığı tecrübe kendisinin çevresiyle etkileşiminin sonucu olarak meydana gelmektedir yani durumların temel özelliklerinin kişisel tecrübelerle izlenmesi ve anlatılmasını hedefleyen bir yaklaşımdır. Sağlık hizmetini sunan kişiler ve hastalar arasında önyargıların yerine açık olmanın, duyarlılığın artırılmasının gerekliliğine dikkat çekmektedir.

2.4.2.4.Sibernetik Model: Sibernetik model, sağlık iletişiminde gerilimin azaltılmasına yönelik çalışmalar için en uygun modeldir. İtaatsiz hastanın merkezi olarak hastanın kişisel özelliklerini (uyumsuzluk, bilgisizlik gibi) ya da hekimin bazı kişilik özelliklerini (inandırıcılık, yetersiz iletişim gibi) kabul etmektedir. Bu modelde genelde toplumsal gruplar ve aile anlamında sağlık davranışını ele almakta ve davranışın değiştirilmesi sürecinde çevresel faktörlere ek olarak, toplumsal ilişkilerin de sağlık davranışlarını etkilediğine dikkat çekmektedir.

2.4.2.5.Sosyo-Kültürel Model: Bu model, kişinin bulunduğu toplumu ya da kendisinin kalıtsal kültürel faktörlerini de içeren etkileşimini ve ilişkilerini içermektedir. Kişilerin doğduğu kültür ve ortamı kişilerin sağlık inançları ve tutumlarında etkilidir. Sosyo-Kültürel Sağlık İletişimi Modeli sağlık iletişimi ile ilgili uygulamaların toplumsal inançlar, normlar ve değerler gibi kültürel faktörler ile birleştirilmesini hedeflemektedir(102, 107). Bu model farklı kültürlerde iletişimin ne şekilde anlamlandırıldığı ve bu anlamların ne şekilde aktarılarak devam ettirildiği ile ilgilenmektedir.

2.4.2.6.Eleştirel Yaklaşım Modeli: Eleştirel teori toplumu, kişileri baskı altında tutan, ezen, toplumsal kısıtlamaları betimleyen ve çözüm üretmeye çalışan teoridir. Bu model savunmasız kişilerin/grupların refahını ve sağlığını geliştirmek konusunda önündeki sosyal engelleri göstermektedir. Engeller belirlenir ve onların ortadan kaldırılmasına dair çalışmalara başlanır(111).

2.4.3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler

2.4.3.1.Sosyal Pazarlama: Bu yöntem pazarlama ve reklam ilkelerinin olumlu sağlık davranışı oluşturmak amacıyla kullanılmasıdır(112). Sosyal pazarlama; aşırı alkol tüketimi, sigara içmek ve riskli davranışları azaltmak amacıyla kullanıldığı gibi güvenli sürüş eğitimleri gibi olumlu sağlık davranışlarının yaygınlaşmasında da kullanılmaktadır(113). Sosyal pazarlama, ticari pazarlamanın süreçlerini ve ilkelerini kullanır, fakat hizmetleri ve ürünleri satmayı hedeflemez. Hedefi, sosyal açıdan yararlı davranış değişikliğini motive etmek için programlar tasarlayıp uygulamaktır. Halk sağlığı ile ilgili uygulamalarda, sağlıklı davranışları bir toplulukta artırmak amacıyla, izleyicilerin inanç ve tutumlarını anlamak için pazar araştırması yapmak gibi daha önceden kanıtlanmış pazarlama stratejileri kullanarak, sosyal modeller oluşturulup ikna edici yöntemler kullanır. Sosyal pazarlama modeli son yıllarda fiziksel aktivite, sigara bağımlığı, daha iyi ebeveyn-çocuk iletişimi gibi alanlarda başarılı olarak kullanılmaktadır. Sosyal pazarlamanın temel hedefi tüketici ile davranış arasındaki sosyal, psikolojik ve ekonomik mesafeyi kısaltmaktır(112).

2.4.3.2.Medyada Savunuculuk: Medyada savunuculuk; bireyin riskli olan davranışını direkt değiştirmeyi amaçlamaz, problemin halk sağlığı ile ilgili bir problem şeklinde kabul edilmesi için dikkatleri bu tarafa çekmeyi amaçlar. Medyada savunuculuğun ana hedefi kişilerin ve grupların daha güçlü olmasını sağlamayı ve kurumların insanların ihtiyacına daha duyarlı bir duruma gelmesini sağlamaktır.

Amidei'ye göre medyada savunuculuğun karakterleri özetle:

• Bir konuya ilgisini verdiğinde çok iyi çalışır. Genelde değişik grupların aynı bir araya gelmesi ve elde bulunan konunun açık bir şekilde açıklanması önemlidir.

•Bireylerin belli hakları bulunduğu ve bu hakların uygulanabilirliğini sağlamayı hedefler. (Sağlık ile ilgili hizmetlerin yetersizliği, istihdam hakları, çevre kirliliği vb. gibi)

• Bazı kurumların tanımlanmış görevlerini uygun vaziyette gerçekleştirmeleri için baskı yapar. (Yeni etiketlerin tüketicilerin faydasına olan, doğru bilgileri içermesi için FDA'nın (Food and Drug Adminastration) yasal zorunlulukların yerine getirmesi için baskı yapar.)

• Toplumda hakları çiğnenmiş belli grupların hakları ile ilgili savaşlarına ve yaşadıkları problemlere odaklanır. (engelli bireyler, azınlıklar vb.)

• Kişisel değişimden fazla politikanın değişimiyle ilgilenir.

• Mevcut yasaların rahatça uygulanması için baskı yapar.

• Sosyal adaleti sağlamak için sosyal sorunlarda ve halk sağlığında kişilerin yükümlülüğünü alarak halk üzerinde ortak sorumluluğa karşı motivasyon oluşturur(114).

Medyada savunuculuk yaklaşımının başarısı, savunulan konunun toplumdaki desteğine bağlıdır. Medyada savunuculuk sağlık sorunlarının kültürel, sosyal, politik, ekonomik bağlamlarına dikkat çeker(114). Halk Sağlığı uygulamalarında medyada savunuculuğun kullanımı, klasik medya yaklaşıma kıyasla pek çok açıdan farklılık göstermektedir(114).

• Medyada savunuculuk ilk olarak toplum koalisyonu, savunma stratejisi ve organizasyonunun temel desteğine dayanmaktadır. Toplumdaki grupların kendi problemlerini, kendi cümleleri ile anlatmak amacıyla iletişim yollarını geliştirmenin yöntemlerini geliştirir.

• Politika ve sosyal bilimlerden beslenen çerçeveleme (framing) ve gündem oluşturma (agenda setting) teorik yaklaşımlarını kullanmaktadır.

• Kişiyi ya da grubu sosyal değişimleri iyiye götürmek için kendi yeteneğini, enerjisini veya öteki kaynaklarını kullanabilen potansiyel bir savunucu olarak görür.

• Halk sağlığı ile ilgili politikaları iyiye götürür. Kişiyi değil içinde bulunduğu çevreyi değiştirmeyi hedefler.

2.4.3.3.Halkla İlişkiler: Halkla ilişkiler en temel anlamıyla bir ürünün, düşüncenin, kâr amacı gütmeyen örgütlerin ya da kurumun topluma takdim edilerek bilinilirliğini artırmak ya da bir davranışın toplumda yerleşmesi amacıyla kullanılan etkinliklerdir(102). Halkla ilişkiler hedef kitlede destek ve anlayış kazanmak, davranış ve düşünceleri etki altına almak için daha çok kurumun prestijiyle ilişkili olan çok boyutlu bir disiplindir. Bu disiplin sıklıkla pazarlama iletişimi için ticari piyasada kullanılsa bile ticari olmayan uygulamalarda en sık halk sağlığı faaliyetlerinde kullanılır(115). Toplum yararı göreviyle yola çıkan halkla ilişkiler uygulamalarında amaç hiçbir çıkar olmaksızın toplumun belli bir konuda düşünmesi ve bu konuda harekete geçmesini sağlamaktır(110). Halka ilişkiler ile ilgili temelde dört model vardır(110):

• *Basın ajansı ve tanıtım modeli:* Propagandayla benzerlikleri bulunan, tek yönlü iletişime dayalı bu modelde her zaman dürüstlük gerekli görülmeyebilir

• *Kamunun bilgilendirilmesi modeli:* Hep ikna amacı göstermeyen tek yönlü iletişine dayalı bu modelde her zaman dürüst iletişim gereklidir.

• *İki yönlü asimetrik model:* Sosyal bilim kuramlarından özellikle davranışsal araştırmalardan faydalanan ve hedef kitlede ikna oluşturan, uzman gibi görev üstlenen model.

• *İki yönlü simetrik model:* Sıklıkla eğitimcilerin ve kuramcıların kullandığı hedef kitle ile mesaj veren arasında ortak bir payda oluşturmaya çalışan model.

2.4.3.4.Müzakere: Müzakere; gruplar ve kişilerin birbirleriyle etkileşime girdiklerinde meydana gelen anlaşmazlıklarını ve çatışmalarını çözmenin bir yöntemidir.

Müzakere yaklaşımının temelde dört prensibi vardır;(116)

• Pozisyonlara değil ihtiyaçlara odaklanmak

• Bireyde yumuşak olup, sorunda dert olmak

• Açık anlaşmalar yapmak

• Kazan-kazan olasılıkları ile ilgili yaratıcı olmak

Genellikle ekonomi, pazarlama, uluslararası ilişkiler ve iş bağlamında kullanılan müzakere yöntemi son dönemde sağlık uygulamaları ile ilgili hem sağlık profesyonellerinin kendi içlerinde hem de hasta hekim ilişkilerinde başvurulan bir

yöntem olmuştur(117). Etkili bir müzakere geniş bir hazırlığa ihtiyaç duyar ve katılımcıların amaçlarını ve müzakere edilen olayın en iyi olasılıkları ile ilgili tahminde bulunmak için içten ve gerçekçi bir çaba gerektirmektedir(118).

Etkili bir müzakerenin temelde yedi unsuru bulunmaktadır;

•*İlişki (relationship):* Tüm çatışma ve farklılıklara rağmen ve çatışmalara rağmen taraflar arasında iyi ilişki (saygılı, güvenilir, şartsız) kurmaktır.

•*İletişim (communication):* Anlamak için dinleyen, anlaşılmak için konuşan bir iletişim modeli gösterilmelidir.

•*Çıkarlar (interests):* İki tarafın da çıkarları göz önünde bulundurulmalı bununla birlikte karşı tarafın gerçekten ne istediği neye ihtiyaç duyduğu tespit edilmelidir.

•*Seçenekler (options):* Müzakerede iki tarafın da çıkarları gözetilerek seçenekler sunulmalıdır.

•*Alternatifler (alternatives):* Müzakere kısıtlı bir bölgeye sıkıştığında, anlaşma sağlanamadığında tarafların faydasına alternatifler üretilmelidir.

•*Meşruluk (legitimacy):* Oluşturulan alternatifler müzakere meşruluğu temeline uygun olmalıdır. Her zamana adalet gözetilmelidir.

•*Taahhüt (commitment):* Müzakere devam ettiği sürece nelerin taahhüt edileceği belirlenir ve bu taahhütler müzakerenin en başında değil en sonunda açıklanmalıdır.

2.4.4. Sağlık İletişiminde Kampanya Süreci

Bir iletişim kampanyasının başarısı, hedef kitlenin algılarının ve ihtiyacının en doğru biçimde anlaşılması sayesinde olasıdır. Sağlık iletişiminde kampanya

süreci(119); planlama, geliştirme, uygulama ve değerlendirme şeklinde 4 ana başlık ile toparlanabilir.

2.4.4.1.Planlama Aşaması: Küçük veya büyük ölçekte gerçekleştirilen iletişim kampanyalarının tamamında stratejik bir planlamaya ihtiyaç duyulmaktadır(120).

Problem veya Konunun Belirtilmesi: Planlamanın çok önemli olan birinci basamağı, konu ya da sorunun tanımlanmasıdır. Kampanyanın neden gerçekleştirildiği, ana problemin ne olduğu doğruca tanımlanmalıdır. Bu bölümde kütüphaneler, internet, ajanslar, sağlık kuruluşları ve sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarından yararlanılabilir.

Varsayımların Belirtilmesi: Varsayımlar; planlamaya yön veren anlayışlardır ve kampanyanın en başında belirtilmelidir. Bu sayede, iletişim ekibi kampanyanın ile ilgili olduğuna dair kavramlar ile ilgilenmeyecek ve bu durum kampanya boyunca bir yol gösterecektir(121).

Mevcut Verileri İnceleme: Bu aşamada mevcut veriler incelenmeli; eksiklikler dikkate alınarak yeni veri kaynakları edinilmelidir. Toplanması ve incelenmesi gerekli veriler(119);

- Saptanan problemden etkilenen kişilerin özellikleri,
- Sağlık probleminin rastlanmasının yaygınlığı ya da sıklığı,
- Durumun olası nedenleri,
- Sağlık probleminin kişiler, gruplar ve sağlık sistemi üzerindeki etkileri,
- Olası tedaviler, çözümler ya da müdahaleler şeklinde belirlenmiştir.

Ek Araştırma Yürütme: Sağlık iletişimi kampanyasının başarılı olması için hedef kitlenin yaşam tarzı, kültürü, ilgi alanları, davranışları, ihtiyaçları ve motivasyonları ile ilgili araştırma yapmak gereklidir(119).

İletişim Hedeflerini Tanımlama: İletişim hedeflerinin tanımlanması, uygulamaya konacak iletişim faaliyetlerinin içinde önceliklerin belirlenmesi ve bunlar için gereken mesaj ve içeriklerin saptanmasını sağlayacaktır(119).

Hedeflerin özellikleri;

- Gerçekçi ve uygulanabilir olmalı,
- Sağlık programının hedeflerine destek sağlamalı,
- Ulaşılması planlanan hedefler konusunda başarıların takip edilmesi için ölçülebilir olmalı,
- Etkilenecek nüfusa, istenilen değişikliğe ve değişikliğin gerçekleşmesi beklenen süreye özgü olmalı,
- Kaynakların dağılımını kontrol etmek için öncelikler belirlenmelidir.

Sağlık İletişimi Yaklaşımını Gerçekçi Bir Şekilde Değerlendirmek: Sağlık iletişimi, belirli şartlarda teknoloji, politika ya da altyapı değişiklikleri olmaksızın yalnız başına istenilen başarıya erişemeyebilir böyle şartlarda sağlık iletişim programı, belirli konularda araştırmanın önemini desteklemek için baştan yönlendirilmelidir(119).

Hedef Kitlenin Profilini Çıkarma: Sağlık iletişiminde hedef kitle, alakalı sağlık probleminden en fazla etkilenecek ya da risk altında kalabilecek bireylerdir. Sağlık kampanyalarında hedef kitlenin genelde çok geniş olması kendi içlerinde belirli

gruplara ayrılmasına ihtiyaç duymaktadır(121). Tutumlar, demografik özellikler, davranış kalıpları ya da coğrafi bölgeler gibi gruplandırmalar ile hedef kitle daha da daraltılabilir(119).

Bir Strateji Formüle Etmek: Strateji; birden fazla aktiviteyi barındıran ve hedef kitlenin karakteristik özelliklerine dikkat ederek genel bir hareket planı oluşturmaktır(122). Sağlığı geliştirmek için başarılı stratejiler;(121, 122).

- *Sağlık iletişimi stratejileri:* Sağlığı iyileştirecek kişisel ve toplumsal olarak alınan kararları etkiler. Gazeteler için hazırlanmış basın bültenleri, eğitici sağlık fuarları ya da interaktif sağlık iletişimi örnek olarak verilebilir.
- *Politika veya yürütme stratejileri:* Politikaları düzenleyici ajanslar, kanun koruyucular ya da kurumsal kurallar ile tamamlanabilecek şekilde oluşturur. 2008'de ülkemizde yürürlüğe giren sigara yasağı bu konuya örnek verilebilir.
- *Toplumu harekete geçirme stratejileri:* Yerel halkı, paylaşılan sağlık konularını betimlemek ve eyleme dökmek amacıyla yardımcı olmaya dahil eder.
- *Sağlık hizmetleri stratejileri:* Sağlık ile ilgili çıktıları artırmak için yerel halk ya da sağlık ajanslarınca sağlanan taramaları, özel hizmetleri, testleri ya da tedavileri içermektedir.
- *Mühendislik stratejileri:* Bir yapıyı, cihazı, bir servis tipini, bakım sistemini, çevreyi modifiye etmektir. Laparoskopik cerrahideki robotların geliştirilmesi amacıyla oluşturulan çalışmalar örnek verilebilir.

İlgi Çekme Türünü Seçmek: İlgi çekme türü için en iyi yaklaşım, kampanya bünyesinde iletilecek bilginin çeşidine, hedef kitlenin özelliklerine ve ulaşılması hedeflenen sonuca en uygun olanı seçmektir. Kullanılabilecek çekicilik türleri şunlardır(119):

- *Olumlu Duygusal Çekicilikler;* mesajla verilen olayın uygulanması durumunda hedef kitlenin kazanacağı yararları gösterir.
- *Mizahi Çekicilikler;* Özellikle rakip iletişim çalışmaları mizah bulundurmuyorsa daha çok etkili olabilmektedir. Kullanılacak mizah unsuru, sağlık ile ilgili konulara uygun olmalı ve verilmek istenen mesajı net olarak iletmelidir.
- *Korku (Tehdit) Çekicilikleri;* Korku çekiciliğinde, mesajdaki olayın uygulanması söylenmekte, olayın uygulanmaması durumunda gerçekleşebilecek olumsuzluklar da belirtilmektedir.

2.4.4.2.Geliştirme Aşaması

Mesaj ve Materyalin Geliştirilmesi: Sağlık iletişimi ile ilgili kampanyalarda verilen mesajların hedef kitlelerde hangilerinin daha etkili olacağının anlaşılması için bu basamak önemlidir.

İyi bir materyal geliştirmek için bazı sorular sorulmalıdır, bunlar;(119):

- Mesajlar eksiksiz, doğru, alakalı ve güncel mi?
- Materyaller kültürel etkenler, stil, okunabilirlik düzeyi ve format yönünden hedef kitleye uygun mu?
- Materyallerin iletişim ile ilgili amaçları yerine getirme ihtimali var mı?

2.4.4.3.Uygulama Aşaması: Daha önceki basamaklarda oluşturulmuş materyaller, stratejiler ve mesajlar uygulama aşamasında hedef kitleyle bir araya getirilmektedir. Sağlık iletişim kampanyasının hedef kitlesi küçük ise, bu kitleye doğrudan ulaşılmasını sağlayacak yollar kullanılmaktadır daha büyük kitleye hitap eden bir kampanya ise basın konferansı ile kampanyanın başlamadan önce ilan edilmesi gerekecektir(121).

Kampanyayı yönetmek: Kampanyayı yönetmek; bütçe ve çalışan personeller, izleme faaliyetleri, süreç değerlendirmesi, problemlerin çözülmesi izleyicinin verdiği tepkiyi ölçmekle hali hazırda bulunan plan ve operasyonların düzenlenmesi gibi temel görevleri bulundurmaktadır(119).

Kanalların Belirlenmesi: Kampanyanın hedef kitlesinin büyüklüğü yönünden kullanılacak kanallar; grup kanalları ve kişilerarası kanallar olarak temelde iki başlıktadır. Grup kanalları sınıf etkinlikleri, mahalle toplantıları ve kulüp toplantıları gibi kanallardır. Kampanyanın geniş kesimlere ulaşması gerektiği şartlarda grup kanallarının kullanılması daha geniş bir kitleye ulaşılmasını sağlayacaktır. Kişilerarası kanallarda, hedef kitlenin yakınındaki arkadaşları, ailesi, doktorları, komşuları ya da din adamlarını sayabiliriz. Bireyler bu kanallar yoluyla edindikleri bilgileri, medya kanallarına kıyasla daha güvenilir bulmaktadır ve etkili olma ihtimali daha fazladır. Kişilerarası kanallar, davranış ve tutum yönünden en etkili kanallar içinde bulunsa bile mesaj, materyal ve bağlantı geliştirmek yönünden vakit alabilmektedir(119).

2.4.4.4.Değerlendirme Aşaması: Değerlendirme aşaması; kampanyanın amaçlarına ulaşmasında başarısının tespit edilmesini, hedef kitleye gönderilmek istenen mesajların onlarca anlaşılarak tutum, algı ya da davranışlarında farka sebep olup olmadığının tespitini içerir. Bu aşama, kampanyanın en başından belirlenmeli ve bütün süreç boyunca dahil edilmelidir. Değerlendirme teknikleri süreç ve sonuç olarak iki analizde incelenir. Süreç analizi kampanya sürecine fayda sağlayarak başarısız ya da başarılı olunmasına neden olan prosedürleri, sistemleri, iletişim süreçlerini ve diğer çeşitli faktörleri barındırır. Sonuç analizinde ise kampanyanın nihai sonuçlarına odaklanır ya da hedeflerini hangi boyutta başarıyla sonuçlandırabildiğini belirler(119).

Sonuç değerlendirmesi yapılırken izlenecek adımlar;

- Toplanacak olan verilerin tanımlanması,
- Değerlendirmenin sağlayacağı bilgilerin tespit edilmesi,
- Veri toplama araçlarının oluşturulması ve ön-testinin yapılması,
- Veri toplama yolları ile ilgili karar alınması,
- Verilerin işlenmesi,
- Verilerin toplanması,
- Değerlendirme sorularının cevaplanması için verilerin analizi,
- Değerlendirme raporunun yazılması,
- Değerlendirme raporunun yayınlanması.

2.4.5. COVID-19 Sağlık İletişim Kampanyası

2.4.5.1. Durum Analizi: Salgın döneminde toplumun güvenilir ve doğru bilgiye ulaşması çok önemlidir. Tarihte yaşanan salgınların süreçleriyle alakalı doğru bilgi alabilecekleri kişi ve kurumların bulunmaması, iletişim yönünden yetersizlikler ya da imkansızlıklarla medyaya sansürden dolayı toplumlar büyük bir panik ve korku yaşamışlardır. Tüm dünyada COVID-19 pandemisinin ilanı sonrası konu ile alakalı birçok bilgi hem sosyal medya üzerinden hem de geleneksel medya tarafından paylaşılmıştır. Sürecin ve hastalığın oluşturduğu belirsizlik, en çok sosyal medyada yayılan asılsız bilgilerin çoğalmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü bu süreçte, sosyal medya hesabı ve resmi internet sitesinden doğru ve güncel bilgi paylaşımı yaparak bilgi kirliliğine engel olmaya çalışmıştır. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı, ilk olarak halkın bilinçlenmesi için afişler, kamu spotları billboardlar ve broşürler oluşturmuştur. Peşinden kendi internet sitesinde ayrıca "COVID-19 Bilgilendirme Sayfası" yapmış ve toplumun doğru bilgiyi kolayca bulması sağlanmıştır. Tüm salgın süreci boyunca sosyal medya hesaplarından Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca da günlük verileri paylaşmış ve halkın doğru bilgiyi edinmesini hedeflemiştir.

2.4.5.2. COVID-19 Sağlık İletişim Kampanyasının İçeriği

2.4.5.2.1. Kaynak: Kaynak, mesajı üreten, ürettiği mesajı kodlayarak doğru kanal ile alıcıya ileten iletişim ögesidir. Mesajı üreten birey, ekip veya aygıt olabilir(123). Kaynak, ürettiği mesaj aracılığıyla hedef kitlede tutum ve davranış değişikliği oluşturmak için primer rol almaktadır. Fakat hedef kitlenin ikna olması yönünden kaynağın görünüş, güvenilirlik ve empati gibi özellikleri barındırması gerekmektedir(124). COVID-19 pandemisinin başından beri Türkiye'de salgın ile

ilgili kampanyaların basın sözcülüğü Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca yürütmektedir.

2.4.5.2.1.1. Sağlık iletişiminde kaynak güvenilirliği: Salgın gibi kriz dönemlerinde sağlık problemini oluşturan süreç ve nedenlerle alakalı belirsizlik iletişimsel ihtiyaçları arttırmaktadır. Başa çıkmada 3 temel noktaya değinilmiştir bunlardan birincisi kitle iletişim araçlarının önemli bir rolü bulunduğu ve bu nedenle paydaş olarak kabul edilmesi gerektiği; ikincisi, etik yönden bilginin doğru olmasından emin olunması gerektiği; üçüncüsü ise iletişimdeki muğlaklıkları yok etmek için halk sağlığı iletişimi konusunda güvenin sağlayacağı faydaya bakılmasıdır(125). Alanında başarılı olmanın getirdiği mesleki prestij ve ün, yüksek mevki, kaynağa olan güveni arttırmaktadır.

Kaynak kategorilerinden en güvenilirleri; (126)

- Ünlü kişiler
- Kamu görevlileri (Cumhurbaşkanı veya Sağlık Bakanı vb.)
- Alanında uzman kişiler (Doktorlar ve araştırmacılar)
- Örgüt liderleri (hastane yöneticileri)
- Profesyonel oyuncular
- Sıradan gerçek insanlar
- Özellikle tecrübeli kişiler (ilgili duruma maruz kalmış kişi, başarılı rol model vb.)
- Canlandırma karakterler.

10 Ocak 2020 tarihinde Sağlık Bakanı başkanlığında alanlarında uzman; akademisyen tıp bilimciler ile bilim kurulu oluşturulmuştur. Sağlık Bakanı'nın mevkii nedeniyle ve bilim kurulu üyelerinin uzman kişilerden oluşması ile toplum tarafından güvenilir kaynak olarak kabul edilmiş; verdikleri bilgiler ile davranış değişikliği oluşturmaları daha kolay olmuştur. Uluslararası olarak da Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili önemli görevleri olan bir örgüttür ve salgında güvenilir bir bilgi kaynağı şeklinde bilinmektedir.

2.4.5.2.2. Mesaj: Kaynağın birçok görsel, işitsel ve sözel sembollerle kodladığı; alıcıda bir konu ile ilgili bilgi, tutum ve algı oluşturmak veya bir duyguyu iletmek amacıyla bir kanal ile gönderilen semboller bütününe 'mesaj' denmektedir(127). Mesajı oluşturulurken sağlık iletişiminde üzerinde durulması gereken durumlar; (128)

- Mesajın çok sık tekrarlanması,
- Mesajda en uygun kelimelerin kullanılması,
- Fikrin olumsuz ve olumlu tüm yönleriyle sunulması,
- Mesajdan bir sonuca varılabilmesi,
- Gerçekçi ve objektif olması,
- Gerektiğinde olumsuz duygular geliştirebilmesi (korku vb.).

Sağlık iletişimi ile ilgili kampanyalarda mesajlar temelde 2 şekilde oluşturulur. Birincisi sağlık ile ilgili davranışları geliştirmek ikincisi de olumsuz olan sağlık ile ilgili davranışları önlemek veya azaltmaktır. Hedef kitlenin istenen sağlık davranışına yönlendirilmesi amacıyla kampanyalar temelde 3 iletişim süreci

şeklinde yürür, bunlar; ikna, farkındalık sağlama ve eğitmedir. İkna mesajlarında güdüler bulunmaktadır; farkındalık sağlama mesajlarında hedef kitlenin neyi, nerede ve ne zaman yapması gerektiği; eğitici mesajlarda ise, nasıl yapması gerektiği ile ilgili içerikler bulunmaktadır(112). COVID-19 pandemisi için gerçekleştirilen iletişim kampanyalarında pandeminin başlarında eğitmek ve farkındalık sağlamak için bilgilendirici mesajlara rastlanırken, pandeminin devamında beraberinde mesajlarda korkunun çekiciliği kullanılmaya başlanmıştır. Korku çekiciliğinde, kişilere tehdit oluşturabilecek risklerin farklı biçimlerde gösterilerek bu kişilerde kaygı ve korku oluşturması beraberinde önlem almak için eyleme geçirilmesi hedeflenmektedir. Örnek vermek gerekirse kamu spotlarında maske, mesafe ve hijyen ile ilgili kurallara uyulmaması durumunda bireylerin hasta olarak yoğun bakıma yatacakları ve yaşayacakları zorluklardan sonra önlemlere uymadıklarına pişman olacakları gösterilmektedir ve sonucunda bu duruma düşmemeleri için gerekli önlemleri almaları gerektiğinin altı çizilmektedir. Farklı şekilde sağlık çalışanlarının çocuklarının bulunduğu videoyla duygusal çekicilik yöntemi kullanılarak sağlık çalışanlarının çoğunun uzun süredir çocuklarından ve ailelerinden uzak olmaları, çocuklarına sarılamamaları, vakit geçirememelerine çocuklarınca dikkat çekilerek, evde kal çağrısı yapılmıştır.

2.4.5.2.3. Kanal: Hedef kitle ve kaynak arasında işarete dönüşmüş mesajın ulaştırılmasını sağlayan yola ‘kanal’ denir. Hem yeni medya hem de geleneksel medya, sağlık stratejilerinin halka iletilmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Bu doğrultuda, bilinçlendirmek, bilgilendirmek ve davranış değişikliği oluşturmak yönünden büyük önemi vardır. Sağlık iletişimi ile ilgili çalışmalarda halk sağlığı ile

ilgili geniş bir kitleye ulaşabilmek için kamu spotları, sağlık haberleri, sinema ve tanıtım filmleri gibi araçlar kullanılmaktadır(121). Sağlık iletişiminde kullanılacak olan kanalların tercihleri; grup, kişilerarası, medya, kurumsal ve dijital medya kanalları şeklinde beş alt grupta incelenmektedir. Kanal seçilirken hedef kitlenin sosyokültürel özelliklerine dikkat edilmelidir. Kitle iletişim araçlarında oluşturulan mesajlar radyo, televizyon, sosyal medya, internet, gazete, sinema vb. gibi kanallar ile halkla buluşabilmektedir. Pandemide COVID-19'la ilgili eğitici kamu spotları oluşturulmuş, pek çok kitle iletişim aracında yayınlanarak toplumun bilinç düzeyi arttırılmıştır. Kamu spotlarının içeriği, halkın tutumlarını etkilemesi amacıyla hem mantığa hem duygulara aynı anda dokunma, dikkat çekme, tutarlılık, güven oluşturma, bir fayda iletme, net mesaj iletme ve harekete davet etme noktalarından oluşmalıdır(129).

2.4.5.2.4. Hedef Kitle: Kanaldan işaretlenmiş şekilde gelen mesajları alan ve merkeze aktaran, alıcı, iletişimin son noktasına 'hedef kitle' denir. Tüm toplumu ilgilendiren pandemi gibi sağlık problemlerinde sağlık iletişimi kampanyalarının en geniş hedef kitlesi tüm halktır(130). Tüm halka hitap edilmesi durumlarında hedef kitleler kendi içlerinde detaylı şekilde belirlenmeli ve özellikleri analiz edilmelidir(121).

2.4.5.3. Sağlık Kaygısı: Salgın hastalıklar tıbbi tehlikeye yol açmasının yanında sosyal ve psikolojik yönden de pek çok soruna neden olmaktadır. Salgın dönemlerinde içinde bulunulan belirsizlik ve alınan önlemler kişilerin stres seviyelerinin artmasına sebep olmaktadır. COVID-19 pandemisinin başlarında gıda raflarının boşaltılması, evlere kapanma, inşaların vücudunda hissettikleri her

durumun hastalık belirtisi şeklinde yorumlanması, doğru olmayan sosyal medya paylaşımları ile bilgi kirliliğine neden olunması, uzunca bir süre pandemi ile ilgili programların izlenmesi, panik ve korkunun artmasına sebep olmuştur. Sağlık kaygısı 1986'da ilk kez Salkovskis ve Warwick tarafından tanımlanmıştır ve bireyin vücudundaki bulguları doğru değerlendirememesine bağlı ciddi bir hastalığı bulunduğuna inanmasıdır(131). Pandemileri kontrol edebilmek amacıyla kullanılan risk iletişimi, sosyal mesafe, hijyen kuralları, aşılama ve antiviral tedaviler gibi halk sağlığı stratejilerinin başarılı olmasında psikolojik faktörlerin önemli bir rolü vardır. Sağlık kaygısı, tüm bu stratejilerin başarısı konusunda önemlidir(132).

2.4.5.3.1.İyimserlik: Bireyler hayatları boyunca birçok sorun ve stres ile karşılaşmaktadır ve bu gibi durumlarda gösterdikleri birbirinden farklı üstesinden gelme yollarında, kötümserlik ve iyimserlik gibi bireysel özellikler de etkili olabilmektedir. Kötümserlik; olumsuz bir sonuç beklentisi iken iyimserlik ise olumlu bir sonuç beklentisidir(133). Yapılan çalışmalarda iyimserlikle beden sağlığı arasında olumlu bir ilişki olduğu(134), kronik hastalıklar ya da tıbbi işlemler gibi durumlarda iyimser kişilerin daha az psikolojik ve fiziksel şikâyette bulunduğu(135, 136) ve hayatlarında daha az depresif ruh halinde oldukları, tedavilere daha çabuk iyileşme ile yanıt verdikleri hatta hayatlarının daha uzun olduğu görülmektedir(137).

2.4.5.3.2 Endişe Düzeyi: Yakın dönemde yapılan yayınlarda bireylerin hayatlarında hemen hemen köklü bir değişime neden olan COVID-19 pandemisinin çeşitli psikolojik problemlere neden olduğu ortaya konmuştur. Kişiler, hayatlarında dönemsel pek çok güçlükle karşılaşmaktadır. Bu güçlükler karşısında kişiler belli

bir seviyede duruma hâkimiyet kurmak, öngörülebilirlik, denge gibi duyguların varlığına ihtiyaç duyarlar. Sonucu belirsiz gelecek olayların olumsuzlukla sonuçlanacağına inanılan bilişsel etkinliğe 'endişe' denmektedir(138). Yapılan çalışmalar önceki salgınlarda alınan önlemler ve sosyal izolasyonların psikolojik sorunlarla ilişkili olduğunu gözler önüne sermiştir. Örneğin, Hong Kong'daki SARS salgınının psikolojik etkileriyle ilgilenen bir çalışmada, salgın sürecinde kişilerin salgından sonraki döneme göre daha yüksek anksiyete seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur(139). Çin'de yapılan bir başka araştırmada ise COVID-19 salgınında araştırmaya katılanların %16.5'inin orta ya da şiddetli depresyon belirtisi gösterdiği, %28.8'inin ise orta ya da şiddetli seviyede anksiyete belirtisi gösterdiği bulunmuştur(139).

2.4.5.4. Sağlık İletişiminde Yeni Medya Kullanımı: Yeni medya; geleneksel medya araçlarını içermeyen, bağımsız ve günümüzde internet kökenli olarak karşılaştığımız mecralardır(140). Bu sayede kullanıcılar geleneksel medyadaki pasif rolden çıkarak daha aktif rol almaktadır. Sözlükler, bloglar, çevrimiçi ansiklopediler ve sosyal medya yeni medyaya örnek verilebilir. 2020 We Are Social'ın verilerine bakıldığında dünyada 4,57 milyar internet kullanıcısı saptanmıştır. Aynı zamanda 3,96 milyar kişi de dünyada aktif sosyal medya kullanıcısıdır. Yeni medya, sağlık alanında bilginin az bir maliyetle geniş kitleye ulaşmasını sağlamaktadır. Sağlık iletişiminde sosyal medya ve internetin yaygın kullanımı sayesinde; aracısızlaştırma, paylaşım, katılım, açıklık, iş birliği gibi özellikleri bulunduran ve yeni nesil sağlık iletişiminin temsilcisi "Sağlık 2.0" kavramı meydana gelmiştir. Pek çok kişi sağlık konularında ya da hekimini nasıl

seçeceğini araştırmak amacıyla ilk olarak internete başvurmaktadır. İspanya'da yapılan bir araştırmada hastaların %90'ının gideceği hekimle alakalı bilgileri internette araştırdığı gösterilmiştir(141) Kişisel ve halk yönünden sağlık iletişiminin bu mecralarda doğru şekilde kullanılması çok önemlidir. Bir hastalık ve tedavisiyle alakalı farkındalık geliştirilmesi, kişilerin doğru davranış göstermeleri için güdülenmeleri, toplumun bilgilendirilmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliğin artırılması gibi faktörler sağlık iletişiminin amaçlarını oluşturmaktadır(107). Bu amaçlara paralel olarak internet ortamında paylaşılan verilerin güvenilir olması çok önemlidir. Doğrulanmamış bilgi ve haberlerin sosyal medyada "kesin" şekilde paylaşılması hiçbir kontrol mekanizmasının olmaması ve çok hızlı yayılması önemli bir sorun oluşturmaktadır.

2.5. Risk İletişimi

Risk; bir faaliyet ya da belli bir zamandan sonra ortaya çıkan ve beraberinde istenmeyen sonuçları da getiren olayların gerçekleşme ihtimalinin hesaplanmasına denir(142). Sağlık inanç modelinde de sağlık davranışına yön veren en önemli faktör tehdittir. Bazı sağlık problemleri birden çok kişiyi etkisi altına almaktadır, özellikle çevre kaynaklı sağlık problemleri ve bulaşıcı hastalıklar halk için önemli bir risk oluşturmaktadır. Gerçeğe dönme ihtimali olan bir sağlık problemi ile ilgili bireyde oluşan endişe o sağlık probleminin sonuçlarının bilincinde olunmasından meydana gelmektedir ve bu bağlamda önemli olan kavram risk faktörüdür(143). Risk iletişimi ile kriz iletişimi beraber önemli konular olarak OECD tarafından 1990'ların başında tanımlanmıştır. Sağlık iletişiminin içinde değerlendirilebilecek risk iletişimi; son yıllarda "çok sektörlü" bir yaklaşım ile anılabilecek bir iletişim

türüdür. Risk iletişimi; sosyo-kültürel ve iktisadi yönden pek çok olayı da beraberinde etkileyebilecek ve halk sağlığını direkt tehdit edebilecek, ulusal ve uluslararası düzeyde sonuçlara gebe tüm olumsuzlukların önceden fark edilip ilgili olan bütün paydaşların üzerinden uygulanan bir iletişim metodudur(144). Risk iletişiminin doğru, etkili ve aktif olarak gerçekleştirilebilmesi için iletişimin temel faktörleri kaynak-kanal-alıcı arasında çift yönlü bilgi akışı olması mecburidir. Risk iletişimindeki kaynaklar sağlık kuruluşları, bilim insanları, tanıklar ve meydana gelen bir olayla ilgili gruplardır. İletişimin aktarılmasını sağlayan kanallar; kurumlar, medya, kaanat önderleri ve olay ile ilgili gruplar olarak belirtilmiştir. Risk iletişiminde alıcılar; olaya maruz kalan kişiler, kamuoyu, sosyal açıdan maruzlar ve grup üyeleri oluşturmaktadır.

Etkili bir risk iletişimindeki amaçlar;

- Risk yönetimi planlarına destek sağlamak,
- Sakatlık, hastalık, yaralanma ve ölüm sıklığını düşürmek,
- Kaynakların yanlış dağılımını ve israfını engellemek,
- Risk yönetim planını yürütmede destek sağlamak,
- Halkta sağlık yönünden doğru bilgiye ulaşılan bir ortam sağlamak,
- İyi bilgilendirilmiş karar vericilere tutunmak,
- Öngörülen ya da ihtimal dahilindeki problemlerin taktiksel bir kriz yönetimi uygulanması sayesinde bertarafını sağlamak,

•Provokasyon ya da suistimale yatkın durumların önceden tespiti sağlanarak olası problemlerin önüne geçilmesi yönünden konuyla alakalı iletilerin hazırda tutulmasını sağlamak, şeklinde sıralamak mümkündür(145).

2.5.1. COVID-19 Risk Algısı

Risk algısı bireylerin riski öznel şekilde nasıl algıladığı ile alakalı bir kavramdır(146). Risk algısı kötü bir kavram gibi görünse de aslında kişilerin tehlike ile karşılaştığında sağlığı koruyucu davranışları kolaylıkla geliştirmesine destek olmaktadır(147). Yapılan araştırmalarda bireylerin risk algısını cinsiyet, medeni durum, yaş gibi faktörlerin etkileyebildiği gösterilmiştir(147). Kişilerde algılan riskin kabul edilebilir seviyede olması, hastalıkla enfekte olma ihtimaline karşı koruyucu sağlık davranışları edinme ve değişen durumlara kolay bir şekilde adapte olabilmeyi sağlamaktadır(146, 148-151). COVID-19 pandemisinde sağlıklı kişilerin enfekte olma riskine karşı evde kalma, kalabalık ortamlarda bulunmama, kişisel hijyen gibi durumlara daha çok dikkat gösterdikleri bildirilmektedir(152). Literatür, bir riskin ortamda sürekli bulunması durumunun kişisel risk algısını düşürdüğünü belirtmektedir(153, 154).

2.6. Sağlık Okuryazarlığı

2.6.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Dünya Sağlık Örgütünün tanımlamasına göre sağlık okuryazarlığı ‘iyi olan sağlık durumunun devamının sağlanması ve daha iyiye götürülmesi sürecinde bilginin kullanılması ve anlaşılması için kişisel olarak sosyal ve bilişsel becerileri kazanma ulaşılabilirliğidir(155).

2.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Fonksiyonel, İnteraktif ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Bireysel kabiliyetlerdeki değişiklikler fonksiyonel, interaktif ve kritik sağlık okuryazarlığı şeklinde gruplanmıştır(156). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık ile ilgili bilgileri kazanması ve kazandığı bilgileri bir seri öngörülen eylemlere uygulaması için yeterli olan temel becerilerdir. Bu temel becerileri bulunan kişiler, hastalık gelişmeden korunma etkinliklerine katılım, ilaca uyum ve bazı davranışsal değişiklikler gibi net bir şekilde tanımlanmış amaçlara ve belirlenmiş bağlamlara yönelik iletişim ve eğitime çoğunlukla iyi cevap verirler (157). İnteraktif sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlık ile ilgili bilgileri çıkarmasına ve çeşitli iletişim tiplerini anlamlandırmasına imkan sağlayan daha gelişmiş okuryazarlık kabiliyetleridir; yeni bilgileri değişen şartlara uygulamak ve mevcutta bulunan bilgileri arttırmak ve kararlar vermek için başka kişilerle etkileşim içinde olmayı gerektirir(157). Kritik sağlık okuryazarlığı; farklı kaynaklardan edinilen bilgileri eleştirel olarak analiz etmek için uygulanabilecek en gelişmiş okuryazarlık becerilerini ve daha geniş bir portföydeki sağlık belirleyicileriyle alakalı bilgilerdir. Bu en gelişmiş becerilere sahip bireyler, sağlık ile ilgili etkisi bulunan olaylar ile ilgili daha çok kontrol etmek için bilgiyi bularak kullanabilir(158).

2.6.3. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Kişilerin sağlık okuryazarlığını ölçmek için bazı yöntemler vardır, bunlar;

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Bireyin okuryazarlık düzeyi, Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) olarak adlandırılan araçla iki dakikada ölçülebilmektedir(159). REALM, kişilerin düzenlenmiş 66 tıbbi sözcüğü telaffuz zorluğuna ve hece sayısına göre karışık bir sıradan oluşmuş bir listeden okudukları sözcük tanıma testidir. Kişilerden, birinci sözcükten başlayarak ve yanlış telaffuz ettikleri sözcüklere erişene kadar mümkün olduğunca listeye yüksel sesle okuyarak devam etmesi istenmektedir. REALM tıbbi sözcüklerden yararlandığı için, test yalnızca genel okuma kabiliyetlerinin bir değerlendirmesini değil, beraberinde kişinin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesini de sağlar. Test 2 dakika sürmektedir.

TOFHLA: Test of Functional Literacy in Adults (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

TOFHLA'nın İspanyolcası ve İngilizcesi mevcuttur ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Kişilere tıbbi talimatlar ya da bilgiler söylenir, kişiler daha sonra edindikleri talimatları ya da bilgileri anladıklarını test eden soruları cevaplarlar. Kazanılan puanlar kişileri yetersiz, marjinal ya da yeterli sağlık okuryazarlığına sahip şekilde gruplandırır. TOFHLA' nın uygulaması REALM' den daha uzun zaman alır. 17 tane sayısal anlama ve 50 tane okuduğunu anlama sorularından meydana gelmektedir. Sorulan sorular boşluk doldurma şeklinde çoktan seçmelidir. Testin uygulaması 22 dakika almaktadır. Test uzun vakit aldığından kısaltılmış hali olan S-TOFHLA (Yetişkinlerdeki işlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi/The Short Test of Functional Health Literacy in Adults) 1998'de oluşturulmuştur. S-TOFHLA'nın uygulaması 7 dakika sürmektedir ve aynı becerileri saptamaktadır(160).

MMSE (Mini-Mental Durum Muayenesi/The Mini-Mental State Examination):

Bilişsel işleyişi tespit etmeye çalışan, kantitatif bir testtir. Uygulayıcılar sorunun hastaların bilişsel işleviyle mi ilgili yoksa sağlık okuryazarlığı ile mi ilgili olduğunu anlamak için bu testi kullanırlar. Bu testin uygulama süresi 5-10 dakikadır. Bazı hastalıklar ile betaber bulunan demans gibi durumlarda, MMSE testi destek için kullanıldığı zaman durumu daha berrak şekilde göstermektedir(161).

MART (Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/The Medical Terminology Achievement Test)

Daha önce bahsettiğimiz testler gibi kişilerden sözcükleri sesli okuması istenir. Diğer testlerden ayrılma noktası, MART testinde bireylerin sözcükleri neden okuyamadıkları ile ilgili bir açıklama yapmaları beklenir. MART bireylere açıklamalar yapmak ile ilgili imkan oluşturduğu için, okuryazarlık düzeyi düşük bireylere daha az kaygı vermektedir. Sözcüklerin ve yazılı metinlerin anlaşılmasını ölçmeyi hedefleyen sağlık okuryazarlık testleri, kişinin yazılı bir metindeki boş bırakılan sözcükleri tamamladığı, tümce doldurmalı yöntemi içermektedir(162).

Bir-İki Soruluk Test

Bir veya iki soruyla (One-or Two Question Tests) kişinin sağlık okuryazarlığıyla alakalı genel değerlendirmesi yapılmaktadır(160). Bir-iki soruluk testlerde sağlık ile alakalı formları doldururken, metinleri okurken yardım alma ve anlama sıklıkları öğrenilmek istenmektedir.

TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32):

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığını ölçmek için Avrupa Sağlığı Okuryazarlığı Araştırmasında uygulanan kavramsal çerçeveden temel alan TSOY-32 uygulanmıştır(163). Sağlık okuryazarlığı ölçülürken referans olarak alınacak kavramsal çerçevenin sağlık okuryazarlığının tanımlanması gereği sağlık hizmet sunumunun yapısıyla ve toplumsal özellikler ile uyumu önemlidir. Bundan dolayı TSOY-32 ölçeği oluşturulurken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınmış; ülkemizin sağlık düzeyi, özellikleri ve sağlık sisteminin yapısına uygunluğu göz önünde bulundurularak tekrar düzenlenmiştir. Bu sayede 'hasta olmayı önleme/sağlığın geliştirilmesi' ve 'tedavi ve hizmet' şeklinde iki boyut; 'sağlıkla alakalı bilgilere ulaşma', 'sağlıkla alakalı bilgileri değerlendirme' ve 'sağlıkla alakalı bilgileri kullanma/uygulama' olarak 4 süreçten oluşmuş bir matris geliştirilen ölçeğin bazalini oluşturmuştur. Ölçek matristeki 8 farklı gözle ilişkilendirilmiş, her bir göze karşılık 4 soru bulunmak üzere toplamda 32 sorudan oluşmaktadır(163).

2.6.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı; insanların ve hastaların doğru kararlar vermek için gerekli olan temel sağlık hizmetlerini ve bilgilerini işleme, kazanma ve anlama becerisidir. Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık planlarına uymak konusunda daha çok problem, ilaç kullanımı konusunda daha çok hata ve kronik durumları yöneten problemler demektir(164). Düşük sağlık okuryazarlığının devlete maliyeti yıllık 106-238 milyar dolar arasındadır, sağlık hizmetleri hastaların sağlık okuryazarlığı ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamadığında gelecekteki tahminler 1,6-3,6 trilyon dolara yükselecektir şeklinde bir projeksiyon bulunmaktadır(165). Sağlık okuryazarlığı

düzeyi düşük hastalar için artan maliyetleri, sağlık hizmeti kullanım verileri gösterebilir. Sağlık okuryazarlığı düşük hastaların, birinci basamak (koruyucu) sağlık hizmetlerinden çok yatan hasta hizmetlerini ve acil servisi kullanarak yüksek tıbbi maliyetleri doğurduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir(166). Sağlık okuryazarlığı düşük anne-babaların kronik hastalığı bulunan çocukları, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip anne-babalara kıyasla iki kat fazla sağlık hizmetini kullanmaktadır(167).

2.6.5. Pandemi Döneminde Sağlık Okuryazarlığı

COVID-19 salgınıyla beraber sağlık okuryazarlığının bulaşıcı olmayan hastalıkların engellenmesi için gerekli olduğu kadar bulaşıcı hastalıkların engellenmesi için de önemli olduğu görülmüştür(168). COVID-19 pandemisinde dünyada pek çok ülkede halk sağlığı önlemleri uygulanmıştır; bu önlemler teması kısıtlama, maske kullanma, fiziksel mesafeyi koruma, hijyen kurallarına dikkat etme gibi önerilerden oluşmaktadır(169, 170). Bu gibi hallerde sağlık okuryazarlığı, yasaların mecburi tuttuğu kısıtlamaları kişisel seviyede karşılayabilmek için çok gerekli bir halk sağlığı kavramı konusu durumuna gelmektedir. Kısıtlamalar kademeli şekilde kalktığı zaman, COVID-19 pozitif kişilerin sayısının yeniden artmaya başlaması durumunda bu kısıtlamaların baştan başlamasını engellemek için kişisel sağlık okuryazarlığı düzeyinin rolü çok kıymetlidir(171). COVID-19 pandemisinde yürütülen araştırmalarda; yetersiz sağlık okuryazarlığı bulunan kişilerin, yeterli sağlık okuryazarlığı bulunan kişilere göre sağlıkla alakalı önerileri doğru olarak takip edememe ve anlayamama sebebiyle pandemiden daha fazla etkilendikleri görülmüştür. Yetersiz sağlık okuryazarlığı bulunan bireyler sağlık

hizmetlerini ve sağlık hizmeti sunucularını bulmakta, sağlık hizmeti sunucularına tıbbi durumlarını ve geçmişlerini anlatmakta, ilaçlarla alakalı önerileri anlamakta, koruyucu sağlık hizmeti almakta ve riskli davranışlarla sağlık arasındaki ilişkiyi kurmakta zorlanmaktadırlar(172). Salgınlarda yaşanan aşı karşıtlığı da sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır. Yüksek sağlık okuryazarlığındaki kişiler aşılar ile ilgili doğru bilgiyi uzman kaynaklardan edinmektedirler. Bu kişiler aşılamaya katılarak toplumsal bağışıklığın oluşturulmasına ve bunun sayesinde hastalıkla savaşın daha kolay olmasına yardımcı olamaktadır(173). Teknolojik gelişmeler kişilerin edinmek istedikleri bilgiye daha kolay ulaşmasını ulaşmasını mümkün kılmıştır. Salgın nedeniyle uygulanan kısıtlamalar da teknolojik cihazlarla geçirilen zamanın artmasına neden olmuş ve dijital sağlık okuryazarlığı kavramı karşımıza çıkmıştır(174). Bu kavram, kişinin sağlık hizmetleriyle alakalı edinmek istediği bilgileri elektronik kaynaklardan bulma, ulaştığı bilgileri anlama ve bilinçli olarak bu bilgileri kullanıp sağlığıyla alakalı kararlar vermesidir. Medya ve sağlık okuryazarlığını beraber ele alan bir kavramdır(175). COVID-19'un hızlıca pandemiye evrilmesi, kişileri bu hastalıkla ilgili tedbir ve bilgi edinmeye mecbur kılmıştır ve sonrasında kişilerin davranış şekilleri ve alışkanlıkları hızlıca farklılaşmıştır. Bu süreçte dünyada bir yandan pandemi yaşanırken bir yandan da 'küresel yanlış bilgilendirme salgını' şeklinde tanımlanan infodemi yaşanmıştır. COVID-19'la alakalı pek çok bilgi farklı farklı platformlarda artmış ve dünyada herkesin kolayca ulaşabileceği bir düzeye gelmiştir. Yanlış bilgilendirmeler, sosyal medya uygulamaları, elektronik platformlar ve diğer yayınlar ile yayılım göstermiştir(10). Yaşanan bu pandemi sürecinde küresel düzeyde filyasyon,

pandemi, toplum bağışıklığı vb. pek çok yeni tıbbi terim ile karşı karşıya kalınmış ve sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük toplumlar yaşamlarına giren bu terimleri anlamakta zorlanmışlardır. Bunun sonucunda düşük sağlık okuryazarlığı bulunan toplumdaki kişilerin pandemiye olduğundan fazla tepki verdikleri ya da duyarsızlık gösterdikleri bilinmektedir(174). 2016'da Türkiye'de Okyay ve ark.'nın sağlık okuryazarlığını değerlendirmeyi hedefleyen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve bu ölçek kullanılarak ülkemizin sağlık okuryazarlığı değerlendirildiğinde 2019'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %57,9'unun yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir(163, 176).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışma, Ankara ilinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde polikliniklere başvuran 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2.Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

2 Ekim 1979'da Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 2021 yılı itibarı ile bünyesinde; 284 Profesör, 78 Doçent, 50 Dr. Öğr. Üyesi, 73 Öğr. Gör. Dr., 952 Araştırma Görevlisi olmak üzere 1437 Öğretim Elemanı görev yapmakta, Tıp fakültesi bünyesinde 2778 öğrenci eğitim almaktadır(177). 778 yatak kapasitesine sahip olan hastanede, 2021 yılında; yaklaşık 1,3 milyonun üzerinde hastaya tedavi hizmeti verilmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında bulunmaktadır. Türkiye'nin her yerinden hasta sevklerinin gerçekleştiği, 3. Basamak sağlık hizmeti sağlayan bir kuruluştur(178).

3.3.Araştırmanın Tipi

Bu çalışmanın tipi, kesitsel tanımlayıcıdır.

3.4.Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 6 -10 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaşın üzerindeki yetişkinler oluşturmaktadır.

Çalışmanın evreni ve örneklemi; Gazi Üniversitesi Hastanesi istatistik biriminden bir hafta içinde 18 yaş üstü 20000 ayaktan başvuru olduğu öğrenilmiş olup araştırmanın evreni 20000 kişi kabul edilmiştir. Çalışmanın örneklem sayısı openepi online bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. %95 güven aralığından α= 0,05, d=%3, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örneklem sayısı 1066'dır. Bu çalışmanın örneklem sayısı minimum 1066 olarak hesaplanmıştır. Yanıtsızlık veri eksikliği de göz önüne alınarak 1066 kişilik örneklemin %20'si eklenerek 1280 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Sağlık Okuryazarlığı Puanı
- Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyleri

3.5.2.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni Durum
- Hanede Yaşayan Kişi Sayısı
- Öğrenim Durumu

- Çalışma Durumu
- Gelir Düzeyi
- Kronik Hastalığı Bulunma Durumu
- Sağlık Okuryazarlığı Puanı
- Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyi

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı ve Ölçme Araçları

Bu çalışmada veri kaynağı olarak "Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda COVID-19 Pandemi Sürecinde Kitle İletişim Araçlarında Verilen Sağlık Haberlerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi" anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

Araştırmanın anketi toplamda 100 sorudan ve üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde 5'li likert tipi 32 önermeden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır. İkinci bölümde ise 5'li likert tipi 47 önermeden oluşan kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeği uygulanmıştır. Üçüncü bölümde demografik özellikler ile ilgili anket soruları bulunmaktadır (Ek-1).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):

TSOY-32 ölçeği HLS-EU çalışması referans alınarak geliştirilmiş ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Okyay ve ark. tarafından yapılmıştır(163). Ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach's Alfa katsayısı

0,927 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama bir kişinin cevaplandırdığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1-4, 2-3, 3-2, 4-1, 5-0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır(163).

Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeği:

Akgün ve Deniz tarafından yetişkinlerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarını belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Cronbach's Alfa katsayısı 0,945; KMO değeri 0.877 olarak bulunmuştur(87). Bu ölçekte 24 olumsuz, 23 olumlu ifade içeren toplam 47 maddeden oluşan 5'li likert tipi önerme bulunmaktadır. Ölçekte her bir maddeye 1-5 arasında puan verilmiştir. 3, 4, 7, 10, 11, 14, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36,

37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 47'inci maddeler olumsuz ifade içeren maddeler olup, negatif ifade içeren maddelerin puanları tersine çevrilerek kullanılmaktadır. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktördeki maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edilir. Ölçeğin en düşük puanı 1,09, en yüksek puanı 4,96 olup, en yüksek puan kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarının çok yüksek olduğunu göstermektedir:

Tablo 1. Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Puan Tablosu

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Hiç Katılmıyorum	1	1,00 - 1,79	Çok düşük
Az Katılıyorum	2	1,80 - 2,59	Düşük
Kararsızım	3	2,60 - 3,39	Orta
Çok Katılıyorum	4	3,40 - 4,19	Yüksek
Tamamen Katılıyorum	5	4,20 - 5,00	Çok yüksek

3.7.Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Bu çalışma, danışman eşliğinde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bir anketin yanıtlanma süresi 15-20 dakikadır. Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

3.8.Araştırmanın Uygulama Süresi

Bu çalışma 15 Ağustos-Eylül 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. 6-10 Eylül tarihleri arasında veri toplama işlemi tamamlanmıştır. 13-15 Eylül 2021 tarihleri arasında analizi tamamlanmıştır.

3.9.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 23,0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Normal dağılımın uygunluğu, görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilks Testleri) incelenmiştir. Parametrik verilerin tanımlayıcı analizi ortalama ve standart sapma kullanılarak, nonparametrik veriler ise ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak kategorik değişkenler için Ki-kare, iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U, 2'den fazla bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri ölçek puanı ilişkisini değerlendirmek için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısının 0-0,25 arasında olması zayıf, 0,26-0,50 arasında olması orta, 0,51-0,75 arasında olması güçlü ve 0,76-1,00 arasında olması çok güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir. SOY puanları ve kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri üzerine etkili olabilecek faktörler multivariate lojistik regresyon analizi (Backward:LR) ile ayrıntılı incelenmiştir. Lojistik regresyon analizlerinde ki kare testi sonucunda $p<0,25$ olan değişkenler modele alınmıştır. Lojistik regresyon sonucu tahmini rölatif risk (OR) hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Ki kare tabloları oluşturulurken yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubu birleştirilerek 'yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı', 'yeterli' ve 'mükemmel

sağlık okuryazarlığı' grubu birleştirilerek 'yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı' grubu olarak gruplandırılmıştır.

Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumu 'çok düşük' ve 'düşük' olanlar birleştirilerek 'düşük'; 'yüksek' ve 'çok yüksek' grupları birleştirilerek 'yüksek' olarak gruplanmıştır.

Yaş grupları '18-41', '41-64' ve '65 ve üzeri' olarak gruplanmıştır.

Hanedeki kişi sayısı '1-4' ve '5-9' olarak gruplanmıştır.

Öğrenim durumu analize alınırken 'okuryazar değil', 'okuryazar' ve 'ilkokul mezunu' grubu birleştirilerek 'ilkokul mezunu ve altı'; 'ortaokul' ve 'lise mezunu' birleştirilerek 'ortaokul-lise mezunu'; 'ön lisans/lisans mezunu ve 'yüksek lisans ve üzeri' birleştirilerek 'lisans ve üzeri' olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma durumu analize alınırken 'işsiz', 'ev hanımı', 'öğrenci', 'emekli', 'çalışma engelli' grupları birleştirilerek 'çalışmıyor' olarak gruplanmıştır.

COVID-19 aşısı olma durumu analize alınırken 'evet tek doz', 'evet 2 doz', 'evet 3 doz' grupları birleştirilerek 'evet' olarak gruplanmıştır.

COVID-19'un bulaşması konusundaki endişe durumu analize alınırken 'çok endişeliyim', 'kısmen endişeliyim' grupları birleştirilerek 'endişeliyim'; 'pek endişeli değilim', 'hiç endişeli değilim' grupları birleştirilerek 'endişeli değilim' olarak gruplanmıştır.

COVID-19 ile ilgili bilgi alınan kişiler ile ilgili soru analize alınırken 'aile hekiminden', 'aile hekimi dışı hekimden' grupları birleştirilerek 'hekim'; 'eczacıdan', 'diyetisyen-beslenme danışmanından', 'ebe-hemşireden',

‘psikologdan’ grupları birleştirilerek ‘yardımcı sağlık personeli’ olarak gruplanmıştır.

Kitle iletişim araçlarından alınan bilgilerin resmi kaynaklara dayalı olmasının önemi ile ilgili soru analize alınırken ‘çok önemlidir’, ‘kısmen önemlidir’ grupları birleştirilerek ‘önemlidir’; ‘pek önemli değildir’, ‘hiç önemli değildir’ grupları birleştirilerek ‘önemli değildir’ olarak gruplanmıştır.

Lojistik regresyon tabloları oluşturulurken gelir düzeyi ‘2825 TL ya da daha az’ olanlar ile ‘2825 TL-5650 TL’ birleştirilerek ‘5650 TL’nin altı’ olarak; ‘5650 TL-8475 TL’ ve ‘8475 TL ve üzeri’ birleştirilerek ‘5650 TL ve üzeri’ olarak gruplanmıştır.

Tablo 2. Araştırmada Karşılaştırma Analizleri İçin Kategorize Edilen Bağımsız Değişkenlerin Dağılımı, Ankara, 2022

Sağlık Okuryazarlığı	**Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumu**	**Yaş**	**Hane deki Kişi**	**Öğrenim Durumu**	**Çalışma Durumu**	**COVID-19 Aşısı Olma Durumu**
Yetersiz-Sınırlı SOY Yetersiz SOY (0-25) Sorunlu-Sınırlı SOY (>25-33)	Düşük Çok düşük Düşük	18-40	1-4	İlkokul Mezunu ve Altı Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Mezunu	Çalışıyor	Evet Evet tek doz Evet 2 doz Evet 3 doz
Yeterli-Mükemmel SOY Yeterli SOY (>33-42) Mükemmel SOY (>42-50)	Orta	41-64	5-9	Ortaokul-Lise Mezunu Ortaokul Mezunu Lise Mezunu	Çalışmıyor Işsiz Ev hanımı Öğrenci Emekli Çalışma engelli	Hayır
	Yüksek Çok yüksek yüksek	65 ve üzeri		Lisans ve üzeri Ön lisans/lisans Yüksek lisans ve üzeri		

Tablo 3. Araştırmada Karşılaştırma Analizleri İçin Kategorize Edilen Bağımsız Değişkenlerin Dağılımı, Ankara, 2022

COVID-19 Bulaşması Konusundaki Endişe Durumu	**COVID-19 ile İlgili Bilgi Alınan Kişiler**	**Kitle iletişim araçlarından alınan bilginin resmi kaynaklara dayalı olmasının önemi**	**Gelir düzeyi***
Endişeli Çok endişeli Kısmen endişeli	Hekimden Aile hekiminden Aile hekimi dışında bir hekimden	Önemlidir Çok önemlidir Kısmen önemlidir	5650TL altı 2825 TL ya da daha az 2825TL-5650TL
Ne endişeli ne endişeli değil	Yardımcı Sağlık Personelinden Eczacıdan Diyetisyen-beslenme danımşmanından Ebe-hemşireden Psikologtan	Ne önemlidir ne önemli değildir	5650TL ve üzeri 5650TL-8475TL 8475TL ve üzeri
Endişeli değil Hiç endişeli değil Kısmen endişeli	Aile/Arkadaş/Komşu	Önemli değildir Pek önemli değildir Hiç önemli değildir	
	Hiç kimseden bilgi almıyor		

*Gelir Düzeyi çalışmanın yapıldığı 2021 yılındaki asgari ücret olan 2825TL'nin katları olacak şekilde sorgulanmıştır.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulaması mesai saatleri içerisinde olduğu için çalışan nüfusa ulaşmakta beklenenin altında kalınmış olabilir.
- Anket uygulaması esnasında kısa işlemler yaptırmak için başvuran kişiler içerisinden ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=1188)			
	Kadın	599	50,4
	Erkek	589	49,6
Yaş (n=1188)			
	Ortalama ± ss	38,9±14,4	
	Ortanca (min-max)	37(18-86)	
Medeni Durum (n=1188)			
	Evli	696	58,6
	Bekâr	492	41,4
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=1188)			
	1 Kişi	64	5,4
	2 Kişi	188	15,8
	3 Kişi	342	28,8
	4 Kişi	343	28,9
	5 Kişi	187	15,7
	6 Kişi	40	3,4
	7 Kişi	17	1,4
	8 Kişi	3	0,3
	9 Kişi	4	0,3

*Sütun Yüzdesi

Tablo 4'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %50,4'ü kadın, %49,6'sı erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 38,9±14,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların

%58,6'sı evli, %41,4'ü bekardır. Katılımcıların %5,4'ünün evinde tek kişi, %15,8'inin evinde toplam 2 kişi, %28,8'inin 3 kişi, %28,9'unun 4 kişi, %15,7'sinin 5 kişi, %3,4'ünün 6 kişi, %1,4'ünün 7 kişi, %0,3'ünün 8 kişi ve %0,3'ünün 9 kişi yaşadığı belirtilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
Öğrenim Durumu (n=1188)			
	Okuryazar Değil	8	0,7
	Sadece Okuryazar	16	1,3
	İlkokul Mezunu	140	11,8
	Ortaokul Mezunu	84	7,1
	Lise Mezunu	338	28,5
	Ön Lisans/Lisans Mezunu	475	40,0
	Yüksek Lisans Mezunu ve Üzeri	127	10,7
Çalışma Durumu (n=1188)			
	İşsiz	105	8,8
	Çalışıyor	545	45,9
	Ev Hanımı	212	17,8
	Öğrenci	190	16,0
	Emekli	132	11,1
	Çalışma Engelli	4	0,3
Gelir Düzeyi (n=1188)			
	2825 TL ya da daha az	129	10,9
	2825 TL-5650 TL	433	36,4
	5650 TL-8475 TL	326	27,4
	8475 TL ve üzeri	300	25,3
Kronik Hastalığı Bulunma Durumu (n=1188)			
	Yok	758	63,8
	Var	430	36,2

*Sütun Yüzdesi

Tablo 5'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %0,7'si okuryazar değil, %1,3'ü sadece

okuryazar, %11,8'i ilkokul mezunu, %7,1'i ortaokul mezunu, %28,5'i lise mezunu, %40,0'ı üniversite mezunu, %10,7'si yüksek lisans ve üzeri olarak saptanmıştır. Katılımcıların %8,8'i işsiz, %45,9'u çalışıyor, %17,8'i ev hanımı, %16,0'ı öğrenci, %11,1'i emekli ve %0,3'ü çalışma engelli olarak saptanmıştır. Gelir düzeyi 2825TL ya da daha az olan %10,9, 2825TL-5650TL olan %36,4, 5650TL-8475TL olan %27,4 ve 8475TL ve üzeri olan %25,3 katılımcı saptanmıştır. Katılımcıların %63,8'inin kronik hastalığı mevcut değilken %36,2'sinin kronik hastalığı mevcuttur.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
COVID-19 Geçirme Durumu (n=1188)			
	Hayır	937	78,9
	Evet	251	21,1
Aynı Evde Yaşayan Kişilerin COVID-19 Geçirme Durumu (n=1188)			
	Hayır	847	71,3
	Evet	341	28,7
COVID-19 Aşısı Olma Durumu (n=1182)			
	Evet, Bir Doz	141	11,9
	Evet, İki Doz	646	54,7
	Evet, Üç Doz	270	22,8
	Hayır	125	10,6
COVID-19 Aşısı Olmayanların Aşı Olmayı Düşünme Durumu (n=126)			
	Evet	48	38,1
	Kararsızım	37	29,4
	Hayır	41	32,5
COVID-19'un Kişiye Bulaşması Konusundaki Endişe Düzeyi (n=1188)			
	Çok Endişeli	318	26,8
	Kısmen Endişeli	414	34,8
	Ne Endişeli Ne Endişeli Değil	154	13,0
	Pek Endişeli Değil	160	13,5
	Hiç Endişeli Değil	142	12,0

*Sütun Yüzdesi

Tablo 6'da araştırmaya katılan bireylerin COVID-19 ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcılardan COVID-19 hastalığını geçirmeyenler %78,9, geçirenler %21,1'dir. Aynı evde yaşayan kişilerin COVID-19 geçirme durumu tanı almayanlar %71,3 , tanı alanlar %28,7'dir. Katılımcıların %11,9'u tek doz COVID-19 aşısı, %54,7'si iki doz COVID-19 aşısı, %22,8'i üç doz COVID-19aşısı olmuş ve %10,6'sı COVID-19 aşısı olmamıştır. Katılımcılardan COVID-19 aşısı olmayanların aşı olmayı düşünme durumu aşı olmayı düşünenler %38,1, kararsız olanlar %29,4, düşünmeyenler %32,5'dir. Katılımcıların COVID-19'un kişiye bulaşması konusundaki endişe düzeyi çok endişeli olanlar %26,8, kısmen endişeli olanlar %34,8, ne endişeli ne endişeli değil olanlar %13,0, pek endişeli değil olanlar %13,5, hiç endişeli değil olanlar %12,0'dır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bilgilere Ulaşmak için Kullandıkları Kaynakların Dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
COVID-19 ile İlgili Bilgilere Ulaşmada Kullandıkları İletişim Araçları			
	Dergi	88	7,4
	Gazete	223	18,7
	Online gazete	347	29,2
	Sosyal medya (whatsapp, twitter, instagram, facebook vb., internet sitesi vb.)	668	56,2
	İnternet sitesi resmi olan (gov.tr., edu.tr uzantılı)	572	48,1
	Radyo	135	11,3
	Televizyon	831	69,9
	Kitap	79	6,6
	Afiş	106	8,9
	Broşür	107	9,0
	Reklam panoları/ilanlar (billboard)	131	11,0
	Cep telefonları veya akıllı telefon uygulamalarından	406	34,1
	Herhangi bir yerden bilgi almıyorum	32	2,6
COVID-19 ile İlgili Bilgileri Alırken Kaynak ile İlgili En Çok Dikkat Edilen Durumlar			
	Alanında uzman kişilerce verilmesine dikkat ederim	762	64,1
	Resmi kaynaklar olmasına dikkat ederim	424	35,6
	Diğer**	8	0,6

*Verilen cevaplar kişi sayısı üzerinden alınmış sütun yüzdesi olup toplamı yüzde yüz etmemektedir

**: Diğer içinde en sık hiçbir yerden bilgi almıyorumdur.

Tablo 7'de araştırmaya katılan bireylerin COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşmak için kullandıkları kaynakların dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşmada kullandıkları iletişim araçları dergi %7,4, gazete %18,7, online gazete %29,2, sosyal medya %56,2, internet sitesi resmi olan %48,1, radyo %11,3, televizyon %69,9, kitap %6,6, afiş %8,9, broşür %9,0, reklam panoları/ilanlar %11,0, cep telefonları veya akıllı telefon uygulamaları %34,1, herhangi bir yerden bilgi almayanlar %2,6'dir. COVID-19 ile ilgili bilgileri alırken kaynak ile ilgili en çok dikkat edilen durumlar alanında uzman kişilerce verilmesine dikkat ederim diyenler %64,1, resmi kaynaklar olmasına dikkat ederim diyenler %35,6, diğer %0,6'dır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bilgilere Ulaşmak için Kullandıkları Kaynakların Dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
COVID-19 ile İlgili Bilgilere Ulaşmada Yararlanılan Kişiler (n=1188)			
	Aile Hekimi	408	34,3
	Aile Hekimi Dışında Bir Hekim	346	29,1
	Eczacı	10	0,8
	Diyetisyen	1	0,1
	Ebe-Hemşire	6	0,5
	Psikolog	3	0,3
	Aile/Arkadaş/Komşular	164	13,8
	Hiç Kimseden Bilgi Almıyor	250	21,0
Katılımcıların Kitle İletişim Araçlarından Aldığı Bilgileri Resmi Kaynakların Vermesini Önemseme Durumu (n=1188)			
	Çok Önemli	766	64,5
	Kısmen Önemli	280	23,6
	Ne Önemli Ne Önemli Değil	65	5,5
	Pek Önemli Değil	43	3,6
	Hiç Önemli Değil	34	2,9
Kitle İletişim Araçlarındaki Sağlık Programlarına Yönelik Yasal Düzenleme Yapılması Gerektiğini Düşünme Durumu (n=1188)			
	Evet	988	83,2
	Hayır	200	16,8
COVID-19 ile İlgili Kamu Spotlarının Katılımcıların Davranışlarını Etkileme Durumu (n=1188)			
	Evet	776	65,3
	Hayır	412	34,7

*Sütun Yüzdesi

Tablo 8'de araştırmaya katılan bireylerin COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşmak için kullandıkları kaynakların dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %34,3'ü aile hekiminden, %29,1'i aile hekimi dışında bir hekimden, %0,8'i eczacıdan, %0,1'i diyetisyenden, %0,5'i ebe-hemşireden, %0,3'ü psikologdan, %13,8'i aile/arkadaş/komşulardan bilgi almakta ve %21,0'ı hiç kimseden bilgi almamaktadır. Katılımcıların kitle iletişim araçlarından aldığı bilgileri resmi kaynakların vermesini önemseme durumuna çok önemli diyenler %64,5, kısmen önemli diyenler %23,6, ne önemli ne önemli değil diyenler %5,5, pek önemli değil diyenler %3,6, hiç önemli değil diyenler %2,9'dur. Katılımcılardan kitle iletişim araçlarındaki sağlık programlarına yönelik yasal düzenleme yapılması gerektiğini düşünme durumuna %83,2 evet, %16,8 hayır yanıtı gelmiştir. Katılımcılardan COVID-19 ile ilgili kamu spotlarının katılımcıların davranışlarını etkileme durumuna %65,3 evet, %34,7 hayır yanıtı gelmiştir.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin COVID-19 ile İlgili Korunma Önlemlerine Uyma Durumu, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
Maske Kullanımına Uyma (n=1188)			
	Hiç Uymadım	5	0,4
	Kısmen Uydum	212	17,8
	Tümüyle Uydum	971	81,7
Sosyal Mesafe Kurallarına Uyma (n=1188)			
	Hiç Uymadım	26	2,2
	Kısmen Uydum	340	28,6
	Tümüyle Uydum	822	69,2
Hijyen Kurallarına Uyma (n=1188)			
	Hiç Uymadım	7	0,6
	Kısmen Uydum	168	14,1
	Tümüyle Uydum	1013	85,3

*Sütun Yüzdesi

Tablo 9'da araştırmaya katılan bireylerin COVID-19 ile ilgili korunma önlemlerine uyma durumu sunulmuştur. Katılımcılardan maske kullanımına hiç uymayan %0,4, maske kullanımına kısmen uyan %17,8, maske kullanımına tümüyle uyan %81,7'dir. Sosyal mesafe kurallarına hiç uymayan %2,2, sosyal mesafe kurallarına kısmen uyan %28,6, sosyal mesafe kurallarına tümüyle uyan %69,2'dir. Hijyen kurallarına hiç uymayan %0,6, hijyen kurallarına kısmen uyan %14,1, hijyen kurallarına tümüyle uyan %85,3'dür.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin SOY ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Durumları, Ankara, 2022.

		Sayı	(%)*
Sağlık Okuryazarlığı Durumu (n=1188)			
	0-33 Yetersiz-Sınırlı	761	64,1
	34-50 Yeterli-Mükemmel	427	35,9
Sağlık Okuryazarlığı Durumu (n=1188)			
	0-25 Puan Yetersiz	281	23,7
	26-33 Puan Sınırlı	480	40,4
	34-42 Puan Yeterli	300	25,3
	43-50 Puan Mükemmel	127	10,7
Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyi (n=1188)			
	Düşük	253	21,3
	Orta	567	47,7
	Yüksek	368	31,0
Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyi (n=1188)			
	Çok Düşük	42	3,5
	Düşük	211	17,8
	Orta	567	47,7
	Yüksek	293	24,7
	Çok Yüksek	75	6,3

*Sütun Yüzdesidir

Tablo 10'da araştırmaya katılan bireylerin soy ve kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeğinin durumları sunulmuştur. Buna göre katılımcıların %23,7'si yetersiz, %40,4'ü sınırlı, %25,3'ü yeterli, %10,7'ü de mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Katılımcıların kitle iletişim

araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri çok düşük olanlar %3,5, düşük olanlar %17,8, orta olanlar %47,7, yüksek olanlar %24,7, çok yüksek olanlar ise %6,3'dür.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		Sağlık Okuryazarlığı Puanı			
		0-33 (Yetersiz-Sınırlı)		34-50 (Yeterli-Mükemmel)	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=1188)					
	Kadın	404	67,4	195	32,6
	Erkek	357	60,6	232	39,4
χ^2 = 6,025		**p=0,014**			
Yaş (n=1188)					
	18-40	399	59,0	277	41,0
	41-64	323	70,8	133	29,2
	65 ve üzeri	39	69,6	17	30,4
χ^2 =17,292		**p<0,001**			
Medeni Durum (n=1188)					
	Evli	482	69,3	214	30,7
	Bekar	279	56,7	213	43,3
χ^2 =19,704		**p<0,001**			
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1188)					
	1-4	594	63,4	343	36,6
	5-9	167	66,5	84	33,5
χ^2 = 0,848		p=0,357			

*: Satır Yüzdesidir

Tablo 11'de araştırmaya katılan bireylerin bazı demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %67,4'nün, erkeklerin %60,6'sının SOY puanı yetersiz-sınırlı

olarak bulunmuştur **(p=0,014).** 18-40 yaş arasındakilerin %59,0'ının, 41-64 yaş arasındakilerin %70,8'inin ve 65 yaş ve üzerindekilerin %69,6'sının SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur **(p<0,001)**. Medeni durumu evli olanların %69,3'ünün, bekar olanların %56,7'sinin SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak saptanmıştır **(p<0,001).** Hanede yaşayan kişi sayısı 1-4 olanların %63,4'ünün ve 5-9 olanların %66,5'inin SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur (p=0,357).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		Sağlık Okuryazarlığı Puanı			
		0-33 (Yetersiz-Sınırlı)		34-50 (Yeterli-Mükemmel)	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Öğrenim Durumu (n=1188)					
	Okuryazar Değil, Okuryazar ve İlkokul Mezunu	141	86,0	23	14,0
	Ortaokul ve Lise	264	62,6	158	37,4
	Lisans ve Üzeri	358	59,1	246	40,9
χ^2=40,963		**p<0,001**			
Çalışma Durumu (n=1188)					
	Çalışmıyor	422	65,6	221	34,4
	Çalışıyor	339	62,2	206	37,8
χ^2=1,506		p=0,22			
Gelir Düzeyi (n=1188)					
	2825 TL ya da daha az	94	72,9	35	27,1
	2825 TL-5650 TL	297	68,6	136	31,4
	5650 TL-8475 TL	200	61,3	126	38,7
	8475 TL ve üzeri	170	56,7	130	43,3
χ^2=16,371		**p=0,001**			
Kronik Hastalığı Bulunma Durumu (n=1188)					
	Var	293	68,1	137	31,9
	Yok	468	61,7	290	38,3
χ^2=4,878		**p=0,027**			

*: Satır Yüzdesidir

Tablo 12'de araştırmaya katılan bireylerin bazı demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi sunulmuştur. Öğrenim durumu okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul olanların %86,0'sının, ortaokul ve lise olanların %62,6'sının, lisans ve üzeri olanların %59,1'inin SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur (**p<0,001).** Çalışma durumu çalışmıyor olanların %65,6'sının, çalışıyor olanların %62,2'sinin SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur (p=0,22). Gelir düzeyi 2825 TL ya da daha az olanların %72,9'unun, 2825-5650 TL arasında olanların %68,6'sının, 5650-8475 TL arasında olanların %61,3'ünün, 8475 TL ve üzerinde olanların %56,7'sinin SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur (**p=0,001)**. Hane geliri ile sağlık okuryazarlığı puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Kronik hastalığı olanların %68,1'inin, kronik hastalığı olmayanların %61,7'sinin SOY puanı yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur (p=0,027).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		Sağlık Okuryazarlığı Puanı					
		0-33 (Yetersiz-Sınırlı)			34-50 (Yeterli-Mükemmel)		
		Sayı	(%)*	(%)**	Sayı	(%)*	(%)**
Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyleri (n=1188)							
	Çok Düşük	23	54,8	3,0	19	45,2	4,4
	Düşük	125	59,2	16,4	86	40,8	20,1
	Orta	396	69,8	52,0	171	30,2	40,0
	Yüksek	184	62,8	24,2	109	37,2	25,5
	Çok Yüksek	33	44,0	4,3	42	56,0	9,8
χ 2 =25,246 p<0,001							
Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyleri (n=1188)							
	Düşük	148	58,5	19,4	105	41,5	24,6
	Orta	396	69,8	52,0	171	30,2	40,0
	Yüksek	217	59,0	28,5	151	41,0	35,4
χ 2 =15,776 p<0,001							

*: Satır Yüzdesidir

**: Sütun Yüzdesidir

Tablo 13'de araştırmaya katılan bireylerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeylerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi sunulmuştur. Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumu düzeyleri çok düşük olanların %54,8'i, düşük olanların %59,2'si, orta olanların %69,8'i, yüksek olanların 62,8'i, çok yüksek olanların %44,0'ünün SOY düzeyi yetersiz-sınırlıdır (**p<0,001).** Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumu düzeyleri düşük

olanların %58,5'i, orta olanların %69,8'i, yüksek olanların 59,0'ının SOY düzeyi yetersiz-sınırlıdır (**p<0,001).**

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yeterli-Mükemmel SOY Düzeyleri Üzerine Etkili Faktörlerin Analizi (Multivariate lojistik regresyon), Ankara 2022.

		Yeterli-Mükemmel SOY	
		Odds Ratio (Güven Aralığı)	**P (Value)**
Medeni Durum (n=1188)			
	Evli	1(Referans)	-
	Bekar	1,462 (1,137-1,880)	**0,003**
Öğrenim Durumu(n=1188)			
	Okuryazar Değil, Okuryazar ve İlkokul Mezunu	1 (Referans)	-
	Ortaokul ve Lise Mezunu	3,170 (1,940-5,179)	**<0,001**
	Lisans ve Üzeri	3,168 (1,922-5,223)	**<0,001**
Gelir Düzeyi (n=1188)			
	5650 TL'nin altı	1(Referans)	-
	5650 TL ve üzeri	1,306 (1,007-1,694)	**0,044**

O.R.: Odds Ratio

Ki kare analizleri sonucunda SOY düzeyleri ile ilişkili olabilecek değişkenler ($p<0,25$) multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. (Modele alınan değişkenler: Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalığı bulunma durumudur.) Buna göre kurulan modelde cinsiyet, yaş, çalışma durumu ve kronik hastalık bulunma durumunun SOY düzeyi üzerine etkili olmadığı bulunmuştur.

Metot olarak Backward LR kullanıldığından tabloda SOY düzeyi üzerine etkili olmayan değişkenler gösterilmemiştir.

Tablo 14'de araştırmaya katılan bireylerin yeterli-mükemmel SOY düzeyleri üzerine etkili faktörlerin analizi (Multivariate lojistik regresyon) sunulmuştur. Bekarların yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı evlilere göre 1,4 kat daha fazladır. Ortaokul ve lise mezunlarının yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul mezunlarına göre 3,1 kat daha fazladır. Lisans ve üzeri mezunların yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul mezunlarına göre 3,1 kat daha fazladır. Gelir düzeyi 5650 TL ve üzeri olanların yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı 5650 TL'nin altı gelişr düzeyine sahip katılımcılara göre 1,3 kat daha fazladır.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyleri					
		Düşük		Orta		Yüksek	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=1188)							
	Kadın	129	21,5	307	51,3	163	27,2
	Erkek	124	21,1	260	44,1	205	34,8
		χ^2 = 8,705		**p=0,013**			
Yaş (n=1188)							
	18-40	159	23,5	316	46,7	201	29,7
	41-64	86	18,9	223	48,9	147	32,2
	65 ve üzeri	8	14,3	28	50,0	20	35,7
		χ^2 =5,440		p=0,245			
Medeni Durum (n=1188)							
	Evli	129	18,5	337	48,4	230	33,0
	Bekar	124	25,2	230	46,7	138	28,0
		χ^2 = 8,512		**p=0,014**			
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1188)							
	1-4	200	21,3	446	47,6	291	31,1
	5-9	53	21,1	121	48,2	77	30,7
		χ^2 =0,29		p=0,985			

*: Satır yüzdesi

Tablo 15'de araştırmaya katılan bireylerin bazı demografik özelliklerine göre kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum

düzeylerinin değerlendirilmesi sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %27,2'sinin, erkeklerin %34,8'inin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur **(p=0,013).** 18-40 yaş arasındakilerin 29,7'sinin, 41-64 yaş arasındakilerin %32,2'sinin ve 65 yaş ve üzerindekilerin %35,7'sinin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur (p=0,245). Medeni durumu evli olanların %33'ünün, bekar olanların %28,0'ının kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur **(p=0,014).** Hanede yaşayan kişi sayısı 1-4 olanların %31,1'inin ve 5-9 olanların %30,7'sinin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur (p=0,985).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2022.

		Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyleri					
		Düşük		Orta		Yüksek	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Öğrenim Durumu (n=1188)							
	Okuryazar Değil, Okuryazar ve İlkokul Mezunu	20	12,2	91	55,5	53	32,3
	Ortaokul ve Lise	86	20,4	186	44,1	150	35,5
	Lisans ve Üzeri	147	24,4	290	48,2	165	27,4
		χ^2 =17,987		**p=0,001**			
Çalışma Durumu (n=1188)							
	Çalışmıyor	126	19,6	308	47,9	209	32,5
	Çalışıyor	127	23,3	259	47,5	159	29,2
		χ^2 =2,968		p=0,227			
Gelir Düzeyi (n=1188)							
	2825 TL ya da daha az	20	15,5	74	57,4	35	27,1
	2825 TL-5650 TL	90	20,8	206	47,6	137	31,6
	5650 TL-8475 TL	64	19,6	145	44,5	117	35,9
	8475 TL ve üzeri	79	26,3	142	47,3	79	26,3
		χ^2 = 14,632		**p=0,023**			
Kronik Hastalığı Bulunma Durumu (n=1188)							
	Var	82	19,1	219	50,9	129	30,0
	Yok	171	22,6	348	45,9	239	31,5
		χ^2 =3,225		p=0,199			

*Satır Yüzdesi

Tablo 16'da araştırmaya katılan bireylerin bazı demografik özelliklerine göre kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeylerinin değerlendirilmesi sunulmuştur. Öğrenim durumu okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul olanların %32,3'ünün, ortaokul ve lise olanların %35,5'inin, lisans ve üzeri olanların %27,4'ünün kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur (**p=0,001).** Çalışma durumu çalışmıyor olanların %32,5'inin, çalışıyor olanların %29,2'sinin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur (p=0,227). Gelir düzeyi 2825 TL ya da daha az olanların %27,1'inin, 2825-5650 TL arasında olanların %31,6'sının, 5650-8475 TL arasında olanların %35,9'unun, 8475 TL ve üzerinde olanların %26,3'ünün kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur (**p=0,023)**. Kronik hastalığı olanların %30,0'ının, kronik hastalığı olmayanların %31,5'inin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur (p=0,199).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Yüksek Tutum Düzeyi Üzerine Etkili Faktörlerin Analizi (Multivariate lojistik regresyon)

		Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Yüksek Tutum Düzeyi	
		Odds Ratio (Güven Aralığı)	**P (Value)**
Cinsiyet (n=1188)			
	Kadın	1(Referans)	-
	Erkek	1,588 (1,221-2,065)	**0,001**
Medeni Durum (n=1188)			
	Evli	1,327 (1,027-1,716)	**0,031**
	Bekar	1(Referans)	-
Çalışma Durumu (n=1188)			
	Çalışmıyor	1,406 (1,077-1,836)	**0,012**
	Çalışıyor	1(Referans)	-

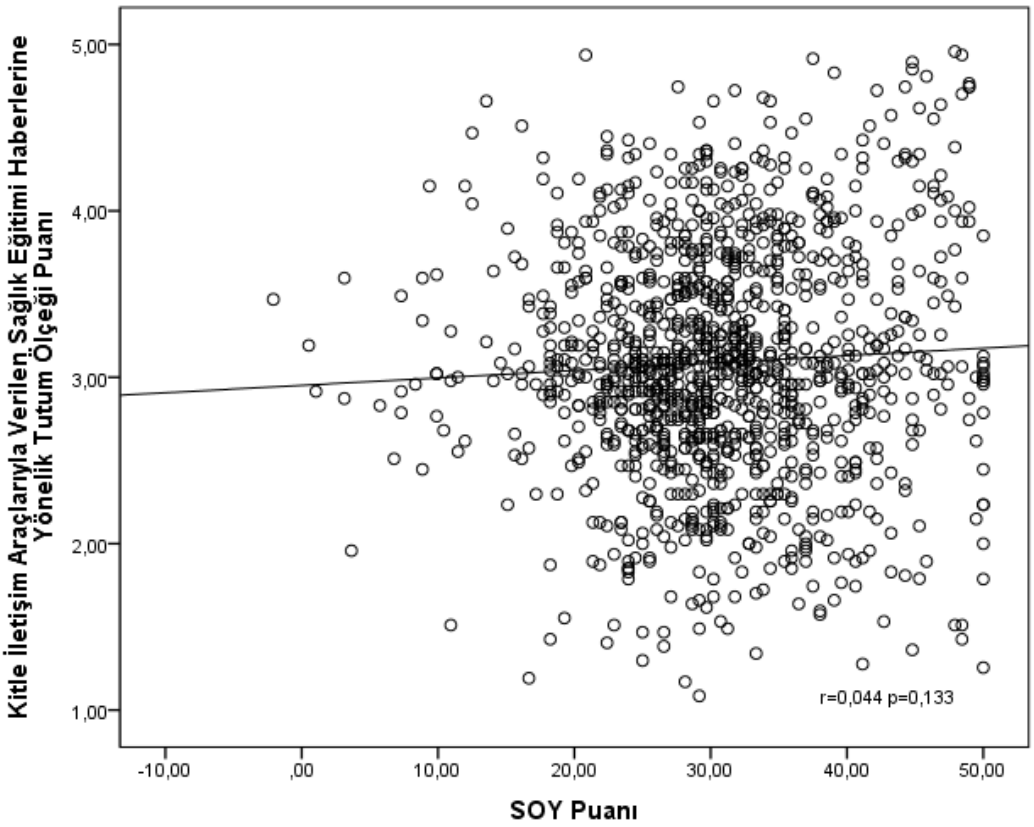
O.R.: Odds Ratio

Ki kare analizleri sonucunda kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri ile ilişkili olabilecek değişkenler ($p<0,25$) multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. (Modele alınan değişkenler: Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi, Kronik Hastalığı Bulunma Durumudur.) Buna göre kurulan modelde yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve kronik hastalık bulunma durumunun kitle

iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri üzerine etkili olmadığı bulunmuştur.

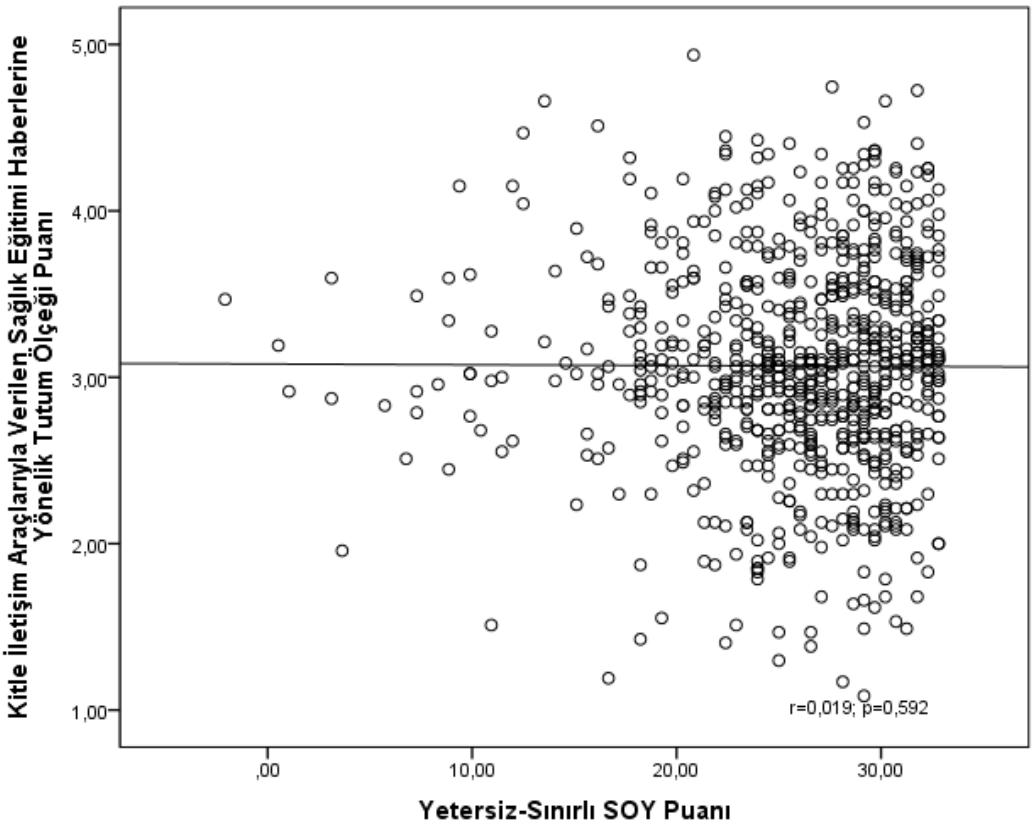
Metot olarak Backward LR kullanıldığından tabloda kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri üzerine etkili olmayan değişkenler gösterilmemiştir.

Tablo 17'de araştırmaya katılan bireylerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik yüksek tutum düzeyi üzerine etkili faktörlerin analizi (Multivariate lojistik regresyon) sunulmuştur. Erkeklerin yüksek tutuma sahip olma olasılığı kadınlara göre 1,5 kat daha fazladır. Evlilerin yüksek tutuma sahip olma olasılığı bekarlara göre 1,3 kat daha fazladır. Çalışmayanların yüksek tutuma sahip olma olasılığı çalışanlara göre 1,4 kat daha fazladır.



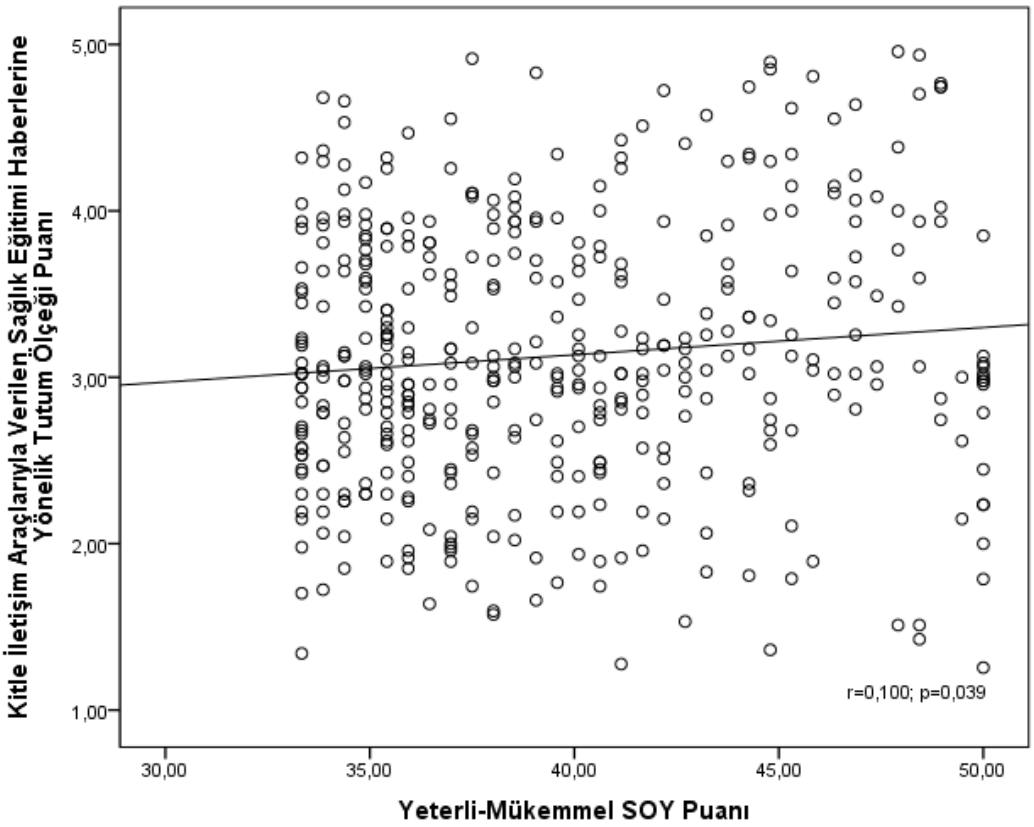
Şekil 2. SOY Puanı ile Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır (r=0,044; p=0,133).



Şekil 3. Yetersiz-Sınırlı SOY Puanı İle Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Yetersiz-sınırlı SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır (r=0,019; p=0,592).



Şekil 4. Yeterli-Mükemmel SOY Puanı İle Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (**r=0,100; p=0,039**).

5. TARTIŞMA

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde polikliniklere başvuranlarda COVID-19 Döneminde Sağlık Okuryazarlığı ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin İlişkilendirilmesi amacıyla 1188 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kişilerin yarısı kadın yarısı erkektir. Ülkemizde 2019'da Ankara'da, 2017'de Sakarya'da ve 2021'de İstanbul'da yapılan çalışmalarda da kadın-erkek katılımcı dağılımları benzerlik göstermektedir(179-181).

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 38,9 ± 14,4, yaş ortancası 37(18-86)'dir. 2020 yılında Piper Liping Liu nun yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması 32,5±9,7 olarak bulunmuştur(182). 2020 yılında Kore'de yapılan çalışmada ise yaş ortalaması 40,2±11,8 olarak bulunmuştur(183). 2021 yılında Japonya'daki eğitimciler arasında yapılan bir başka çalışmada ise yaş ortalaması 36,7±11,4 bulunmuştur(184).

Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlası evlidir. 2019'da Ankara'da ve 2017'de Sakarya'da yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur(179, 180). 2021'de Japonya'daki eğitimcilerde ve 2009'da Asya'daki 29 ülkede yapılan çalışmalarda ise katılımcıların %70'inden fazlası evlidir(184, 185). Bu çalışmaların tümü Asya'da yapılmış olup çalışmalardaki evli popülasyonun daha fazla olması bu toplumlarda geleneksel açıdan yetişkinler arasında evliliğe önem verilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılanların %13,8'i 'okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul mezunu', %35,6'sı 'ortaokul ve lise mezunu' ve %50,7'si 'lisans ve üzeri mezunu' dur. 2021'de İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %0,3'ünün ilkokul mezunu, %22,3'ünün 'ortaokul ve lise mezunu' ve %77,4'ünün 'lisans ve üzeri mezunu' olduğu bulunmuştur(181). Bu iki çalışma arasındaki farkın nedeni İstanbul'da uygulanan çalışmanın çevrim içi ve internet kullanabilen katılımcılara yapılmasından olabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların %45' i çalışmaktadır. 2019'da Ankara'da, 2017'de Sakarya'da, 2009'da Asya'da 29 ülkede ve 2020'de ABD'de yapılan çalışmalarda çalışma durumu bu çalışmadan fazla bulunmuştur (sırasıyla %65, %85, %65 ve %58) (179, 180, 185, 186) Bu farkın nedeni bu araştırmanın hastanede ve mesai saatleri içinde yapılmasından ve çalışan bireylere kısıtlı ulaşılabilmesinden olabilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin gelir düzeyine bakıldığında araştırmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücret olan 2825TL'den daha az hanesine girenler katılımcıların %10,9'u, 2825TL-5650TL arası hanesine girenler %36,4'ü, 5650TL-8475TL arası hanesine girenler %27,4'ü ve 8475TL ve üzeri hanesine girenler ise %25,3'ü dür. 2019'da Ankara'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %54,5'i asgari ücretin altında almaktadır(179). Bu farkın nedeni 2019'daki çalışmanın evreninin Kilis ilindeki kişilerden seçilmesi ve bu çalışmanın yapıldığı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Çankaya ve Yenimahalle ilçelerinin sınırında yer almasından ve bu ilçelerin de gelir düzeylerinin ortalamasının yüksek olmasından olabilir.

Katılımcıların %36,2'sinde kronik hastalık bulunmaktadır. 2017'de Sakarya'da yapılan çalışmada katılımcıların dörtte birinde, 2021'de İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %21,7'sinde kronik hastalık bulunmaktadır (180, 181). Bu çalışmada kronik hastalığı ülkemizdeki diğer çalışmalara göre daha fazla bulmamızın nedeni çalışmayı hastaneye başvuranlarda yapmamızdan ve bunların arasında kronik hastalığı bulunup takibe gelen kişilerin normal popülasyona göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Öte yandan 2020'de ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise kronik hastalık düzeyi %40 bulunmuştur(186). ABD'de deki çalışmada bizim çalışmamızdan daha fazla bulunmasının nedeni ABD'de kronik hastalık yükünün ülkemizdekinden daha fazla olmasına bağlanabilir.

Çalışmaya katılan bireylerden her beş kişiden biri COVID-19 geçirmiştir. 2021'de İstanbul'da, 2020'de ABD'de ve 2021'de Japonya'da yapılan çalışmalarda katılımcıların onda biri COVID-19 geçirmiştir(181, 184, 186). Bu çalışmada COVID-19 geçirme sıklığının diğer çalışmaların iki katı olmasının nedeni çalışmanın yapıldığı yerin üçüncü basamak bir hastane olması, verilerinin 2021'in sonlarına doğru toplanması ve pandemi sürecinin devam etmesinden kaynaklanabilir.

Aynı evde yaşayanların COVID-19 geçirme durumu ise her üç kişiden biridir. 2021'de İstanbul'da yapılan bir çalışmada da katılımcıların yakınlarından %62,3'ü COVID-19 olmuştur(181). İstanbul'da yapılan çalışmanın bu çalışmaya göre sıklığının iki katı daha fazla çıkmasının nedeni İstanbul çalışmasında yakınların şeklinde geniş kapsamlı sorgulanmasından kaynaklanabilir. 2021' de

Lefkoşe'de yapılan bir başka çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde aile bireyleri COVID-19'a yakalananlar her üç kişiden biridir(187).

Çalışmamızda katılımcılarından yarısından fazlası iki doz COVID-19 aşısını olmuştur fakat onda biri henüz hiçbir COVID-19 aşısını olmamıştır. COVID-19 aşısı olmayanların üçte biri aşı olmayı düşünmemektedir. 2021'de İstanbul'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %34,6'sı aşı olacağını belirtmiştir, %27,1'i ise aşı olmayacağını belirtmiştir(181). Bu farkın nedeni İstanbul'da yapılan çalışmada aşı sorularının halka aşı uygulanmaya başlamadan önce yöneltilmesinden fakat bu çalışmadaki soruların ise aşı tüm halka ulaştıktan sonra yöneltilmesinden ve süreç içinde kişilerin aşıya güveninin artmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada katılımcıların dörtte birinin COVID-19 bulaşması konusunda endişeli olmadığı, üçte ikisinin de endişeli olduğu bulunmuştur. 2021'de İstanbul'da yapılan bir çalışmada kişilerin %5,4'ünün endişeli olmadığı, her dört kişiden üçünün ise endişeli olduğu bulunmuştur(181). İstanbul çalışması ve bu çalışmanın endişe durumları benzer bulunmuştur fakat İstanbul çalışmasındaki endişeli olmayan kesim bu çalışmaya göre daha azdır bunun nedeni İstanbul çalışmasının bu çalışmadan daha önce yapılması, pandemi süreci içinde pandemi ile ilgili bilgilere hakimiyetin daha fazla kurulmasından olabilir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşmada her on kişiden yedisinin televizyon, yarısından fazlasının sosyal medya, yarısının da internetteki resmi kaynakları kullandığı bulunmuştur. 2021'de ABD'de

yapılan bir çalışmada katılımcıların %21'i COVID-19 ile ilgili bilgileri televizyondan, üçte biri ise sosyal medyadan almaktadır(188). Bu farkın nedeni ülkemizdeki özellikle orta yaş ve üzeri kesimin interneti bulunmaması ya da akıllı telefon kullanamamasından kaynaklanabilir. 2020'de Konya'da sosyal medya kullanıcıları arasında yapılan bir çalışmada ise araştırmaya katılan bireylerin üçte birinin COVID-19 ile ilgili bilgileri televizyondan, %28'i sosyal medyadan ve %13'ünün ise sağlık bakanlığının web sitesinden aldığı bulunmuştur (189). Bu farkın nedeni bu çalışmada bu soru için birden fazla seçenek işaretlenebilir ibaresi bulunması, Konya'da yapılan çalışmada ise her katılımcının yalnız bir öncülü işaretlemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların COVID-19 ile ilgili bilgi alırken kaynak ile ilgili %35,6'sının resmi kaynaklardan olmasına dikkat ettiği, %64,1'inin ise en çok alanında uzman kişilerce verilmesine dikkat ettiği görülmüştür. 2021'de İstanbul'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %56,3'ünün COVID-19 ile ilgili bilgileri internetten alırken resmi internet sitelerinden aldığı görülmüştür(181). Bu farkın nedeni bu çalışmadaki kişilerin bilgiyi daha çok televizyondan aldığı bu nedenle buradaki bilgileri alırken de alanında uzman kişilere güvendiği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşmada üçte birinin aile hekiminden ve üçte birinin aile hekimi dışında bir hekimden, %1,7'sinin diğer sağlık personelinden, %13,8'inin aile/arkadaş/komşudan yararlandığı görülmüştür. 2017'de Ankara'da yapılan bir çalışmada katılımcıların sağlık ile ilgili bilgiye ulaşmada %76,7'sinin aile/akraba/komşudan, %65'inin ise sağlık personelinden bilgi aldığı, 2019'da Kilis'de yapılan bir başka çalışmada ise

katılımcıların %69,3'ünün aile/akraba/komşudan, %9,5'inin sağlık personelinden bilgilendiği bulunmuştur(179, 190). Bu farkın nedeni COVID-19'un yeni bir salgın olması ve sürecin sadece alanında uzman sağlık personellerince bilinebileceğinin kanıksanması olabilir.

Katılımcıların %83,2'si kitle iletişim araçlarındaki sağlık programlarına yönelik yasal düzenleme yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bu durumun nedeni kişilerin sağlık programlarını daha çok televizyondan takip etmesi ve buradaki kişilere güvenmek istemesinden kaynaklanabilir.

Katılımcıların %65'inin davranışlarını COVID-19 ile ilgili kamu spotları etkilemiştir. 2021yılında Konya'da yapılan bir çalışmada da katılımcıların %69,4'ü COVID-19 ile ilgili kamu spotu beni harekete geçirdi demiştir(191). Bu benzer davranışın nedeni kişilerin yakın zamanda ve hızlı bir şekilde yakınlarının COVID-19'dan etkilenmesi ve kamu spotlarıyla bu hastalığa çarpıcı bir şekilde ilgi çekilmesi olabilir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların her 10 kişiden 8 inin maske kullanımına uyduğunu belirtmiştir. 2021'de İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada katılımcıların neredeyse tamamı maske kurallarına uyduğunu belirtmiştir(181). Bu çalışmada sosyal mesafe kurallarına her 10 kişiden 7 sinin uyduğu, hijyen kurallarına ise %85'inin uyduğu görülmektedir. 2020'de Piper Liping Liu'nın yaptığı çalışmada ise katılımcıların hijyen kurallarına %93,2'sinin uyduğu belirtilmiştir(182). Bu çalışma ve literatür arasında COVID-19 önlemlerine uymak konusunda benzerlik görülmekte olup katılımcıların neredeyse tamamı kurallara

uyduğunu belirtmiştir, çünkü bu soruda uyup uymadıkları ile ilgili veriler katılımcıların beyanlarıyla kaydedilmiştir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %40'ının SOY düzeyi sınırlı, %23 ünün SOY düzeyi yetersiz, %25'inin SOY düzeyi yeterli, %10'unun SOY düzeyi mükemmeldir. 2021'de Zürih'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %7'sinin SOY düzeyi sınırlı, %49'unun SOY düzeyi yetersiz, %40'ının SOY düzeyi yeterli ve %4'ünün SOY düzeyi mükemmeldir(192). 2020'de Güney İtalya'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %61,6'sı düşük SOY düzeyine sahiptir(193). 2018'de Sağlık Bakanlığının Türkiye genelinde SOY düzeyini belirlemek için yaptığı bir çalışmada katılımcıların %30,9'unun yetersiz, %38'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli ve %7,7'sinin ise mükemmel SOY'a sahip olduğu görülmektedir(19). 2018'de Ankara'da yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %25'inin yetersiz SOY'a, %45'inin sorunlu-sınırlı SOY'a, %22'sinin yeterli SOY'a ve %7,6'sının ise mükemmel SOY'a sahip olduğu saptanmıştır(194). Çalışmalar arasındaki farkın nedeni çalışmaların yapıldığı yıllardan ve uygulanan araştırma popülasyonunun bölgelerindeki sağlıkta sosyal farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi %3,5unun çok düşük, %17,8 inin düşük, %47 sinin orta, %24,7sinin yüksek, %6,3 ünün çok yüksek olduğu bulunmuştur. 2017'de Sakarya'da ve 2014'de İstanbul'da yapılan çalışmalarda da genel tutum düzeyleri orta bulunmuştur(180, 195). Tutum düzeyinin daha çok ortaya yakın kümelendiği

görülmüştür, bu durum bize sağlık ile ilgili konularda kişilerin bir miktar tutum oluşumunda kitle iletişim araçlarının etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanlardan kadınların %67'si, yaşı 41 ve üzeri olanların %70'i, evlilerin %69'u yetersiz ya da sınırlı SOY'a sahiptir, fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 2021'de Zürih'de yapılan bir çalışmada kadınların %58'inin ve 65 yaş ve üzerinin %77'sinin; 2019'da İspanya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %54'ünün yetersiz ya da sınırlı SOY'a sahip olduğu bulunmuştur(192, 196). 2019'da Elazığ'da yapılan bir başka çalışmada kadınların %80'inin ve evlilerin %82'sinin; 2020'de Erzurum'da yapılan bir başka çalışmada ise kadınların %55'inin ve evlilerin %61'inin yetersiz ya da sınırlı SOY'a sahip olduğu bulunmuştur(197, 198). Bu durum erkek, genç ve bekar bireylerin hayata daha çok katılması bu nedenle bilgi alışverişine daha açık olmasından kaynaklanabilir.

Katılımcılardan hanede yaşayan kişi sayısı 4 ve altında olanlar ve çalışanlar daha az yetersiz ya da sorunlu SOY'a sahiptir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 2021'de Danimarka'da yapılan bir çalışmada çalışanlarda %37 ve 2019'da İspanya'da yapılan bir başka çalışmada ise %39 yetersiz ya da sınırlı SOY bulunmaktadır(196, 199). 2020'de Erzurum'da yapılan bir başka çalışmada çekirdek ailede %55 yetersiz ya da sınırlı SOY bulunmaktadır(198). Bu durum çalışma hayatına katılan ve çekirdek ailesi olan bireylerin daha çok kentte yaşamasından ve sosyokültürel gelişmişlik olarak sağlık bilgilerine erişimde daha ön planla olmasından kaynaklanabilir.

Öğrenim durumu ‘okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul’ olanlar, gelir düzeyi asgari ücretin altında olanlar ve kronik hastalığı bulunanlar daha fazla yetersiz ya da sınırlı SOY’a sahiptir, fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 2021’de Danimarka’da yapılan bir çalışmada temel okul mezunlarının %41’inin, gelir düzeyi az olanların %40’ının; 2019’da İspanya’da yapılan bir çalışmada ise gelir düzeyi düşük olanların %69’unun yetersiz ya da sınırlı SOY’a sahip olduğu bulunmuştur(196, 199). 2019’da Elazığ’da yapılan bir çalışmada kronik hastalığı bulunanların %78’inin, 2020’de Güney İtalya’da yapılan bir başka çalışmada kronik hastalığı bulunan katılımcıların %69’unun, 2020’de Erzurum’da yapılan bir çalışmada ise ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip kişilerin %75’inin, gelir seviyesi az olan kişilerin %57’sinin ve kronik hastalığı bulunanların %67’sinin yetersiz ya da sınırlı SOY’a sahip olduğu saptanmıştır(193, 197, 198). Yapılan çalışmalarda paralel olarak eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda gelir seviyesi az olan kişilerin geçim kaygısından kaynaklı önceliklerinin farklı olduğu düşünülebilir. Kronik hastalığı bulunan kişilerin daha düşük SOY düzeyine sahip olması durumu bize öncesinde de SOY düzeyi düşük olduğundan sağlığına dikkat etmeyerek kronik hastalığa yakalandığı şeklinde yorumlanabilir.

Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi düşük olanların %41’i, orta olanların %30’u ve yüksek olanların %41’i yeterli ve mükemmel SOY’a sahiptir, fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 2020’de Nijerya’da yapılan bir çalışmada da medyadan sağlık ile ilgili bilgi alanların SOY düzeyleri daha fazla yeterli ve mükemmel bulunmuştur(200). Bu durum bize SOY

düzeyi yeterli mükemmel olanların kitle iletişim araçlarında verilen sağlık haberlerine ya kayıtsız kaldığı ya da doğru haberleri seçerek tutum oluşturduklarını gösterebilir.

Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analiz sonucu bekar olmak, 'ortaokul ve lise mezunu' ve 'lisans ve üzeri mezunu' olmak, gelir düzeyinin 5650TL ve üzeri olması SOY'nın yeterli ve yüksek olması üzerine etkili olan faktörler olarak değerlendirilmiştir.

2020'de Nijerya da yapılan bir çalışmada da 'ilkokul ve altı mezunlar' a göre 'ortaokul ve lise mezunu' olan (OR:2,5) ve 'lisans ve üzeri mezunu' olan (OR:3,9) katılımcıların yeterli ve yüksek SOY'a sahip olma olasılığı daha yüksektir(200). 2021'de Zürih'de ve 2020'de Güney İtalya'da yapılan başka çalışmalarda da benzer şekilde eğitim arttıkça SOY düzeyinin arttığı bulunmuştur (192, 193). Bu literatür ve çalışmamızdaki benzerliklerin nedeni kişilerin eğitim seviyesi arttıkça her duydukları bilgileri kolayca kabullenmeyip her konuda okuyup araştırmaya daha fazla meyletmelerin olabilir.

2021'de Zürih'de, 2019'da İspanya'da ve 2021'de Çin'de yapılan çalışmalarda da gelir seviyesi arttıkça SOY düzeyinin de arttığı bulunmuştur(192, 196, 201). Bu durumun nedeni gelir seviyesindeki azalmanın sağlık bilgileriyle başa çıkma konusunda zorluklar getirmesi olabilir.

Bu çalışmada medeni durumu bekar olanların yeterli ve mükemmel SOY'a sahip olma ihtimali daha yüksek bulunmuştur ancak 2020'de Erzurum'da yapılan bir başka çalışmada medeni durumun SOY üzerine etkili bir faktör olmadığı

saptanmıştır(198). Bu farkın nedeni bu çalışmadaki bekar kişilerin çoğunlukla genç olmasından ve kullandıkları sosyal medya gibi araçlarla bilgiye daha kolay ulaşması olabilir.

Çalışmamızda yaş modele alındığında SOY üzerine etkili bir faktör olmadığı tespit edilmiştir fakat literatürdeki pek çok çalışmada yaş azaldıkça SOY düzeyinin arttığı görülmektedir(192, 193, 198, 201). Kronik hastalık bu çalışmada modele alındığında SOY düzeyine etkisi saptanmamıştır. 2019'da İspanya'da yapılan bir başka çalışmada ise kronik hastalığı bulunmayan kişilerin yeterli ve mükemmel SOY'a sahip olma ihtimali daha yüksek bulunmuştur(196). Bu farkın nedeni karıştırıcı faktörler bulunuyor olmasından olabilir.

Bu çalışmada cinsiyet ile SOY düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. 2021'de Zürih'de yapılan bir başka çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir(192). Bu benzerliğin nedeni kadın ve erkek olmanın sağlık bilgilerini işlemek açısından bir fark yaratmaması olabilir.

Araştırmaya katılanlardan erkek olanların ve evlilerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri daha yüksektir, fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 2017'de Sakarya'da yapılan ve 2014'de İstanbul'da yapılan çalışmalarda cinsiyet ve medeni durum ile tutum düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır(180, 195). Bu farkın nedeni araştırmamızın COVID-19 döneminde yapılmasından ve daha çok evde vakit geçirerek kitle iletişim araçlarıyla dışarıdan bilgi almalarından kaynaklanabilir.

Öğrenim durumu lisans ve üzeri olanların ve gelir düzeyi 8475 TL ve üzeri olanların kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri daha düşüktür, fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 2014'de İstanbul'da yapılan çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde lisans ve üzeri mezunlarının daha düşük tutum geliştirdiği bulunmuştur(195). Bu durumun nedeni kişilerin eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık ile ilgili haberler yerine makalelere inanmalarından kaynaklanabilir. 2017'de Sakarya'da yapılan bir çalışmada öğrenim durumu ile tutum düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır(180).

Yaş arttıkça kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri artmaktadır, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 2017'de Sakarya'da yapılan bir çalışmada yaşı 35-40 olanların tutum puanları 51 yaş ve üzeri olanlardan daha fazladır(180). 2010'da Konya'da yapılan bir başka çalışmada ise 41 yaş ve üzerindeki kişilerin genç yaştakilere göre daha fazla sağlık ile ilgili programları takip ettiği bulunmuştur(202). Bu farkın nedeni kişilerin sağlık probleminin başlayacağı yaşlarda sağlık ile ilgili bilgilere daha açık olmasından kaynaklanabilir.

Çalışanlarda ve kronik hastalığı bulunmayanlarda kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri daha düşüktür, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 2017'de Sakarya'da yapılan bir çalışmada çalışanların tutum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur, kronik hastalık açısından fark bulunmamıştır (180). 2014'de İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada da çalışanların ve kronik hastalığı bulunanların tutum düzeyi daha fazladır(195). Bu farkın nedeni bu çalışmadaki katılımcıların çalıştıkları sürede kitle iletişim

araçlarını takip edememesi fakat Sakarya'daki ve İstanbul'daki çalışmalardaki katılımcıların ise çalışanların sağlık haberlerini iyi sentez edip hayatlarına dahil edebildiklerini düşündürebilir. 2010'da Konya'da yapılan bir çalışmada kronik hastalığı bulunan kişilerin daha fazla sağlık programlarını takip ettiği bulunmuştur(202). Bunun nedeni bu çalışmanın üçüncü basamak hastaneye başvuran kişilerde yapılması ve sağlık bilgisine ulaşmak için takipli oldukları yerdeki sağlık çalışanlarını güvenilir bulup onlardan bilgi almasından kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analiz sonucu erkek olmak, evli olmak ve çalışmıyor olmak kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyinin daha yüksek olması üzerine etkili olan faktörler olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun nedeni evdeyken erkeklerin daha aktif kitle iletişim araçlarını takip etmesinden, evli ve çalışmayanların ise evde daha fazla vakit geçiriyor olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeği puanları arasındaki ilişkisine bakıldığında SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ancak SOY puanları alt gruplara ayrılarak incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (**r:0,100; p=0,039**). Bu durum bize yeterli mükemmel SOY'a sahip kişilerin kitle iletişim

araçlarındaki sağlık haberlerinden doğrularını seçerek tutum geliştirebildiğini gösterebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde polikliniklere başvuran 1188 kişinin COVID-19 dönemindeki sağlık okuryazarlığı ve kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeylerinin ilişkilendirilmesi incelenmiştir. Katılımcıların yarısı kadın, yaş ortalaması 38,9±14,4, yarısından fazlası evli, her on kişiden dördü ön lisans ve lisans mezunudur.

Araştırma bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

- Bu çalışmaya katılanların COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşırken kullandığı kitle iletişim araçları her on kişiden yedisinin televizyon, yarısından fazlasının sosyal medya ve yarısının resmi internet siteleridir. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili bilgilere ulaşırken yararlandığı kişiler üçte birinden fazlası aile hekimi, üçte birinden biraz azı aile hekimi dışında bir hekim, %13'ü aile/arkadaş/komşudur ve her beş kişiden biri ise hiç kimseden bilgi almamaktadır. Katılımcılar COVID-19 ile ilgili bilgiyi alırken kaynak ile ilgili %64,1'i bilgiyi veren kişinin alanında uzman olmasına ve %35,6'sı ise resmi kaynaklardan olmasına dikkat ettiğini belirtmiştir.
- Katılımcıların kitle iletişim araçlarındaki sağlık programlarıyla ilgili yasal düzenleme yapılması gerektiğini düşünenler her on kişiden

sekizidir. Katılımcıların %65,3'ünün davranışlarını COVID-19 ile ilgili kamu spotlarının etkilediğini belirtmiştir.

- Araştırmaya dahil edilenlerin %64,1'inin SOY düzeyi yetersiz-sınırlıdır. Medeni durum, öğrenim durumu ve gelir düzeyi SOY düzeyleri üzerine etkili faktörler olarak saptanmıştır. Katılımcıların kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri beşte birinin düşük, neredeyse yarısının orta ve her on kişiden üçünün yüksek saptanmıştır. Tutum düzeyleri üzerine etkili faktörler cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumudur. Yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmanın bulguları ve literatürdeki bulguların incelenmesi sonucunda öneriler:

- Özellikle kitle iletişim araçları sürekli bilgi akışı sağlaması açısından çok büyük avantaja sahiptir. Sağlık eğitiminde doğru kullanılabilirse kişilere katkısı çok büyük olacaktır ancak kişiler kitle iletişim araçlarındaki sağlık haberlerine güvenmek istemektedir. Bunun için mecralarda gerekli yasal düzenlemelerle alanında uzman kişilerden oluşan bir heyet kurulmalı bu mecralardaki sağlık bilgileri bir süzgeçten geçerek yayınlanmalıdır.

- SOY için etkili faktör bir kez daha eğitim çıkmıştır. Kişilerin SOY düzeylerini arttırmak için eğitim seviyelerini arttırmak şüphe götürmez bir gerçektir. Ancak bu şekilde kişiler sağlıklarıyla ilgili doğru kararı alacak koruyucu önlemlere önem verecektir. Çalışmamızda da bulduğumuz gibi ancak SOY düzeyi yeterli mükemmel olanlar kitle iletişim araçlarındaki sağlık haberlerini alıp işleyerek tutum geliştirebilmektedir.
- Özellikle medya çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi de kitle iletişim araçlarındaki sağlık haberlerinin kalitesini arttıracaktır.
- Bu çalışmada özellikle erkeklerin, evlilerin ve çalışmayanların kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu kişilerin hangi kitle iletişim araçlarını daha sık kullandığı üzerine detaylı araştırma yapılarak sağlık ile ilgili bilgi düzeylerini arttırarak SOY seviyelerini arttırmak için harekete geçilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Sezgin D, Karaaslan YS, Ersoy İ. The pandemic infodemic: The role of risk communication and media in a pandemic. Gazi Medical Journal. 2020;31(2):325-7.

2. Örgütü DS. Dünyadaki COVID-19 tablosu https://covid19.who.int/2022 [23.03.2022].

3. Örgütü DS. Türkiye'deki COVID-19 tablosu https://covid19.who.int/region/euro/country/tr2022 [23.03.2022].

4. Anwar A, Malik M, Raees V, Anwar A. Role of Mass Media and Public Health Communications in the COVID-19 Pandemic. Cureus. 2020;12:10453.

5. Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Chandra P, Rabenau H, Doerr HW. Glycyrrhizin, an active component of liquorice roots, and replication of SARS-associated coronavirus. Lancet. 2003;361(9374):2045-6.

6. Zhang H, Kang Z, Gong H, Xu D, Wang J, Li Z, et al. Digestive system is a potential route of COVID-19: an analysis of single-cell coexpression pattern of key proteins in viral entry process. Gut. 2020;69(6):1010-8.

7. Bakanlığı TCİ. 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi. 2020.

8. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information Diet in Covid-19 Crisis; a Commentary. Arch Acad Emerg Med. 2020;8(1):e30.

9. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information Typology in Coronavirus (COVID-19) Crisis; a Commentary. Archives of academic emergency medicine. 2020;8(1):e19-e.

10. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. Health Promot Int. 2020;35(6):1612-3.

11. Edelman Trust Barometer Trust and Coronovirus. Mart 2020.

12. Global Web Index Coronavirus Research. Mart 2020.

13. B C. 'Gizli viral' metin mesajlarında yanlış koronavirüs söylentileri artıyor. NBC Haberleri. 2020.

14. Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. Health promotion international. 2020;35(2):181-6.

15. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. Lancet Public Health. 2020;5(5):e249-e50.

16. Okan O, Sørensen K, Messer M. COVID-19: a guide to good practice on keeping people well informed. The Conversation. 2020;19.

17. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med. 2006;21(8):878-83.

18. 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. 2015;25(6):1053-8.

19. Müdürlüğü TCSBSGG. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması 2018.

20. Özkan S TH, Dikmen AU, İlhan MN. Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2020;4:105-10.

21. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. 2006;8(2):e9.

22. Müdürlüğü TCSBHSG. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. 2020.

23. Carfì A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. Jama. 2020;324(6):603-5.

24. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El Burai Felix S, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(24):759-65.

25. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama. 2020;323(13):1239-42.

26. Buruk K, Tevfik O. New Coronavirus: SARS-CoV-2. Mucosa. 2020;3(1):1-4.

27. Karaca B. Erişkin yaş grubunda Covid-19 klinik bulguları. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2020;4:85-90.

28. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn S, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). StatPearls. 2022.

29. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. The lancet. 2020;395(10224):565-74.

30. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. Springer; 2020. p. 1-3.

31. M. Z. COVID-19 Tanısı ile İnterne Edilen 30-50 yaş Arası Hastalarda Cinsiyetin Prognoz Üzerine Etkisi ve Bunu Etkileyen Diğer Faktörler [Uzmanlık Tezi]. Yüksek Öğretim Kurumu Tez Sistemi: TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. 2020.

32. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. nature. 2020;579(7798):270-3.

33. To KK-W, Tsang OT-Y, Leung W-S, Tam AR, Wu T-C, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. The Lancet infectious diseases. 2020;20(5):565-74.

34. Mancuso P, Venturelli F, Vicentini M, Perilli C, Larosa E, Bisaccia E, et al. Temporal profile and determinants of viral shedding and of viral clearance confirmation on nasopharyngeal swabs from SARS-CoV-2-positive subjects: a population-based prospective cohort study in Reggio Emilia, Italy. BMJ open. 2020;10(8):e040380.

35. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. The Lancet infectious diseases. 2020;20(6):656-7.

36. Cheng H-Y, Jian S-W, Liu D-P, Ng T-C, Huang W-T, Lin H-H. Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at

different exposure periods before and after symptom onset. JAMA internal medicine. 2020;180(9):1156-63.

37. He J-L, Luo L, Luo Z-D, Lyu J-X, Ng M-Y, Shen X-P, et al. Diagnostic performance between CT and initial real-time RT-PCR for clinically suspected 2019 coronavirus disease (COVID-19) patients outside Wuhan, China. Respiratory medicine. 2020;168:105980.

38. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. Radiology. 2020;296(2):E32-E40.

39. Ye Z, Zhang Y, Wang Y, Huang Z, Song B. Chest CT manifestations of new coronavirus disease 2019 (COVID-19): a pictorial review. European radiology. 2020;30(8):4381-9.

40. Kanne JP, Little BP, Chung JH, Elicker BM, Ketai LH. Essentials for radiologists on COVID-19: an update—radiology scientific expert panel. Radiological Society of North America; 2020. p. E113-E4.

41. Regmi K, Lwin CM. Impact of social distancing measures for preventing coronavirus disease 2019 [COVID-19]: A systematic review and meta-analysis protocol. 2020.

42. Chtourou H, Trabelsi K, H'mida C, Boukhris O, Glenn JM, Brach M, et al. Staying physically active during the quarantine and self-isolation period for controlling and mitigating the COVID-19 pandemic: a systematic overview of the literature. Frontiers in psychology. 2020;11:1708.

43. Erdem İ. Koronavirüse (Covid-19) Karşı Türkiye'nin Karantina ve Tedbir Politikaları. Electronic Turkish Studies. 2020;15(4).

44. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2020(1):62-79.

45. Arslan S, Aydıngülü N. Yeni Nesil Koronavirüs Salgını, Korunma Önlemleri ve Tedavisinde Hemşirenin Rolleri. Turkiye Klinikleri J Health Sci. 2020;6(1).

46. Alpay A. COVID-19 Aşıları: Tünelin Ucundaki Işık. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2020;29(Özel Sayı):94-100.

47. Kaya O. Covid-19 Aşıları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2021;Özel Sayı 1 (COVID-19 Özel Sayısı):31-5.

48. Kılıçaslan UDÖ, İşançlı UDDK, Karbuz A. 17 COVID-19 Aşıları.

49. Yavuz E. COVID-19 Vaccines. Türk Aile Hek Derg. 2020;24(4):227-34.

50. Voysey M, Clemens S, Madhi S. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK (vol 397, pg 99, 2021). Lancet. 2021:98-.

51. Salmon DA, Dudley MZ, Brewer J, Kan L, Gerber JE, Budigan H, et al. COVID-19 vaccination attitudes, values and intentions among United States adults prior to emergency use authorization. Vaccine. 2021;39(19):2698-711.

52. Covid T. Pandemi Değerlendirme Raporu (2020). Covid-19 Pandemi Mücadelesinde Sosyal ve Toplumsal Önlemler.31-2.

53. guidance. Wi. Interim recommendations for use of the Moderna mRNA1273 vaccine against Covid-19. https://wwwwhoint/publications/i/item/interim-recommendations-for-use-of-the-moderna-mrna-1273-vaccine-against-covid19. 2021.

54. Mutlu E. İletişim Sözlüğü (4. Baskı). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları. 2004.

55. Yumlu K. Kitle iletişim kuram ve araştırmaları: yayl. y; 1994.

56. McQuail D, Windahl, S. İletişim Modelleri. İmge Kitabevi Ankara. 2005.

57. Demiray U. Genel İletişim 3.Baskı. Ankara: Pegem Akademi. 2009.

58. Bulut A. Erzurum'da seçmenlerin politik pazarlama uygulamalarına ilişkin görüşleri ve tercihleri üzerine bir saha araştırması: Atatürk Üniversitesi; 1994.

59. Gönenç EÖ. Siyasal Yaşamin Belirlenmesinde Kitle İletişim Araçlarinin Rolü. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul University Faculty of Communication Journal. 2003(17).

60. Tekin C. İnsan İletişiminin Boyutları. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Bilimsel Yayınlar Dizisi. 1998.

61. Oskay Ü. Kitle haberleşmesi teorilerine giriş: seçilmiş parçalar: Der Yayınevi; 1992.

62. Dilber F. Seçmenlerin Kitle İletişim Araçlarindan Aldiği Siyasal İçerikli Bilgilerden Etkilenme Düzeyi; Karaman İli Seçmenleri Üzerine Bir Alan Araştirmasi. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi. 2012;1(4).

63. Avşar Z, Elden M. Reklam ve Reklam Mevzuatı (1. Baskı). Ankara: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Yayını. 2004.

64. Işık M. İletişimden Kitle İletişimine: Mikro Yayınları; 2000.

65. Bülbül R. Haberin anatomisi ve temel yaklaşımlar. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2001.

66. Yatkın A, Yatkın, Ü. N. . Halkla İlişkiler ve İletişim. Ankara: Nobel Yayınları. 2006.

67. Aziz A. Toplumsallaşma ve kitlesel iletişim: Basın Yayın Yüksek Okulu; 1982.

68. Bektaş A. Kamuoyu, iletişim ve demokrasi: Bağlam; 1996.

69. Özsoy O. Propaganda ve kamuoyu oluşturma: Alfa Basım Yayım Dağıtım; 1998.

70. Timisi N. Yeni iletişim teknolojileri ve demokrasi: Dost Kitabevi; 2003.

71. Geçikli F. Halkla İlişkiler ve İletişim. İstanbul: Beta Basın Yayım Dağıtım. 2008.

72. Bengshir TK. Halkla İlişkilerde Etkili İletişim. Amme İdaresi Dergisi. 2000:111-31.

73. Çildan C, Ertemiz M, Tumuçin HK, Küçük E, Albayrak D. Sosyal medyanın politik katılım ve hareketlerdeki rolü. Akademik Bilişim. 2012;3(1):1-9.

74. Aziz A. Siyasal İletişim. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2007;2.Basım.

75. Yüksel E. Medyanın gündem belirleme gücü: Çizgi Kitabevi Yayınları; 2001.

76. Tokgöz O. 1991 Genel Seçimlerinde Refah Partisi: Siyasal ve Reklâmlarda Yer Alan İmgeler ve Söylem Üzerine Bir Araştırma. Amme İdaresi Dergisi. 1994;27(1):19-41.

77. Savaş G. Kitle iletişim araçlarına eleştirel bir yaklaşım. Journal of Human Sciences. 2011;8(1).

78. Güz N. Haberde yönlendirme ve kamuoyu araştırmaları. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2005;51.

79. Savaş G. Kitle İletişim Araçlarına Eleştirel Bir Yaklaşım. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004;1:1-5.

80. Türkoğlu N. Toplumsal İletişim: Tanımlar Kavramlar Tartışmalar. İstanbul: Babil Yayınevi. 2004.

81. Mahmut O. İletişimciler için davranış bilimlerine giriş. Der Yayınları, İstanbul. 1996:211.

82. Özvarış ŞB. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. 2016.

83. Özden M. Sağlık Eğitimi Ders Kitabı. 20. Baskı Ayrıntı Basımevi Ankara. 2013;103.

84. Gökkoca Z. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001;10(10):371-4.

85. Akçin E. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2000;14(57):109-22.

86. Ülkü S. Kütahya İli Yenidoğan Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Vajinal Duş Uygulamalarına Sağlık Eğitiminin Etkisi.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2010.

87. Akgün G. Yetişkinlerin kitle iletişim araçları yoluyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarının belirlenmesi: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2014.

88. Mutlu Çubuk M. Kadınların doğum tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisi. 2014.

89. Tabak RS. Sağlık eğitimi: Somgür Yayıncılık; 2000.

90. Ayyıldız N. Birinci Basamak sağlık Hizmetlerinde çalışan hemşirelerin özürlü Bireylere yönelik Tutumunun sağlık eğitimi Faaliyetlerine Etkisi: Marmara Universitesi (Turkey); 2013.

91. Yılmaz A. Bozkır'da çalışan sağlık görevlilerinin, sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

92. Barutcugil İ. Eğitim Becerilerinin Geliştirilmesi Eğitimcinin Eğitimi Ed: Başoğlu C, Kariyer Yayıncılık, İstanbul. Çakır A (2009) Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Hemşirelerin Klinik Eğitim Hemşireliği Hakkındaki Görüşleri Marmara Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd Doç Dr Sevim Ulupınar Alıcı). 2002.

93. Ateş M. Sağlık hizmetleri yönetimi: Beta; 2011.

94. Pala K. Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi El Kitabı. Ankara: Palme Yayıncılık. 2015.

95. T.C.SağlıkBakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. 05 Şubat 2015.

96. Dikici Mf, Kartal M, Alptekđn S, Çubukçu M, Ayanoğlu As, Yariş F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-8.

97. Aslantekin F. Aslan G. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda sağlık eğitiminin önemi ve ebenin eğitimci rolü Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006;1(1):82-92.

98. Institute NC. National Cancer Act of 1971. [09.03.2022]. Available from: https://www.cancer.gov/about-nci/overview/history/national-cancer-act-1971.

99. Freimuth VS, Quinn SC. The contributions of health communication to eliminating health disparities. Am J Public Health. 2004;94(12):2053-5.

100. Fowler K, Celebuski C, Edgar T, Kroger F, Ratzan SC. An assessment of the health communication job market across multiple types of organizations. J Health Commun. 1999;4(4):327-42.

101. Ratzan SC. Health communication: beyond recognition to impact. J Health Commun. 2011;16(2):109-11.

102. Schiavo R. Health Communication: From Theory to Practice. 2007:4.

103. Kadriye A, Avşar Z. Sağlık iletişimi ve yeni medya. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2014;2014(39):181-90.

104. Berry D. Health communication: Theory and practice: Theory and practice: McGraw-Hill Education (UK); 2006.

105. Thornton BC, Kreps GL. Perspectives on health communication: Waveland PressInc; 1993.

106. A. O. Sağlık İletişimi Temel Kavramlar ve Prensipler Farmaskop/ Mediacat Kitapları. 2012;2. Baskı.

107. Koçak A, Bulduklu Y. Sağlık iletişimi: yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim. 2010;6(3):5-17.

108. Çamdereli M. İletişime Giriş. İstanbul: Dem Yayınları. 2015;2. Baskı.

109. Kreps GL, Bonaguro EW, Query Jr JL. The history and development of the field of health communication. Russian Journal of Communication. 2003;10:12-20.

110. Çınarlı İ. 21. yüzyıl için sağlık iletişimi. Health communication for the 21st century) 1st Edition İstanbul: Nobel Kitapevi. 2019.

111. Schroeder K, Kulage KM, Lucero R. Beyond positivism: Understanding and addressing childhood obesity disparities through a Critical Theory perspective. J Spec Pediatr Nurs. 2015;20(4):259-70.

112. Çınarlı İ. Sağlık İletişimi ve Medya, 1. bs. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. 2008.

113. Powell JE, Tapp AJ. The use of social marketing to influence the development of problem gambling in the UK: implications for public health. International journal of mental health and addiction. 2009;7(1):3-11.

114. Wallack L, Dorfman L, Jernigan D, Themba-Nixon M. Media advocacy and public health: Power for prevention: sage; 1993.

115. Valjak A, Draskovic N. A literature review of public relations in public healthcare. International Journal of Management Cases. 2011;13(3):251-60.

116. Fisher R, Ury WL, Patton B. Getting to yes: Negotiating agreement without giving in: Penguin; 2011.

117. Spector BI. Negotiation consulting: Applying theory and research to practice. American Behavioral Scientist. 2000;43(10):1681-703.

118. Berlin JW, Lexa FJ. Negotiation techniques for health care professionals. Journal of the American College of Radiology. 2007;4(7):487-91.

119. Thomas RK. Health Communication. Springer Science & Business Media. 21 Eki 2006:212.

120. Tabak RS. Sağlık İletişimi. İstanbul: Literatür Yayıncılık. 2006.

121. Okay A. Sağlık iletişimi. İstanbul: Derin Yayınevi. 2016.

122. Barnes MD, Penrod C, Neiger BL, Merrill RM, Thackeray R, Eggett DL, et al. Measuring the Relevance of Evaluation Criteria among Health Information Seekers on the Internet. Journal of Health Psychology. 2003;8(1):71-82.

123. Mutlu E. İletişim Sözlüğü, Sofos Yayınları. Baskı, Ankara. 2012.

124. Işık M. İletişim ve etik (5. baskı). Konya: Eğitim Yayınevi. 2019.

125. Benson CA, Brooks JT, Holmes KK, Kaplan JE, Masur H, Pau A. Guidelines for prevention and treatment opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents; recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. 2009.

126. Rhodes JE, DuBois DL. Mentoring relationships and programs for youth. Current Directions in Psychological Science. 2008;17(4):254-8.

127. Elden M, Bakır U. Reklam çekicilikleri: Cinsellik, mizah, korku: İletişim yayınları; 2010.

128. Kaplowitz S, Fink EL. Message discrepancy and persuasion. Progress in communication sciences. 1997:75-106.

129. Develi Eİ. Sosyal Pazarlama Açısından Kamu Sektörü Reklamlarında Hedef Kitle Tutumu: Marmara Universitesi (Turkey); 2008.

130. Şengün H. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2016;79(1):38-42.

131. Kara N. Sağlık Kaygısının Eşlik Ettiği Bir Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olgusunun Bilişsel Davranışçı Terapisi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2014;3(2):99-108.

132. Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of anxiety disorders. 2020;70:102196.

133. Scheier MF, Carver CS. The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general populations 1. Journal of Applied Social Psychology. 1985;15(8):687-99.

134. Lightsey Jr OR. What leads to wellness? The role of psychological resources in well-being. The Counseling Psychologist. 1996;24(4):589-735.

135. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. Clinical psychology review. 2010;30(7):879-89.

136. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: A meta-analytic review. Annals of behavioral medicine. 2009;37(3):239-56.

137. Lyubomirsky S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. American psychologist. 2001;56(3):239.

138. MacLeod CM. In Search of the Domain of Human Learning. PsycCRITIQUES. 1991;36(5).

139. Erdoğdu Y, Koçoğlu F, Sevim C. COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2020;23.

140. Manovich L. New media from Borges to HTML. The new media reader. 2003;1(2):13-25.

141. Kayabalı K. İnternet ve Sosyal Medya Evreninde Sağlık. İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi. 2011;Sayı: 25:S. 14-20.

142. Allen S. Media, Risk and Science. Buckingham : Open University Press. 2002.

143. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Risk iletişimi ve risk yönetimi. Çevre Sağlığı Kaynak Dizisi. 1997(47).

144. Çınarlı İ. Risk iletişimi açısından SARS (Şiddetli akut solunum sendromu) salgını. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2005(2):37-53.

145. Benson AP. Communicating risk to consumers in domestic and internationally traded products. Food Control. 2011;22(9):1529-34.

146. Yıldırım M, Güler A. Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. Death studies. 2020:1-8.

147. Dryhurst S, Schneider C, Kerr J, Freeman A, Recchia G, AM A. Risk perceptions of COVID-19 around the world. Journal of Risk Research. 2020.

148. CDPLJ L, JDl S. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among front line nurses. 2020.

149. Sperling D. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. Nursing Ethics. 2021;28(1):9-22.

150. Sandal A, Yildiz AN. COVID-19 as a recognized work-related disease: the current situation worldwide. Safety and Health at Work. 2021;12(1):136-8.

151. Cho HJ, Koo JW, Roh SK, Kim YK, Suh JS, Moon JH, et al. COVID-19 transmission and blood transfusion: A case report. Journal of Infection and Public Health. 2020;13(11):1678-9.

152. Yıldırım M, Arslan G, Özaslan A. Perceived risk and mental health problems among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: Exploring the mediating effects of resilience and coronavirus fear. International Journal of Mental Health and Addiction. 2020:1-11.

153. Brug J, Aro AR, Oenema A, De Zwart O, Richardus JH, Bishop GD. SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands. Emerging infectious diseases. 2004;10(8):1486.

154. Logan E, Kaye S-A, Lewis I. The influence of the revised reinforcement sensitivity theory on risk perception and intentions to speed in young male and female drivers. Accident Analysis & Prevention. 2019;132:105291.

155. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2011(199):1-941.

156. Delgado J, Ramírez-Cardich ME, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazán A, et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. Inj Prev. 2002;8(1):38-41.

157. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. Annu Rev Public Health. 2021;42:159-73.

158. Chinn D. Critical health literacy: a review and critical analysis. Soc Sci Med. 2011;73(1):60-7.

159. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Fam Med. 1993;25(6):391-5.

160. Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN. Essentials of public health communication: Jones & bartlett publishers; 2010.

161. Anlamak SDSO. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. Sağlık İletişimi Özel Sayısı. 2013:53-72.

162. Bernhardt JM, Cameron KA. Accessing, understanding, and applying health communication messages: The challenge of health literacy. The Routledge Handbook of Health Communication: Routledge; 2003. p. 597-620.

163. Okyay P AF. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. 2016.

164. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. J Gen Intern Med. 2006;21(8):862-6.

165. Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum SJ, DeBuono B. Low health literacy: Implications for national health policy. 2007.

166. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. The American journal of medicine. 2005;118(4):371-7.

167. Sanders LM, Thompson VT, Wilkinson JD. Caregiver health literacy and the use of child health services. Pediatrics. 2007;119(1):e86-e92.

168. Castro-Sánchez E, Chang PW, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? International Journal of Infectious Diseases. 2016;43:103-10.

169. Lai C-C, Shih T-P, Ko W-C, Tang H-J, Hsueh P-R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. International journal of antimicrobial agents. 2020;55(3):105924.

170. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. The lancet. 2020;395(10242):1973-87.

171. Matterne U, Egger N, Tempes J, Tischer C, Lander J, Dierks M-L, et al. Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations: rapid scoping review. Patient Education and Counseling. 2021;104(2):223-34.

172. RA F. Considerations of Low Health Literacy during the COVID-19 Pandemic. International Journal of Nursing Didactics. 2020:1-6.

173. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, et al. Health literacy and vaccination: A systematic review. Human vaccines & immunotherapeutics. 2018;14(2):478-88.

174. Akbal E, Gökler Me. COVID-19 Salgini Sürecinde Eksikliği Ortaya Çikan Bir Gerçek: Sağlik Okuryazarliği. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5:148-55.

175. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.

176. Özdemir S, Akça HŞ, Algın A, Kokulu K. Health literacy in the emergency department: a cross-sectional descriptive study. Eurasian J Emerg Med. 2020;19(2):94-7.

177. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2021 Yılı Faaliyet Raporu Ankara – 2021.

178. 2021 Yili Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Faaliyet Raporu. 2021.

179. Akış M. Kitle İletişim Araçlarının Sağlık İletişimine Etkisi ve Sosyal Medyanın Rolü: Kilis İli Örneği. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Şubat 2019.

180. Kırılmaz H, Yıldırım Y. Sağlık Haberlerine Yönelik Yetişkin Tutumlarının Araştırılması. İnsan ve İnsan. 2018;5(15):21-45.

181. İren D. Sağlık İletişiminde Yeni Medya Kullanımının Kuşaklara Göre Davranış Etkileri: COVID-19 Örneği. TC Bahçeşehir Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. 2021-İstanbul.

182. Liu PL. COVID-19 Information Seeking on Digital Media and Preventive Behaviors: The Mediation Role of Worry. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2020;23.

183. Lee YR, Lee JY, Park IH, Kim M, Jhon M, Kim JW, et al. The Relationships among Media Usage Regarding COVID-19, Knowledge about Infection, and Anxiety: Structural Model Analysis. J Korean Med Sci. 2020;35(48):e426-e.

184. Fukuda Y, Ando S, Fukuda K. Knowledge and preventive actions toward COVID-19, vaccination intent, and health literacy among educators in Japan: An online survey. PLoS One. 2021;16(9):e0257552-e.

185. Tokuda Y, Fujii S, Jimba M, Inoguchi T. The relationship between trust in mass media and the healthcare system and individual health: evidence from the AsiaBarometer Survey. BMC Medicine. 2009;7(1):4.

186. Pimenta IDSF, de Sousa Mata ÁN, Braga LP, de Medeiros GCBS, de Azevedo KPM, Bezerra INM, et al. Media and scientific communication about the COVID-19 pandemic and the repercussions on the population's mental health: A protocol for a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020;99(50):e23298-e.

187. Elyeli K, Bebiş Dh. Covid-19 Aşisi Bilgi Ve Tutum Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Metodolojik Çalişma.

188. Keene Woods N, Vargas I, McCray-Miller M, Drassen Ham A, Chesser AK. SARS-CoV2, the COVID-19 Pandemic and Community Perceptions. J Prim Care Community Health. 2021;12:2150132721995451-.

189. Çerçi ÜÖ, Canöz N, Canöz K. Covid-19 krizi döneminde bilgilenme aracı olarak sosyal medya kullanımı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2020(44):184-98.

190. Karagöl B. Sosyal Medyanin Sağlik İletişimindeki Yeri TC Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dali Sağlik Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programi Yüksek Lisans Tezi 2017 Ankara.

191. Yeniçıktı Nt, Tarakcı Hn, Gazaz Dc. Kamu Spotlarına COVID-19 Yansıması: Sağlık Bakanlığının Sosyal Medya Platformlarının İncelenmesi. Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2021(35):239-61.

192. Guggiari E, Jaks R, Berger FMP, Nicca D, De Gani SM. Health Literacy in the Canton of Zurich: First Results of a Representative Study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12755.

193. Schiavone S, Attena F. Measuring Health Literacy in Southern Italy: A cross-sectional study. PLoS One. 2020;15(8):e0236963-e.

194. Kılınçkaya DA. Gölbaşi İlçesindeki Bazi Aile Sağliği Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlik Okuryazarliği Düzeyi Ve Birinci Basamak Sağlik Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin Ve Sağlik Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarinin İncelenmesi: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

195. Akgün G. Yetişkinlerin kitle iletişim araçları yoluyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarının belirlenmesi: T.C.Marmara Üniversitesi 2014.

196. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health. 2019;19(1):1122-.

197. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. Euras J Fam Med. 2019;8(1):27-35.

198. Kavuncuoğlu DD. Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler: Atatürk Üniversitesi Tıp Fafültesi; 2020.

199. Svendsen IW, Damgaard MB, Bak CK, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Svendsen MT, et al. Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study. Int J Public Health. 2021;66:598083-.

200. Kuyinu YA, Femi-Adebayo TT, Adebayo BI, Abdurraheem-Salami I, Odusanya OO. Health literacy: Prevalence and determinants in Lagos State, Nigeria. PLoS One. 2020;15(8):e0237813-e.

201. Yang Q, Yu S, Wang C, Gu G, Yang Z, Liu H, et al. Health literacy and its socio-demographic risk factors in Hebei: A cross-sectional survey. Medicine (Baltimore). 2021;100(21):e25975-e.

202. Bulduklu Y. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarıve İzleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010(24):75-85.

8. ÖZET

Bu araştırmada, COVID-19 döneminde sağlık okuryazarlığı ve kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeylerinin ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı tiptedir. Çalışmaya katılan bireyler Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran 18 yaşın üzerindeki 1188 yetişkindir. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama ± standart

sapma, ortanca (en küçük, en büyük) şeklinde sunulmuştur. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi <0,05 kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 38,9±14,4 olup %50,7'si lisans ve üzeri bir okul mezunudur. Yetersiz-sınırlı SOY düzeyi %64,1 bulunmuştur. Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi %31'inde yüksek şeklinde saptanmıştır. Bekar olmak, öğrenim durumu yüksekliği ve gelir düzeyi yüksekliği yeterli-mükemmel SOY üzerine etkili faktörler olarak bulunmuştur. Erkek olmak, evli olmak ve çalışmamak kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum yüksekliği üzerine etkili faktörlerdir. Katılımcıların Yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Özellikle pandemi döneminde kitle iletişim araçlarındaki sağlık ile ilgili bilgi aktarımının artması ve bu durumun kişilerin tutumunu etkilediği düşünerek yola çıkılan bu çalışmada eğitim seviyesinin arttırılmasına yönelik çalışmaların desteklenmesi gerekmektedir. Sağlık haberleri yapan medya çalışanlarının SOY düzeylerinin arttırılması çok önemli bir noktadır.

Anahtar Kelimeler: Kitle İletişim Araçları, Sağlık Haberleri, Sağlık Okuryazarlığı

9. ABSTRACT

In this study, it is aimed to correlate the levels of health literacy and attitudes towards health education news given by mass media in the period of COVID-19. This research is of the cross-sectional descriptive type. The individuals participating in the study are 1188 adults over the age of 18 who applied to Gazi University Faculty of Medicine. Descriptive findings were presented as number, percentage, mean ± standard deviation, median (min, max). Statistical significance level was accepted as <0,05 in all analyses.

The mean age of the individuals participating in the study was 38,9±14,4, and 50,7% of them were graduates of a bachelor's degree or higher. Inadequate-limited health literacy level was found to be 64,1%. The level of attitude towards health education news delivered through mass media was found to be high in 31%. Being single, high education level and high income level were found to be effective factors on adequate-perfect health literacy. Being a man, being married and not working are the factors affecting the attitude towards health education news given by mass media. A low-level positive correlation was found between the participants' Adequate-excellent health literacy score and their level of attitude towards health education news given by mass media.

Especially during the pandemic period, the increase in the transfer of health-related information in the mass media and the thought that this situation affects the attitude of the people, should be supported in this study, which aims to increase the

level of education. It is a very important point to increase the health literacy levels of media workers who make health news.

Keywords: Mass Media, Health News, Health Literacy

10. EKLER

10.1. Anket Formu

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARDA COVİD-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARINDA VERİLEN SAĞLIK HABERLERİNİN VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnt. No:…… Anket No:…… Tarih:……

Ben intern doktor …… Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından polikliniklere başvuranlarda covid-19 pandemi sürecinde kitle iletişim araçlarında verilen sağlık haberlerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi için bir çalışma yapılmaktadır. Bu değerlendirme çalışmasında kullanılması amacıyla size bazı sorular sormak istiyorum. Hiçbir kişisel ve şahsa ait özel bilgi toplanmayacaktır. Kendi durumunuzla ilgili vereceğiniz doğru cevaplar doğru çıktıların alınmasına katkı sağlayacaktır. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anket sırasında sizden istediğimiz tüm kişisel bilgileriniz ve cevaplarınız tamamen gizli kalacaktır.

1. Bölüm
TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)
Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini "çok zor/zor/kolay/çok kolay" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız <u>aşağıdakileri yapmak</u> sizin için ne derece kolay/zordur?	**1.Çok k.**	**2.Kolay**	**3.Zor**	**4.Çok**	**5.Fikrim yok**
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da 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 ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı 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					
17	Doktorunuzun size 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 çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla 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					

2. Bölüm

KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARIYLA VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİ HABERLERİNE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

Kitle iletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberleri (ni)	Hiç Katılıyorum	Az Katılıyorum	Kararsızım	Çok Katılıyoru	Tamamen Katılıyoru
1.Yetişkinlerin sağlık sorunları hakkında bilincini artırır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2.Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının geniş kitlelere kazandırılmasında etkilidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3.Birer şovdur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4.Reklam amaçlıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5.Toplumu sağlıklı yaşama özendirerek olumlu yaşam alışkanlıkları kazanmalarına destek olur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6.Toplumsal gereksinimlere uygundur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7.Denetimsizce sunulan bilgilerdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8.Son bilimsel çalışmaları yansıtır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9.Sağlıklı yaşamla ilgili gizli kalmış bilgi ve uygulamaları gün ışığına çıkarır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10.Yetişkinlerin hatalı sağlık davranışı kazanmalarına neden olur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11.Hemen inanılmaması gereken haberlerdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12.Topluma kısa sürede sağlık alışkanlıkları kazandırılmasında etkilidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13.Yetişkinlere sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yol gösterir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14.Risk durumu yeterince araştırılmamış yeni sağlık ürünlerini tanıtarak toplum sağlığını tehlikeye atar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15.Eğitim amaçlıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16.Herkesin anlayacağı dilde sunulur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17.Sağlık sorunlarına tedavi önermek gibi yanlış uygulamalara neden olur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18.Bilgi ve uygulamalarını diğer insanlara öneririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19.Toplumu ilgilendiren sağlık sorunlarına yönelik farkındalık yaratmada önemli bir işlev görür.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20.Sağlıklı yaşam alışkanlıklarına yönelik mesajların topluma iletilmesinde etkilidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21.Yetişkinlere sağlıklı yaşam ile ilgili yeni davranışlar kazandırır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22.En güncel bilgiler içerir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23.Toplumun sağlık alanında bilinçlendirilmesinde en etkili kaynaklardır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24.Hastalıklara ve sakatlıklara davetiye çıkarır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25.Yetişkinlere yanlış rol modeller sunar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26.Güvenilir bilgiler değildir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27.Farklı zamanlarda birbiriyle tutarsız bilgiler içerir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28.Çelişkili mesajlar iletir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29.Sağlığım konusunda beni tedirgin eder.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30.Düzenli olarak takip ederim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31.Yetişkinlerin sağlıkla ilgili yanlış davranışlarının değiştirilmesinde etkilidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32.Sağlık konusunun gündemde tutulmasına katkıda bulunur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

33.Sağlıklı yaşam alışkanlıklarını olumsuz etkiler.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
34.Sağlık alanındaki yeni bilgi ve uygulamaların topluma hızlı bir şekilde kazandırılmasında etkilidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
35.“Ben denedim sen de dene” mesajları içeren sağlığı tehdit edici tehlikeli mesajlardır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
36.Bilgi kirliliği oluştururlar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
37.Dil ve anlaşılırlık açısından toplumun her kesimine hitap etmez.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
38.Bilimsellikten uzaktır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
39.Kişisel yaşantı ve inançların, bilimsel bilginin önüne geçtiği bilgilerdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
40.Sağlık konusundaki bilgi ihtiyacımı giderecek yeterlilikte değildir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
41.Toplum sağlığı yararını gözetir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
42.Gereksiz haberlerdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
43.Konuyla ilgili uzman kişilerce verilmez.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
44.Abartılı bir dille sunulur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
45.Kullanılabilir bilgilerdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
46.İlgimi çeker.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
47.Kalitesiz bilgiler içerir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

3. Bölüm

1. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın
2. Erkek

2. Yaşınız ……

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Bekâr *(Dul ve boşanmış olan katılımcılar için bu şık işaretlenecektir)*

4. Hanede siz dahil yaşayan kişi sayısı …….

5. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Ön lisans mezunu / Lisans mezunu *(Katılımcının 'meslek yüksekokulu, açık öğretim, üniversite, 2 yıllık bölüm bitirdim' şeklindeki cevapları, 'Ön lisans/Lisans' olarak işaretlenecektir)*
7. Yüksek lisans mezunu ve üzeri

6. Çalışma durumunuz nedir?

1. İşsiz
2. Çalışıyor
3. Ev hanımı
4. Öğrenci
5. Emekli
6. Çalışma engelli

7. Hanenizin aylık toplam geliri yaklaşık olarak ne kadardır?

1. 2825 TL ya da daha az
2. 2825 TL-5650 TL arası
3. 5650 TL-8475 TL arası
4. 8475 TL ve üzeri

8. Hekim tarafından tanı konulmuş 6 aydan uzun süredir takipli olduğunuz bir kronik hastalığınız var mı?

1. Var……
2. Yok

9. COVID-19 hastalığı geçirdiniz mi? (Sağlık kurumunda tanı almış)

1. Evet
2. Hayır

10. Aynı evde yaşadığınız kişilerden COVID-19 tanısı alan oldumu?

1. Evet
2. Hayır

11. COVİD-19 aşısı oldunuz mu?

1.evet tek doz
2.evet 2 doz
3.evet 3 doz
4. hayır (12. Soruya geçiniz)

12. COVİD-19 aşısı olmadıysanız aşı olmayı düşünüyormusunuz?

1. Evet
2. Kararsızım …….
3. Hayır……

13. COVID-19 hastalığının size bulaşması konusunda ne kadarendişelisiniz?

1. Çok endişeliyim
2. Kısmen endişeliyim
3. Ne endişeliyim ne endişeli değilim
4. Pek endişeli değilim
5. Hiç endişeli değilim

14. COVİD-19 ile ilgili içerikle ilgili bilgilere hangi iletişim araçlarından ulaşırsınız?

1. Dergi
2. Gazete
3. Online gazete
4. Sosyal medya (whatsapp, twitter, instagram, facebook vb., internet sitesi vb.)
5. İnternet sitesi resmi olan (gov.tr., edu.tr uzantılı)
6. Radyo
7. Televizyon
8. Kitap
9. Afiş
10. Broşür
11. Reklam panoları/ilanlar (billboard)
12. Cep telefonları veya akıllı telefon uygulamalarından
13. Herhangi bir yerden bilgi almıyorum

15. COVİD-19 ile ilgili bilgileri alırken kaynak ile ilgili en çok neye dikkat edersiniz?

1. Alanında uzman kişilerce verilmesine dikkat ederim
2. Resmi kaynaklar olmasına dikkat ederim
3. Diğer……..

16. COVİD-19 ile ilgili konularda genel olarak kimlerden bilgi alırsınız?

1. Aile hekiminden
2. Aile hekimi dışında bir hekimden
3. Eczacıdan
4. Diyetisyen-beslenme danışmanından
5. Ebe-hemşireden
6. Psikologlardan
7. Aile/Arkadaş/komşulardan

8. Herhangi bir kimseden bilgi almıyorum

17. Kitle iletişim araçlarından aldığınız bilgilerin resmi kaynaklara (sağlık bakanlığı, ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşları dünya sağlık örgütü.vb) dayalı olması sizin için ne kadar önemlidir?

1. Çok önemlidir
2. Kısmen önemlidir
3. Ne önemlidir ne önemli değildir
4. Pek önemli değildir
5. Hiç önemli değildir

18. COVİD-19 döneminde korunma önlemlerine ne kadar uyabildiğinizi düşünüyorsunuz?

	Tümüyle uydum	Kısmen uydum	Hiç uymadım
18.1 Maske kullanımı			
18.2 Sosyal mesafe kurallarına uymak			
18.3 Hijyen kurallarına uymak			

19. Kitle iletişim araçlarındaki sağlık programları ile ilgili yasal bir düzenleme yapılması gerektiğini düşünüyor musunuz?

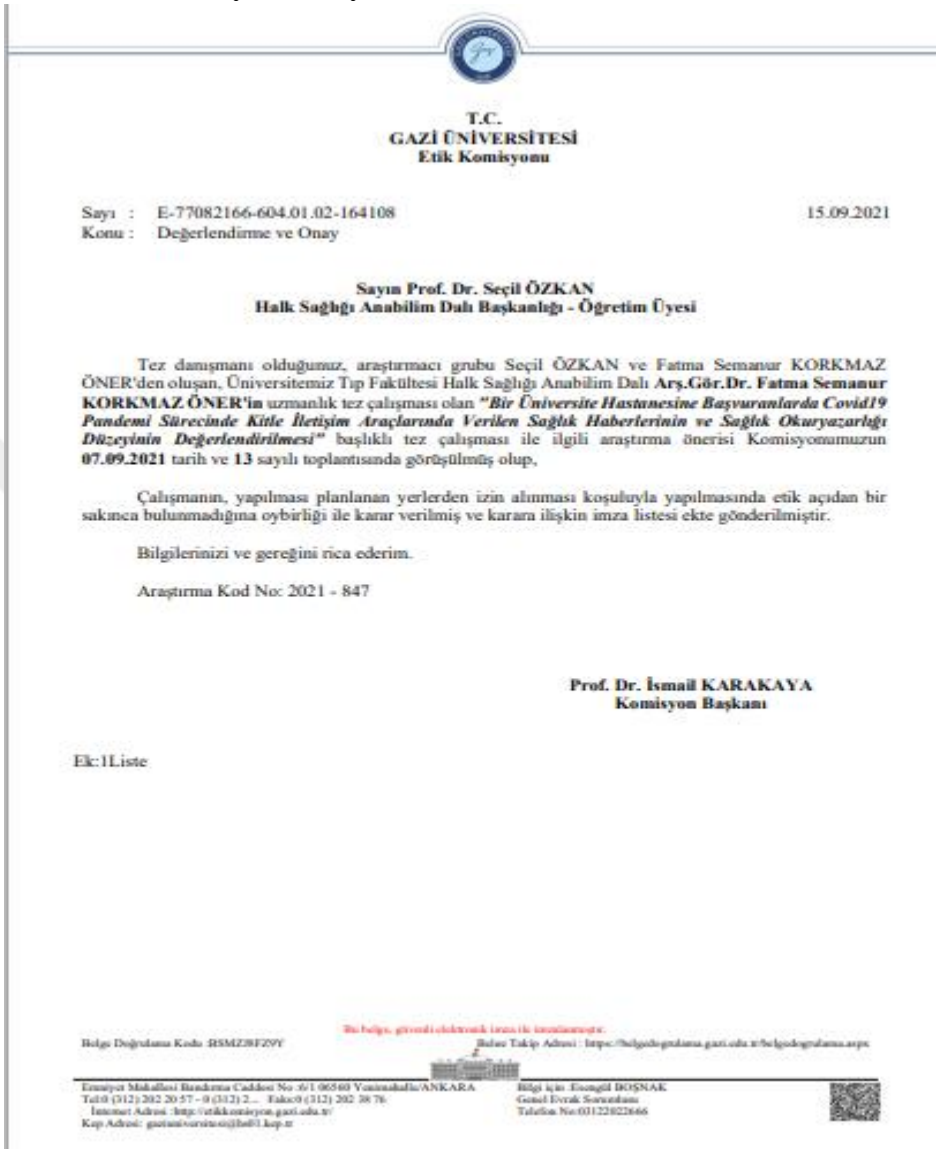
1. Evet
2. Hayır

20. COVİD-19 ile ilgili kamu spotları davranışlarınızı etkiledi mi?

1. Evet
2. Hayır

21. Telefon numaranız? …….

10.2. Etik Komisyon Onayı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-604.01.02-164108 15.09.2021
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, araştırmacı grubu Seçil ÖZKAN ve Fatma Semanur KORKMAZ ÖNER'den oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Arş.Gör.Dr. Fatma Semanur KORKMAZ ÖNER'in** uzmanlık tez çalışması olan ***"Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda Covid19 Pandemi Sürecinde Kitle İletişim Araçlarında Verilen Sağlık Haberlerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi"*** başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun **07.09.2021** tarih ve **13** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve kararın ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2021 - 847

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1Liste

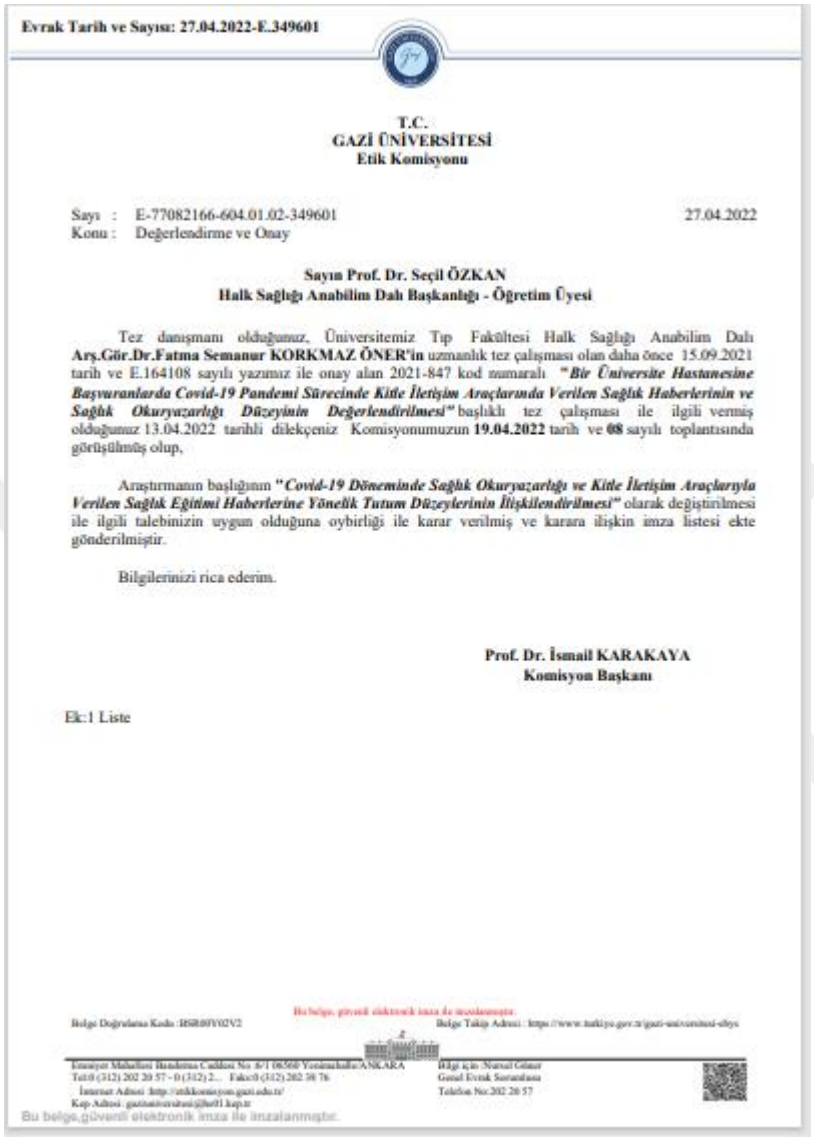
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :RSMZ8FZ9Y Belge Takip Adresi : https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gazisaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122028666

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 07.09.2021	TOPLANTI SAYISI : 13
ADI – SOYADI	**İMZA**
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	KATILAMADI
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	GÖRÜŞ BİLDİRMEDİ
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	KATILAMADI
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülay BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	KATILAMADI
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	KATILAMADI
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	



Evrak Tarih ve Sayısı: 27.04.2022-E.349601

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-604.01.02-349601 27.04.2022
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Arş.Gör.Dr.Fatma Semanur KORKMAZ ÖNER'in** uzmanlık tez çalışması olan daha önce 15.09.2021 tarih ve E.164108 sayılı yazınız ile onay alan 2021-847 kod numaralı ***"Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda Covid-19 Pandemi Sürecinde Kitle İletişim Araçlarında Verilen Sağlık Haberlerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi"*** başlıklı tez çalışması ile ilgili vermiş olduğunuz 13.04.2022 tarihli dilekçeniz Komisyonumuzun **19.04.2022** tarih ve **08** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Araştırmanın başlığının ***"Covid-19 Döneminde Sağlık Okuryazarlığı ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin İlişkilendirilmesi"*** olarak değiştirilmesi ile ilgili talebinizin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : 8S8B0YU2V2 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Üniversiteler Mahallesi Bandırma Caddesi No: 8/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 58 76
İnternet Adresi: http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gazisaglikbilimleri@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nurcel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: ~~27.04.2022-E.349601~~

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 19/04/2022	**TOPLANTI SAYISI : 08**
ADI – SOYADI	**İMZA**
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA **BAŞKAN**	
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL **BAŞKAN YRD.**	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	**GÖRÜŞ BİLDİRMEDİ**
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülay BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Prof.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10.3. Tablolar

Tablo18a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
1.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	261	22,0
	Kolay	660	55,6
	Zor	220	18,5
	Çok Zor	35	2,9
	Fikrim Yok	12	1,0
2. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	271	22,8
	Kolay	652	54,9
	Zor	213	17,9
	Çok Zor	41	3,5
	Fikrim Yok	11	0,9
3. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek (n=1188)			
	Çok Kolay	224	18,9
	Kolay	513	43,2
	Zor	338	28,5
	Çok Zor	80	6,7
	Fikrim Yok	33	2,8
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	329	27,7
	Kolay	611	51,4
	Zor	177	14,9
	Çok Zor	64	5,4
	Fikrim Yok	7	0,6

*Sütun yüzdesidir

Tablo 18b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	347	29,2
	Kolay	555	46,7
	Zor	202	17,0
	Çok Zor	74	6,2
	Fikrim Yok	10	0,8
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak (n=1188)			
	Çok Kolay	332	27,9
	Kolay	459	38,6
	Zor	233	19,6
	Çok Zor	147	12,4
	Fikrim Yok	17	1,4
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	251	21,1
	Kolay	567	47,7
	Zor	279	23,5
	Çok Zor	71	6,0
	Fikrim Yok	20	1,7
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	267	22,5
	Kolay	655	55,1
	Zor	204	17,2
	Çok Zor	48	4,0
	Fikrim Yok	14	1,2

*Sütun yüzdesi

Tablo 18c. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (n=1188)			
	Çok Kolay	189	15,9
	Kolay	588	49,5
	Zor	294	24,7
	Çok Zor	79	6,6
	Fikrim Yok	38	3,2
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak (n=1188)			
	Çok Kolay	464	39,1
	Kolay	596	50,2
	Zor	87	7,3
	Çok Zor	34	2,9
	Fikrim Yok	7	0,6
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	391	32,9
	Kolay	590	49,7
	Zor	152	12,8
	Çok Zor	45	3,8
	Fikrim Yok	10	0,8
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek (n=1188)			
	Çok Kolay	203	17,1
	Kolay	537	45,2
	Zor	312	26,3
	Çok Zor	90	7,6
	Fikrim Yok	46	3,9

*Sütun yüzdesidir

Tablo 18d. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	330	27,8
	Kolay	654	55,1
	Zor	145	12,2
	Çok Zor	47	4,0
	Fikrim Yok	12	1,0
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	265	22,3
	Kolay	527	44,4
	Zor	273	23,0
	Çok Zor	116	9,8
	Fikrim Yok	7	0,6
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek (n=1188)			
	Çok Kolay	200	16,8
	Kolay	493	41,5
	Zor	331	27,9
	Çok Zor	141	11,9
	Fikrim Yok	23	1,9
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak (n=1188)			
	Çok Kolay	434	36,5
	Kolay	574	48,3
	Zor	119	10,0
	Çok Zor	46	3,9
	Fikrim Yok	15	1,3

*Sütun yüzdesidir

Tablo 18e. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak (n=1188)			
	Çok Kolay	299	25,2
	Kolay	594	50,0
	Zor	221	18,6
	Çok Zor	62	5,2
	Fikrim Yok	12	1,0
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	311	26,2
	Kolay	648	54,5
	Zor	165	13,9
	Çok Zor	44	3,7
	Fikrim Yok	20	1,7
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	319	26,9
	Kolay	687	57,8
	Zor	136	11,4
	Çok Zor	29	2,4
	Fikrim Yok	17	1,4
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	352	29,6
	Kolay	629	52,9
	Zor	143	12,0
	Çok Zor	46	3,9
	Fikrim Yok	18	1,5

*Sütun yüzdesidir

Tablo 18f. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	351	29,5
	Kolay	661	55,6
	Zor	122	10,3
	Çok Zor	38	3,2
	Fikrim Yok	16	1,3
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 (n=1188)			
	Çok Kolay	256	21,5
	Kolay	582	49,0
	Zor	247	20,8
	Çok Zor	74	6,2
	Fikrim Yok	29	2,4
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	301	25,3
	Kolay	668	56,2
	Zor	170	14,3
	Çok Zor	30	2,5
	Fikrim Yok	19	1,6
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek (n=1188)			
	Çok Kolay	205	17,3
	Kolay	434	36,5
	Zor	396	33,3
	Çok Zor	120	10,1
	Fikrim Yok	33	2,8

*Sütun yüzdesidir

Tablo 18g. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	230	19,4
	Kolay	511	43,0
	Zor	322	27,1
	Çok Zor	102	8,6
	Fikrim Yok	23	1,9
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek (n=1188)			
	Çok Kolay	226	19,0
	Kolay	595	50,1
	Zor	266	22,4
	Çok Zor	67	5,6
	Fikrim Yok	34	2,9
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak (n=1188)			
	Çok Kolay	200	16,8
	Kolay	534	44,9
	Zor	325	27,4
	Çok Zor	89	7,5
	Fikrim Yok	40	3,4
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek (n=1188)			
	Çok Kolay	312	26,3
	Kolay	709	59,7
	Zor	117	9,8
	Çok Zor	39	3,3
	Fikrim Yok	11	0,9

*Sütun yüzdesi

Tablo 18h. Araştırmaya Katılan Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek (n=1188)			
	Çok Kolay	185	15,6
	Kolay	456	38,4
	Zor	332	27,9
	Çok Zor	189	15,9
	Fikrim Yok	26	2,2
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek (n=1188)			
	Çok Kolay	153	12,9
	Kolay	397	33,4
	Zor	407	34,3
	Çok Zor	191	16,1
	Fikrim Yok	40	3,4
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak (n=1188)			
	Çok Kolay	267	22,5
	Kolay	631	53,1
	Zor	204	17,2
	Çok Zor	61	5,1
	Fikrim Yok	25	2,1
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak (n=1188)			
	Çok Kolay	177	14,9
	Kolay	408	34,3
	Zor	361	30,4
	Çok Zor	142	12,0
	Fikrim Yok	100	8,4

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
1.Yetişkinlerin sağlık sorunları hakkında bilincini artırır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	79	6,6
	Az Katılıyorum	382	32,2
	Kararsızım	202	17,0
	Çok Katılıyorum	419	35,3
	Tamamen Katılıyorum	106	8,9
2.Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının geniş kitlelere kazandırılmasında etkilidir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	74	6,2
	Az Katılıyorum	316	26,6
	Kararsızım	189	15,9
	Çok Katılıyorum	485	40,8
	Tamamen Katılıyorum	124	10,4
3.Birer şovdur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	325	27,4
	Az Katılıyorum	269	22,6
	Kararsızım	244	20,5
	Çok Katılıyorum	248	20,9
	Tamamen Katılıyorum	102	8,6
4.Reklam amaçlıdır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	124	10,4
	Az Katılıyorum	288	24,2
	Kararsızım	216	18,2
	Çok Katılıyorum	301	25,3
	Tamamen Katılıyorum	259	21,8

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
5.Toplumu sağlıklı yaşama özendirerek olumlu yaşam alışkanlıkları kazanmalarına destek olur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	81	6,8
	Az Katılıyorum	328	27,6
	Kararsızım	197	16,6
	Çok Katılıyorum	450	37,9
	Tamamen Katılıyorum	132	11,1
6.Toplumsal gereksinimlere uygundur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	99	8,3
	Az Katılıyorum	311	26,2
	Kararsızım	283	23,8
	Çok Katılıyorum	393	33,1
	Tamamen Katılıyorum	102	8,6
7.Denetimsizce sunulan bilgilerdir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	249	21,0
	Az Katılıyorum	310	26,1
	Kararsızım	263	22,1
	Çok Katılıyorum	269	22,6
	Tamamen Katılıyorum	97	8,2
8.Son bilimsel çalışmaları yansıtır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	162	13,6
	Az Katılıyorum	318	26,8
	Kararsızım	395	33,2
	Çok Katılıyorum	232	19,5
	Tamamen Katılıyorum	81	6,8

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19c. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
9.Sağlıklı yaşamla ilgili gizli kalmış bilgi ve uygulamaları gün ışığına çıkarır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	203	17,1
	Az Katılıyorum	337	28,4
	Kararsızım	295	24,8
	Çok Katılıyorum	272	22,9
	Tamamen Katılıyorum	81	6,8
10.Yetişkinlerin hatalı sağlık davranışı kazanmalarına neden olur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	227	19,1
	Az Katılıyorum	348	29,3
	Kararsızım	277	23,3
	Çok Katılıyorum	259	21,8
	Tamamen Katılıyorum	77	6,5
11.Hemen inanılmaması gereken haberlerdir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	150	12,6
	Az Katılıyorum	252	21,2
	Kararsızım	190	16,0
	Çok Katılıyorum	351	29,5
	Tamamen Katılıyorum	245	20,6
12.Topluma kısa sürede sağlık alışkanlıkları kazandırılmasında etkilidir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	150	12,6
	Az Katılıyorum	344	29,0
	Kararsızım	261	22,0
	Çok Katılıyorum	347	29,2
	Tamamen Katılıyorum	86	7,2

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19d. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
13.Yetişkinlere sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yol gösterir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	109	9,2
	Az Katılıyorum	346	29,1
	Kararsızım	226	19,0
	Çok Katılıyorum	396	33,3
	Tamamen Katılıyorum	111	9,3
14.Risk durumu yeterince araştırılmamış yeni sağlık ürünlerini tanıtarak toplum sağlığını tehlikeye atar. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	165	13,9
	Az Katılıyorum	273	23,0
	Kararsızım	285	24,0
	Çok Katılıyorum	320	26,9
	Tamamen Katılıyorum	145	12,2
15.Eğitim amaçlıdır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	163	13,7
	Az Katılıyorum	304	25,6
	Kararsızım	261	22,0
	Çok Katılıyorum	345	29,0
	Tamamen Katılıyorum	115	9,7
16.Herkesin anlayacağı dilde sunulur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	133	11,2
	Az Katılıyorum	296	24,9
	Kararsızım	245	20,6
	Çok Katılıyorum	388	32,7
	Tamamen Katılıyorum	126	10,6

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19e. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
17.Sağlık sorunlarına tedavi önermek gibi yanlış uygulamalara neden olur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	170	14,3
	Az Katılıyorum	294	24,7
	Kararsızım	284	23,9
	Çok Katılıyorum	329	27,7
	Tamamen Katılıyorum	111	9,3
18.Bilgi ve uygulamalarını diğer insanlara öneririm. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	251	21,1
	Az Katılıyorum	333	28,0
	Kararsızım	239	20,1
	Çok Katılıyorum	280	23,6
	Tamamen Katılıyorum	85	7,2
19.Toplumu ilgilendiren sağlık sorunlarına yönelik farkındalık yaratmada önemli bir işlev görür. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	102	8,6
	Az Katılıyorum	318	26,8
	Kararsızım	220	18,5
	Çok Katılıyorum	418	35,2
	Tamamen Katılıyorum	130	10,9
20.Sağlıklı yaşam alışkanlıklarına yönelik mesajların topluma iletilmesinde etkilidir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	99	8,3
	Az Katılıyorum	287	24,2
	Kararsızım	222	18,7
	Çok Katılıyorum	441	37,1
	Tamamen Katılıyorum	139	11,7

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19f. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
21.Yetişkinlere sağlıklı yaşam ile ilgili yeni davranışlar kazandırır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	100	8,4
	Az Katılıyorum	317	26,7
	Kararsızım	246	20,7
	Çok Katılıyorum	409	34,4
	Tamamen Katılıyorum	116	9,8
22.En güncel bilgiler içerir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	174	14,6
	Az Katılıyorum	303	25,5
	Kararsızım	379	31,9
	Çok Katılıyorum	242	20,4
	Tamamen Katılıyorum	90	7,6
23.Toplumun sağlık alanında bilinçlendirilmesinde en etkili kaynaklardır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	212	17,8
	Az Katılıyorum	316	26,6
	Kararsızım	236	19,9
	Çok Katılıyorum	317	26,7
	Tamamen Katılıyorum	107	9,0
24.Hastalıklara ve sakatlıklara davetiye çıkarır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	260	21,9
	Az Katılıyorum	317	26,7
	Kararsızım	284	23,9
	Çok Katılıyorum	251	21,1
	Tamamen Katılıyorum	76	6,4

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19g. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
25.Yetişkinlere yanlış rol modeller sunar. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	250	21,0
	Az Katılıyorum	329	27,7
	Kararsızım	269	22,6
	Çok Katılıyorum	261	22,0
	Tamamen Katılıyorum	79	6,6
26.Güvenilir bilgiler değildir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	230	19,4
	Az Katılıyorum	276	23,2
	Kararsızım	314	26,4
	Çok Katılıyorum	261	22,0
	Tamamen Katılıyorum	107	9,0
27.Farklı zamanlarda birbiriyle tutarsız bilgiler içerir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	157	13,2
	Az Katılıyorum	276	23,2
	Kararsızım	252	21,2
	Çok Katılıyorum	363	30,6
	Tamamen Katılıyorum	140	11,8
28.Çelişkili mesajlar iletir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	170	14,3
	Az Katılıyorum	278	23,4
	Kararsızım	250	21,0
	Çok Katılıyorum	350	29,5
	Tamamen Katılıyorum	140	11,8

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19h. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
29.Sağlığım konusunda beni tedirgin eder. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	270	22,7
	Az Katılıyorum	316	26,6
	Kararsızım	225	18,9
	Çok Katılıyorum	279	23,5
	Tamamen Katılıyorum	98	8,2
30.Düzenli olarak takip ederim. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	305	25,7
	Az Katılıyorum	342	28,8
	Kararsızım	179	15,1
	Çok Katılıyorum	276	23,2
	Tamamen Katılıyorum	86	7,2
31.Yetişkinlerin sağlıkla ilgili yanlış davranışlarının değiştirilmesinde etkilidir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	130	10,9
	Az Katılıyorum	359	30,2
	Kararsızım	262	22,1
	Çok Katılıyorum	348	29,3
	Tamamen Katılıyorum	89	7,5
32.Sağlık konusunun gündemde tutulmasına katkıda bulunur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	80	6,7
	Az Katılıyorum	257	21,6
	Kararsızım	212	17,8
	Çok Katılıyorum	475	40,0
	Tamamen Katılıyorum	164	13,8

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19ı. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
33.Sağlıklı yaşam alışkanlıklarını olumsuz etkiler. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	278	23,4
	Az Katılıyorum	351	29,5
	Kararsızım	297	25,0
	Çok Katılıyorum	196	16,5
	Tamamen Katılıyorum	66	5,6
34.Sağlık alanındaki yeni bilgi ve uygulamaların topluma hızlı bir şekilde kazandırılmasında etkilidir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	109	9,2
	Az Katılıyorum	299	25,2
	Kararsızım	277	23,3
	Çok Katılıyorum	389	32,7
	Tamamen Katılıyorum	114	9,6
35.“Ben denedim sen de dene” mesajları içeren sağlığı tehdit edici tehlikeli mesajlardır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	200	16,8
	Az Katılıyorum	264	22,2
	Kararsızım	212	17,8
	Çok Katılıyorum	340	28,6
	Tamamen Katılıyorum	172	14,5
36.Bilgi kirliliği oluştururlar. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	191	16,1
	Az Katılıyorum	283	23,8
	Kararsızım	249	21,0
	Çok Katılıyorum	304	25,6
	Tamamen Katılıyorum	161	13,6

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19i. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
37.Dil ve anlaşılırlık açısından toplumun her kesimine hitap etmez. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	199	16,8
	Az Katılıyorum	313	26,3
	Kararsızım	268	22,6
	Çok Katılıyorum	314	26,4
	Tamamen Katılıyorum	94	7,9
38.Bilimsellikten uzaktır. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	243	20,5
	Az Katılıyorum	293	24,7
	Kararsızım	349	29,4
	Çok Katılıyorum	213	17,9
	Tamamen Katılıyorum	90	7,6
39.Kişisel yaşantı ve inançların, bilimsel bilginin önüne geçtiği bilgilerdir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	206	17,3
	Az Katılıyorum	295	24,8
	Kararsızım	322	27,1
	Çok Katılıyorum	281	23,7
	Tamamen Katılıyorum	84	7,1
40.Sağlık konusundaki bilgi ihtiyacımı giderecek yeterlilikte değildir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	140	11,8
	Az Katılıyorum	288	24,2
	Kararsızım	237	19,9
	Çok Katılıyorum	369	31,1
	Tamamen Katılıyorum	154	13,0

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19j. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
41.Toplum sağlığı yararını gözetir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	98	8,2
	Az Katılıyorum	301	25,3
	Kararsızım	302	25,4
	Çok Katılıyorum	376	31,6
	Tamamen Katılıyorum	111	9,3
42.Gereksiz haberlerdir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	302	25,4
	Az Katılıyorum	309	26,0
	Kararsızım	275	23,1
	Çok Katılıyorum	217	18,3
	Tamamen Katılıyorum	85	7,2
43.Konuyla ilgili uzman kişilerce verilmez. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	226	19,0
	Az Katılıyorum	304	25,6
	Kararsızım	348	29,3
	Çok Katılıyorum	230	19,4
	Tamamen Katılıyorum	80	6,7
44.Abartılı bir dille sunulur. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	201	16,9
	Az Katılıyorum	292	24,6
	Kararsızım	228	19,2
	Çok Katılıyorum	319	26,9
	Tamamen Katılıyorum	148	12,5

*Sütun yüzdesidir

Tablo 19k. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi, Ankara 2022.

		Sayı	(%)*
45.Kullanılabilir bilgilerdir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	109	9,2
	Az Katılıyorum	340	28,6
	Kararsızım	276	23,2
	Çok Katılıyorum	354	29,8
	Tamamen Katılıyorum	109	9,2
46.İlgimi çeker. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	223	18,8
	Az Katılıyorum	306	25,8
	Kararsızım	180	15,2
	Çok Katılıyorum	341	28,7
	Tamamen Katılıyorum	138	11,6
47.Kalitesiz bilgiler içerir. (n=1188)			
	Hiç Katılmıyorum	294	8,8
	Az Katılıyorum	283	18,1
	Kararsızım	292	24,6
	Çok Katılıyorum	215	23,8
	Tamamen Katılıyorum	104	24,7

*Sütun yüzdesidir

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: FATMA SEMANUR

Soyadı: KORKMAZ ÖNER

Doğum Yeri – Tarihi: [illegible]lya – 03.01.1991

Eğitimi:

2017-2022: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2009-2016: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce