

Türkiye’de COVID-19 Sürecinde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi İlişkisi

Begüm Mutuş

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne İletişim ve Medya Çalışmaları Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Mayıs 2022
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin İletişim ve Medya Çalışmaları Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Senih Çavuşoğlu
İletişim Fakültesi Dekanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından İletişim ve Medya Çalışmaları Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Fatoş Adiloğlu
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Fatoş Adiloğlu

2. Prof. Dr. Anıl Kemal Kaya

3. Prof. Dr. Erkan Yüksel

ÖZ

İnsanlık tarihindeki en büyük felaketlerden biri olan COVID-19 salgını Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020 tarihinde halk sağlığını tehdit eden pandemi olarak ilan edilmiştir. İnsanlık tarihinde yer edinecek bu dönemde halkın bilgilenebilmesi, koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınmasında sağlık iletişiminin önemi bir kez daha anlaşılmıştır.

Bu çalışmanın genel amacı COVID-19 pandemisi sürecinde, Türkiye’de halkın hangi kanallardan sağlık bilgisine ulaştığı, sağlık bilgisine duyduğu güven, sağlık bilgisini anlama ve uygulama kapasitesine ilişkin edinilecek bilgiler çerçevesinde, bundan sonra karşılaşılabilecek benzer durumlara ilişkin iletişim stratejisi öngörülerinde bulunmaktadır. Yürütülen araştırma nicel bir çalışma olup, Türkiye’de yaşayan erişkin grubu kapsayan İBBS-Düzyey 1 düzeyinde 12 ilde ikamet eden farklı sosyo-ekonomik statü grubu mensubu 784 birey ile yürütülmüştür. Görüşmeler C.A.P.I. metoduyla, yüz yüze anket uygulama yöntemi ile yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmada, ülke genelini temsilen gerçekleştirilen anket uygulamasıyla TSOY-32 ölçeği kullanılarak halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ve HBM Ölçeği kullanılarak halkın sağlık davranışları incelenmiştir.

Bulgular, literatürde daha önce yapılmış olan çalışmalarla paralel şekilde, pandemi döneminde de sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğuna işaret etmektedir. Buna karşın kadınlarla erkekler karşılaştırıldığında, kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sağlık davranışı bakımından da kadınların bireysel önlemlere erkeklerden daha fazla dikkat ettikleri belirlenmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık davranışları arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, sağlık

okuryazarlığı düzeyi ile sağlık davranışları ve sağlık haberlerinin doğru anlaşılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Halk Sağlığı, Pandemi, COVID-19, Sağlık İletişimi, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Davranışı

ABSTRACT

One of the biggest disasters in human history, the COVID-19 outbreak was declared by the World Health Organization as a pandemic threatening public health on March 11, 2020. In this period that will take its place in the history of humanity, the importance of health communication in informing the public and taking protective and preventive measures has been understood once again.

The general purpose of this study is to make communication strategy predictions for similar situations that may be encountered in the future, within the framework of the information to be obtained on the channels through which the public in Turkey accessed health information, their trust in health information, the capacity to understand and apply health information during the COVID-19 pandemic process. The research carried out is a quantitative study and was conducted with 784 individuals from different socio-economic status groups residing in 12 provinces at the NUTS-Level 1 level, which includes the adult group living in Turkey. Interviews was conducted with face-to-face C.A.P.I. survey method. In this context, in this study, the health literacy level of the people using the TSOY-32 scale, and the health behaviors of the people using the HBM Scale, were examined with the survey application carried out to represent the whole country.

The findings indicate that health literacy is insufficient during the pandemic period, in line with previous studies in the literature. On the other hand, when women and men were compared, women's health literacy levels were found to be higher. In terms of health behavior, it has been determined that women pay more attention to individual precautions than men. It has been determined that there is a significant difference between the health behaviors of individuals according to their health

literacy levels, and there is a statistically significant relationship between the health literacy level and the correct understanding of health behaviors and health news.

Keywords: Public Health, Pandemic, COVID-19, Health Communication, Health Literacy, Health Behavior

İTHAF

Bu tez, eğitimim boyunca paha biçilmez desteği nedeniyle sevgili eşim

Hüseyin Murat Mutuş'a ithaf edilmiştir

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve yazım süreçlerinde bilimsel ve manevi desteğini eksik etmeyen, her daim yol gösteren tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Fatoş Adiloğlu'na,

Çalıőmam süresince her türlü olanağı sağlayarak desteklerini esirgemeyen Sayın Sabri Ülker Gıda Araştırmaları Enstitüsü Vakfı Yönetim Kurulu Üyelerine,

Çalıőmam boyunca manevi desteğini esirgemeyen, stresli ve zor zamanlarımda ve ihtiyaç duyduğum her anımda yanımda olan, bana güç veren, manevi desteğini esirgemeyen sevgili eşim Hüseyin Murat Mutuş'a, bana tüm çalıőmalarım boyunca sabır ve sevgi gösteren sevgili çocuklarım Mert Mutuş, Mina Mutuş ve Berk Mutuş'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| ÖZ | iii |
| ABSTRACT | v |
| İTHAF | vii |
| TEŞEKKÜR | vii |
| KISALTMALAR | xiv |
| TABLO LİSTESİ | xv |
| ŞEKİL LİSTESİ | xix |
| 1 GİRİŞ | 1 |
| 1.1 Çalışmanın Arka Planı | 4 |
| 1.2 Problem Tanımı | 4 |
| 1.3 Araştırmanın Amacı | 6 |
| 1.4 Araştırmanın Önemi | 7 |
| 1.5 Araştırmanın Motivasyonu | 8 |
| 1.6 Araştırmanın Varsayımları | 9 |
| 1.7 Araştırma Soruları ve Hipotezler | 9 |
| 1.8 Araştırmanın Sınırlılıkları | 10 |
| 1.9 Bu Alanda Yapılan Diğer Çalışmalar | 11 |
| 2 LİTERATÜR TARAMASI..... | 13 |
| 2.1 Halk Sağlığı, Pandemi ve İletişim..... | 13 |
| 2.1.1 Halk Sağlığı Kavramı | 15 |
| 2.1.1.1 Halk Sağlığı Tanımı | 19 |
| 2.1.1.2 Sağlıkta Önleme ve Müdahale | 20 |
| 2.1.1.3 Halk Sağlığı ve Kamu Otoritesinin Rolü | 22 |

| | |
|--|----|
| 2.1.2 Pandemi Kavramı ve COVID-19 Pandemisi..... | 23 |
| 2.1.2.1 Pandemi Tanımı ve Tarihçesi..... | 24 |
| 2.1.2.2 COVID-19 Pandemisi Tanı – Tedavisi – Koruyucu Önlemleri.... | 26 |
| 2.1.2.3 Dünya ve Türkiye’deki Durum | 27 |
| 2.1.2.4 COVID-19 ile İlgili T.C. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Bilgilendirici Kampanya Örnekleri..... | 28 |
| 2.1.3 Sağlık Hizmetlerinde İletişim | 35 |
| 2.1.3.1 Sağlık İletişimi Kavramı | 35 |
| 2.1.3.1.1 Kişiler Arası Sağlık İletişimi | 39 |
| 2.1.3.1.2 Profesyonel Tıbbi İletişim | 41 |
| 2.1.3.1.3 Kamu Politikası ve Kurumsal Sağlık İletişimi | 43 |
| 2.1.3.1.4 Sağlık Örgütlenmeleri | 46 |
| 2.1.3.1.5 Topluluk Seferberliği ve Vatandaş Katılımı | 47 |
| 2.1.3.1.6 Yeni Medya Çağında Kitle İletişimi | 48 |
| 2.1.3.2 Etkili Sağlık İletişiminin Önündeki Engeller | 51 |
| 2.2 Medyada Sağlık ve İletişimi | 55 |
| 2.2.1 Medyada Sağlık Haberciliği | 57 |
| 2.2.1.1 Haber Medyası ve Ulusal Kamu Gündemi | 59 |
| 2.2.1.2 Toplum Düzeyinde Sağlığı Geliştirmek İçin Bir Katalizör Olarak Haber Medyası | 60 |
| 2.2.1.3 Sağlık İletişiminde Kullanılan Kanallar..... | 62 |
| 2.2.1.4 Sağlık Haberciliğinde Mesaj Üretimi ve Medya Etkisi | 64 |
| 2.2.1.5 Medya Etkisinin Belirleyicisi Bilgi Boşluğu Teorisi..... | 67 |
| 2.2.1.6 Sağlık Haberlerinin Medya Yansıma Düzeyi | 67 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.1.7 Medyadaki Sağlık Haberciliğinde Etik ve Sağlık Bilgilerinin Güvenilirliği | 70 |
| 2.2.2 Sağlık İletişiminde Yeni Medya Kullanımı | 71 |
| 2.2.2.1 Yeni Medyada Sağlık Bilgisi Arayışı | 72 |
| 2.2.2.2 Sosyal Medya Kullanımı ve Hedef Kitle Üzerindeki Etkisi | 76 |
| 2.2.2.3 Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesinde Yeni Medya Kullanımı | 77 |
| 2.2.2.4 Yeni Medyada Sağlık İletişimi Kampanyaları | 80 |
| 2.3 Medya ve Sağlık Okuryazarlığı..... | 84 |
| 2.3.1 Okuryazarlık ve Okuryazarlıktaki Yeterlilik | 86 |
| 2.3.1.1 Medya Okuryazarlığı | 86 |
| 2.3.1.2 Dijital Çağda Medya Okuryazarlığı | 88 |
| 2.3.1.3 Medya Okuryazarlığının Potansiyel Etkileri | 89 |
| 2.3.1.4 Medya Okuryazarlığında Temel Sorunlar | 89 |
| 2.3.1.5 Dünya’da ve Türkiye’de Medya Okuryazarlığı | 91 |
| 2.3.1.6 Medya Okuryazarlığı Eğitimi | 92 |
| 2.3.2 Sağlık Okuryazarlığı | 94 |
| 2.3.2.1 Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi | 96 |
| 2.3.2.2 Toplum Sağlıkının Geliştirilmesi için Sağlık Okuryazarlığının Önemi | 97 |
| 2.3.2.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Metotları | 98 |
| 2.3.2.4 Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler | 100 |
| 2.3.2.4.1 Demografik, Toplumsal ve Sosyal Faktörler | 100 |
| 2.3.2.4.2 Sağlık Sistemi ile İlgili Faktörler | 101 |
| 2.3.2.4.3 Ekonomik Faktörler | 102 |
| 2.3.2.5 Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi | 102 |

| | |
|--|-----|
| 2.4 Sağlık Davranışı ve Medyada Faydalanılan Sağlık Davranışı Geliştirme Teorisi | 106 |
| 2.4.1 Sağlık Davranışı | 108 |
| 2.4.2 Medyada Sağlık İletişiminde Kullanılan Sağlık İnanç Modeli | 113 |
| 3 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ | 118 |
| 3.1 Araştırmanın Yöntem ve Modeli | 118 |
| 3.2 Araştırma Grubu | 119 |
| 3.3 Verilerin Toplanması ve İncelenmesi | 123 |
| 3.3.1 Veri Toplama Araç ve Teknikler | 123 |
| 3.3.2 Veri Toplama Süreci | 128 |
| 3.4 Verilerin Analizi | 129 |
| 3.5 Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri | 129 |
| 3.5.1 Yetkinlik İşlev Alt Ölçeği | 130 |
| 3.5.2 Yapı Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeği | 131 |
| 3.5.3 Algılanan Önem Alt Ölçeği | 132 |
| 3.5.4 Algılanan Fayda Alt Ölçeği | 133 |
| 3.5.5 Algılanan Engel Alt Ölçeği | 134 |
| 3.5.6 Algılanan Fayda Alt Ölçeği | 135 |
| 3.5.7 Algılanan Uygulama Alt Ölçeği | 136 |
| 3.5.8 Bilgi Kaynaklarına Güven Anketi Faktör Analizi | 137 |
| 4 ARAŞTIRMANIN BULGULARI | 140 |
| 4.1 Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular | 140 |
| 4.2 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Betimleyici İstatistikler | 152 |
| 4.3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 (TSOY-32) Ölçeği Betimleyici İstatistikler | 169 |

| | |
|---|-----|
| 4.4 Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Sosyal Medyanın Yeri | 177 |
| 4.5 Bilgi Kaynaklarına Güven Durumu | 180 |
| 4.6 Hipotez Testleri | 181 |
| 5 SONUÇ | 187 |
| 5.1 Çalışmanın Özeti | 187 |
| 5.2 Araştırma Soru ve Hipotezlere Yönelik Elde Edilen Başlıca Bulguların Özeti | 188 |
| 5.3 Çalışmadan Çıkarılan Sonuç | 196 |
| 5.4 İleriki Çalışmalar İçin Öneriler | 198 |
| KAYNAKLAR | 201 |
| EKLER | 253 |
| Ek 1: Etik Kurul Raporu..... | 254 |
| Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 255 |
| Ek 3: Anket Formu | 256 |

KISALTMALAR

| | |
|----------|--|
| AMA | American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği) |
| AS | Araştırma Sorusu |
| C.A.P.I. | Computer Assisted Personal Interview (Bilgisayar Destekli Yüz Yüze Görüşme) |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| ES | Sosyoekonomik Statü |
| IBBS | İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması |
| H | Hipotez |
| HBM | Health Belief Model (Sağlık İnanç Modeli) |
| HES | Hayat Eve Sığar |
| IOM | Intitute of Medicine (İlaç Enstitüsü) |
| MERS | Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu) |
| NAAL | National Assesment of Adult Literacy Survey (Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Anketi Değerlendirmesi) |
| SARS | Severe Acute Respiratory Syndrome (Ağır Akut Solunum Sendromu) |
| SPSS | Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) |

TABLO LİSTESİ

| | |
|---|-----|
| Tablo 2.1: Halkın Gözünden Halk Sağlığı İmajları | 19 |
| Tablo 2.2: Halk Sağlığının Seçilmiş Tanımları | 19 |
| Tablo 2.3: Sağlık İletişimin Temel Özellikleri..... | 38 |
| Tablo 2.4: Etkili Hizmet Sağlayıcı-Hasta İletişiminin Önündeki Engeller: Hasta Faktörleri Eğitim Düzeyi | 43 |
| Tablo 2.5: E-Sağlığın Avantaj ve Dezavantajlarının Yanı Sıra E-Sağlığın Gelişimini Kolaylaştıran ve Önündeki Engellerin Özeti | 53 |
| Tablo 2.6: Sağlık İletişiminde Kullanılan Kanallar | 63 |
| Tablo 2.7: Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Şekilleri | 99 |
| Tablo 3.1: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Değerlendirme Kategorileri | 124 |
| Tablo 3.2: TSOY-32 Alt Ölçek Grupları | 125 |
| Tablo 3.3: Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma..... | 125 |
| Tablo 3.4: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama | 126 |
| Tablo 3.5: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme | 126 |
| Tablo 3.6: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama | 127 |
| Tablo 3.7: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği | 128 |
| Tablo 3.8: Yetkinlik İşlev Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı | 130 |
| Tablo 3.9: Yetkinlik İşlev Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi | 131 |
| Tablo 3.10: Yapı Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı | 131 |
| Tablo 3.11: Yapı Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi..... | 132 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 3.12: Algılanan Önem Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı | 132 |
| Tablo 3.13: Algılanan Önem Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi | 133 |
| Tablo 3.14: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı | 133 |
| Tablo 3.15: Algılanan İşlev Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi | 134 |
| Tablo 3.16: Algılanan Engel Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı | 134 |
| Tablo 3.17: Algılanan Engel Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi | 135 |
| Tablo 3.18: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı..... | 135 |
| Tablo 3.19: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi | 136 |
| Tablo 3.20: Algılanan Uygulama Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı | 136 |
| Tablo 3.21: Algılanan Uygulama Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi | 137 |
| Tablo 3.22: Bilgi Kaynakları KMO ve Bartlett's Test Sonuçları | 138 |
| Tablo 3.23: Bilgi Kaynakları Faktör Analizi Sonuçları | 138 |
| Tablo 4.1: Demografik Bilgilerin Cinsiyete Göre Dağılımı | 140 |
| Tablo 4.2: Cinsiyete Göre İllerin Dağılımları | 141 |
| Tablo 4.3: Medeni Duruma Göre Dağılım | 142 |
| Tablo 4.4: Medeni Duruma Göre İllerin Dağılımları | 142 |
| Tablo 4.5: Yaş Gruplarına Göre Dağılım | 143 |
| Tablo 4.6: Yaş Gruplarına Göre illerin Dağılımı | 143 |
| Tablo 4.7: Aylık Hane Gelirine Göre Dağılım | 144 |
| Tablo 4.8: Aylık Hane Gelirine Göre İllerin Dağılımları | 145 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 4.9: Sosyo-Ekonomik Statüye Göre Dağılım | 145 |
| Tablo 4.10: Sosyo-Ekonomik Statülerine Göre İllerin Dağılımları | 146 |
| Tablo 4.11: Eğitim Durumuna Göre Dağılım | 146 |
| Tablo 4.12: Eğitim Durumuna Göre İllerin Dağılımları | 147 |
| Tablo 4.13: Sigara/Nargile Kullanım Durumuna Göre Dağılım..... | 147 |
| Tablo 4.14: Sigara/Nargile Kullanım Durumuna Göre İllerin Dağılımları..... | 148 |
| Tablo 4.15: Spor Yapma Sıklıklarına Göre İllerin Dağılımları | 148 |
| Tablo 4.16: Spor Yapma Sıklığına Göre Dağılım..... | 149 |
| Tablo 4.17: Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılım..... | 150 |
| Tablo 4.18: Kortizon İçerikli Bağışıklık Sistemini Zayıflatan İlaçları Kullanım Durumuna Göre Dağılım..... | 149 |
| Tablo 4.19: Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre İllerin Dağılımları... | 150 |
| Tablo 4.20: Kortizon İçerikli Bağışıklık Sistemini Zayıflatan İlaçları Kullanma Durumuna Göre İllerin Dağılımları..... | 151 |
| Tablo 4.21: Yetkinlik ve İşlev Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları..... | 152 |
| Tablo 4.22: Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları | 155 |
| Tablo 4.23: Algılanan Önem Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları..... | 156 |
| Tablo 4.24: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları..... | 157 |
| Tablo 4.25: Algılanan Engel Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları | 158 |
| Tablo 4.26: Uygulama Kılavuzu Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları | 159 |
| Tablo 4.27: Cinsiyete göre Yetkinlik ve İşlev Alt Ölçeği Dağılımı | 160 |
| Tablo 4.28: Cinsiyete Göre Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeği Dağılımı | 162 |
| Tablo 4.29: Cinsiyete Göre Algılanan Önem Alt Ölçeği Dağılımı..... | 164 |
| Tablo 4.30: Cinsiyete Göre Algılanan Fayda Alt Ölçeği Dağılımı..... | 166 |
| Tablo 4.31: Cinsiyete Göre Algılanan Engel Alt Ölçeği Dağılımı | 168 |
| Tablo 4.32: TSOY-32-1 Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları | 169 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 4.33: TSOY-32-2 Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları | 170 |
| Tablo 4.34: TSOY-32 Ölçek Değerlendirmesi | 172 |
| Tablo 4.35: Matris Bileşenlerinin İndeks Puanlarının Ortalama ve %95 Güven Aralığı Değerleri | 173 |
| Tablo 4.36: Matris Bileşenlerinde Cinsiyete Göre İndeks Puanları..... | 174 |
| Tablo 4.37: Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri | 174 |
| Tablo 4.38: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri..... | 175 |
| Tablo 4.39: Sosyo-Ekonomik Statülerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri . | 175 |
| Tablo 4.40: Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri..... | 176 |
| Tablo 4.41: İllere Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri..... | 177 |
| Tablo 4.42: Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Sosyal Medyanın Yeri | 178 |
| Tablo 4.43: Sosyal Medya da Sağlık Haberlerini Takip Etme Nedenleri..... | 179 |
| Tablo 4.44: Bilgi Kaynaklarına Güven Durumu..... | 180 |
| Tablo 4.45: Normallik Testi | 181 |
| Tablo 4.46: Kruskall Wallis Testi | 182 |
| Tablo 4.47: Sağlık Davranışları için Tukey Testi | 182 |
| Tablo 4.48: Sağlık Haberleri için Tukey Testi..... | 183 |
| Tablo 4.49: Algılanan Fayda ile Sağlık Davranışları Arasındaki Korelasyon Katsayısı | 183 |
| Tablo 4.50: Algılanan Önem ile Sağlık Davranışları Arasındaki Korelasyon Katsayısı | 183 |
| Tablo 4.51: Kullanılan Değişkenlere İlişkin Kısaltmalar..... | 184 |
| Tablo 4.52: Belirlilik Katsayısı ve Durbin Watson Testi..... | 185 |
| Tablo 4.53: ANOVA Tablosu | 185 |
| Tablo 4.54: Regresyon Katsayıları ve VIF Değerleri | 186 |

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1: Örneklem Hata Payına Göre Alınabilecek Örneklem Büyüklüğü..... 122

Bölüm 1

GİRİŞ

Tarih boyunca aralıklarla ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların toplumlar üzerinde derin ve kalıcı etkileri olduğu görülmektedir. Bu olaylar, çoğu zaman yüzyıllar süren etkileri ile insan uygarlığının ekonomik, politik ve sosyal yönlerini güçlü bir şekilde şekillendirmiştir. Halk sağlığının geleceği, halk sağlığının misyonunu insanların sağlıklı olabileceği koşulların sağlanması, “yerine getirilmesi” olarak yeniden tanımlamıştır (Institute of Medicine, 1988). Diğer bir deyişle, halk sağlığının özü, “insan sağlığının korunmasını” amaçlayan organize toplumsal çabaların bir bütünüdür. Bu bağlamda gerçekleştirilen çabalar içinde halkın bilinçlendirilmesi noktasında kitle iletişim araçlarının önemli bir rolü vardır.

Kitle iletişim araçları insanların yaşamlarında merkezi bir rol oynamaktadır. Medya, halkı sağlığı ile ilişkili sorunlar hakkında bilgilendirmede bir dizi rol oynarken halka doğru sağlık ve bilimsel gelişmeleri bildirme sorumluluğu da bulunmaktadır. Etkili medya iletişimi, güven uyandırmayı ve ilgili konular veya eylemlerin anlaşılmasını teşvik etmeyi amaçlayan değişimi sağlamak için büyük bilgi sürecinin de ayrılmaz bir parçasıdır. Zira Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından COVID-19 salgınının Dünya genelinde pandemi olarak ilan edilmesinin ardından tüm gözler medyada yer alan sağlık haberlerine kaymış ve global düzeyde hastalığın seyri, ölüm oranları, tedavi yöntemleri, korunma tedbirleri gibi pek çok önemli bilginin paylaşılmasında tüm ülkelerin kamu gündeminde medya ana bilgi kaynağı olarak konumlanmıştır.

DSÖ Genel Sekreteri Tedros Adhanom Ghebreyesus'un açıklaması ile Çin'in Vuhan şehrinde 2020 yılının aralık ayında başlayan ve tüm dünyaya yayılan koronavirüs salgını 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilmiştir. Genel Sekreter Ghebreyesus'un "Pandemi basit bir kavram değildir. Yanlış kullanılması yersiz korkuya veya hastalığa karşı mücadelenin bir faydasının kalmadığı düşüncesi vesilesiyle daha fazla ölüme yol açabilir" sözleri ile de böylesi hassas dönemlerde iletişimin ne kadar önemli olduğu ortaya konulmuştur (WHO press release, 2020). Halk sağlığını etkileyen günlük konular genelde medyanın çok az ilgisini çekerken, dünya genelinde eşzamanlı yaygın olarak çok sayıda insanı tehdit eden bulaşıcı pandemi olarak tanımlanan hastalık dönemlerinde bilgiye olan talep arttıkça medyaya oldukça büyük görevler düşmektedir (Schneider vd., 2017).

Özellikle salgın dönemlerinde sağlık ile ilgili iletişimin kitlelere erişim hızı salgına neden olan virüsün yayılma hızından çok daha yüksektir (WHO Field Guide, 2015). Bu tür durumlarda politika yapıcılardan, haber medyası ve halkın tümü zamanında ve doğru bilgi bekler. Küresel bir sorun olan ve Türkiye'de de hâlen mücadele ettiğimiz COVID-19 pandemisinden korunmaya ve hastalıkla mücadeleye yönelik gereken sağlık davranışı değişikliği yaratmak başta DSÖ olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin en önemli hedefleri arasında gösterilebilir.

DSÖ'ye göre, sağlık okuryazarlığı (SOY) bireyin iyi sağlık hâlinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilmesi, bilgiyi anlayabilmesi ve kullanabilmesi yeteneği olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2021). Medya, pandemi sırasında önleyici davranışların yaygınlaştırılması ve kamu ve diğer sağlık yetkililerinin halk sağlığı önlemlerini tanıtmasına yardımcı olabilmektedir. Ancak, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan topluluklarda beklenen etki görülemeyebilir (WHO Field Guide, 2015). Sadece yakın zamanda yaşanan benzer

pandemi tecrübeleri (domuz gribi, SARS, Avian Influenza, vd.) medya iletişiminin pandemi yönetimi süreçlerini doğrudan etkilediği, iyi planlanmış sağlık iletişiminin halk sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu, sağlığın korunmasını desteklediği, ihtiyaç duyulan bilgileri sağlayabildiği için gergin halkı sakinleştirebildiği, işbirlikçi davranışları teşvik ettiği için hayat kurtarmaya yardımcı olabildiği, bu dönemde zayıf iletişimin ise paniğe neden olabileceği, güveni zayıflatabileceği hatta ekonomi üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir (WHO Field Guide, 2015).

Ratzan ve Parker'ın (2000) bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımladığı sağlık okuryazarlığının yeni tanımına medyanın rolünü ve sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve sağlık kararları üzerindeki psikolojik etkisi gibi çok boyutluluğun bir tanımını eklemek mümkündür. Zira bu bilgilere erişim için en hızlı ve yaygın kanal medyadır.

Tüm bu bilgiler ışığında 21. yüzyılın en büyük küresel tehditlerinden biri olan COVID-19 salgınından halkın korunması için geliştirilebilecek kapsamlı ve etkili iletişim stratejilerine ihtiyacın olduğu bir dönemde olduğumuz söylenebilir. Bu nedenle araştırmanın yer alacağı tezin literatür taraması ekseninde halk sağlığı, pandemi, COVID-19 pandemisi, sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışı ve sağlık iletişimde kullanılan davranışsal kuram ve modeller gibi temel kavramlar ele alınmıştır.

Bu çalışmanın genel amacı COVID-19 pandemisi sürecinde, Türkiye'de halkın hangi kanallardan sağlık bilgisine ulaştığı, sağlık bilgisine duyduğu güven, sağlık bilgisini anlama ve uygulama kapasitesine ilişkin edinilecek bilgiler çerçevesinde,

bundan sonra karşılaşılabilecek benzer durumlara ilişkin iletişim stratejisi öngörülerinde bulunmaktadır.

1.1 Çalışmanın Arka Planı

Bu tez çalışması, Türkiye’de halkın hangi kanallardan sağlık bilgilerine ulaştığı, sağlık bilgisine duyduğu güven, sağlık bilgisini anlama ve uygulama kapasitesine ilişkin edinilecek bilgiler çerçevesinde, bundan sonra karşılaşılabilecek benzer durumlara ilişkin iletişim stratejisi öngörülerinde bulunmak hakkındadır. Araştırma kapsamında, Türkiye’de sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve davranış boyutları, sağlık iletişimi ilişkisi çerçevesinde incelenmiştir.

Tez beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, çalışmayı yönlendiren giriş bölümüdür ve bu tezin neye odaklandığını ortaya koymaktadır. İkinci bölümde, literatür taramasında çalışmanın konusu ile ilgili literatür bilgileri incelenmiştir. Üçüncü olarak araştırmanın yöntemi bölümünde araştırma kapsamında yürütülen çalışmaların yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Dördüncü bölüm, çalışmanın bulgularını içermektedir. Beşinci bölümde ise sonuç başlığı altında araştırma soruları ve hipotezlerin, elde edilen bulguların özeti ile çalışmadan çıkarılan sonuçlara yer verilmiştir. Ayrıca ileriki çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

1.2 Problem Tanımı

Geçmişte ortaya çıkan birçok bulaşıcı hastalık salgınlarının toplumlar üzerinde derin ve kalıcı etkileri olduğu bilinmektedir. Bu salgınların yüzyıllar sürebilen dışa vurumları ile toplumların ekonomik, politik ve sosyal yönlerini güçlü bir şekilde değiştirebildiği görülmektedir. Bununla birlikte, salgın döneminde önemi daha da artan kitle iletişim araçları insanların yaşamlarında merkezi bir rol oynadığı görülmektedir. Medya, halkı sağlığı ile ilişkili sorunlar hakkında bilgilendirmede bir dizi role sahiptir. Ayrıca, halka en güncel, bilimsel ve doğru sağlık gelişmelerini

bildirme sorumluluğu da bulunmaktadır. Etkili medya iletişimi, güven uyandırmayı ve ilgili konular veya eylemlerin anlaşılmasını teşvik etmeyi amaçlayan değişimi sağlamak için büyük bilgi sürecinin de ayrılmaz bir parçasıdır. DSÖ tarafından, COVID-19 salgınının dünya genelinde pandemi olarak ilan edilmesinin ardından tüm gözler medyada yer alan sağlık haberlerine çevrilmiş ve global düzeyde hastalığın seyri, ölüm oranları, tedavi yöntemleri, korunma tedbirleri gibi pek çok önemli bilginin de ulusların kamu gündeminde medyanın ana bilgi kaynağı olarak konumlanmasına neden olmuştur.

Sağlık iletişimi çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır. Farklı grupları etkilemek, dâhil etmek, güçlendirmek ve desteklemek için sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntemleri değiş tokuş etmek için farklı popölasyonlara ve gruplara ulaşmak, böylece bir sağlık veya sosyal davranışı savunmak, tanıtmak, benimsemek veya sürdürmekle ilgilidir. Nihai olarak birey, toplum ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirecek uygulama veya politikalar bütünüdür denilebilir.

Özellikle salgın dönemlerinde sağlık ile ilgili iletişimin kitlelere erişim hızı salgına neden olan virüsün yayılma hızından çok daha yüksek ve hızlı olabilmektedir (WHO Field Guide, 2015). Tüm dünyanın yaşadığı COVID-19 salgınının medya iletişiminin pandemi yönetimi süreçlerini doğrudan etkilediğini, iyi planlanmış sağlık iletişiminin halk sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu, sağlığın korunmasını desteklediği, ihtiyaç duyulan bilgileri sağlayabildiği için gergin halkı sakinleştirebildiği, işbirlikçi davranışları teşvik ettiği için hayat kurtarmaya yardımcı olabildiği, bu dönemde zayıf iletişimin ise paniğe neden olabileceği, güveni zayıflatabileceği hatta ekonomi üzerinde olumsuz sonuçlara yol açaabileceği ortaya konulmuştur (WHO Field Guide, 2015). Tüm bu bilgiler ışığında 21. yüzyılın en büyük küresel tehditlerinden biri olan COVID-19 salgınından halkın korunması için

geliştirilebilecek en kapsamlı ve etkili iletişim stratejilerine ihtiyaç olduğu bir dönemde olduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenle bu araştırmanın problemi salgın döneminde medyadaki sağlık iletişimi çalışmalarının ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 gibi önemli salgınlarda halk sağlığının tutum ve davranışlarının belirleyicisi olup olmadığıdır.

YÖK Ulusal Tez Merkezi web sitesi tarandığında Türkiye’de sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgi düzeyinin halk sağlığının korunmasında COVID-19 pandemisinde bireylerin tutum ve davranış boyutları arasındaki ilişkisi ile sağlık bilgilerinin alıcısı perspektifinden bilgi kaynaklarına güven ilişkisinin tez konusu olarak incelenmediği görülmüştür. Ayrıca literatür taramasında COVID-19 sürecinde bu alanda ülkemizde bu kapsamda bir araştırmanın yapılmadığı görülmüştür.

1.3 Araştırmanın Amacı

Araştırmanın konusunu COVID-19 pandemisi, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi ilişkisi ile Türk toplumunun sağlık okuryazarlığı ve pandemiden korunmaya yönelik gösterdiği tutum ve davranışlar oluşturmaktadır. Araştırmada bu kapsamda; literatür taraması ekseninde halk sağlığı, pandemi, COVID-19 pandemisi, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişiminde kullanılan davranışsal kuram ve modeller gibi temel kavramlar ve salgın süreçleri ile ilişkisini incelenmenin yanı sıra, COVID-19 pandemisi boyunca sağlık iletişiminde davranışsal kuram ve modellerin toplum tutum ve davranışlarına yansımaları da bu araştırmada incelenmiştir. Pandemi sırasında önleyici davranışların ve buna ilişkin faktörlerin yaygınlığının araştırılması, yetkililerin genel nüfustaki sağlık davranışları oranını iyileştirebilmesinde ve halk sağlığı önlemlerini teşvik etmesinde yardımcı olacaktır. Literatür taraması ağırlıklı olarak sağlık bilgilerinin toplum ile buluşabileceği kitle iletişim kanalları, iletişim stratejilerinin çeşitleri, kamu, sivil toplum kuruluşları ve sağlık profesyonellerinin

rollerini tanımlamaya yönelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle tez çalışmasında yer alan bu saha araştırmasında sağlık bilgilerinin alıcısı perspektifinden bakılmaktadır. Burada amaç;

- (1) Türkiye’de halkın hangi kanallardan sağlık bilgilerine ulaştığı,
- (2) Sağlık bilgisine duyduğu güven,
- (3) Sağlık bilgisini anlama ve uygulama kapasitesine ilişkin edinilecek bilgiler çerçevesinde, bundan sonra karşılaşılabilecek benzer durumlara ilişkin iletişim stratejisi öngörülerinde bulunmaktır.

1.4 Araştırmanın Önemi

Literatür taraması ağırlıklı olarak sağlık bilgilerinin toplum ile buluşabileceği kitle iletişim kanalları, iletişim stratejilerinin çeşitleri, kamu, sivil toplum kuruluşları ve sağlık profesyonellerinin rollerini tanımlamaya yönelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırma, bir pandemi sırasında önleyici davranışların ve onunla ilişkili faktörlerin yaygınlığına yönelik olduğundan, yetkililerin genel nüfustaki sağlık davranışları oranını iyileştirmek için halk sağlığı önlemlerine yönelik teşvikleri nasıl sağlamaları gerektiği yönünde ışık tutacaktır. Bu nedenle tez çalışmasında yer alan bu saha çalışması araştırmasında sağlık bilgilerinin alıcısı perspektifinden bakılmıştır. Sağlık bilgilerinin yer aldığı kaynaklara güven ve sağlık okuryazarlığı ilişkisinin ortaya konularak beklenen davranış ve tutum değişikliği ilişkisinin belirlenmesi; içinde bulunduğumuz yüzyılın en önemli sağlık problemi olan COVID-19 pandemisi gibi halk sağlığını tehdit eden dönemlerde birey ve toplum sağlığını geliştirmek için etkili yaklaşımlar, zorluklar ve fırsatlar konusunda ileriki dönem araştırmalara da öngörü sunabilecektir.

Yaşadığımız COVID-19 pandemisi, tüm dünyayı olduğu gibi ülkemizi de hem ekonomik hem de yaşam ve hayatta kalma mücadelesi anlamında büyük bir sınavla

karşı karşıya getirmiştir. Bugünkü salgının istatistiklerine bakıldığında hastalıkla mücadelede ne yazık ki beklenen başarıya ulaşamadığı gözlemlenmektedir. Bu dönemde toplum âdeta bilgi bombardımanına tutulmuş olup birbiriyle çelişen ya da tam aksini iddia eden söylemlerle halkın kafasını karıştırmaya devam etmiştir. Bu araştırmayı diğer araştırmalardan ayırtıran en önemli unsur; bulguların araştırmanın yapıldığı 12 farklı il ve düzeyinde verilmesidir. Böylelikle bu araştırma sonucunda Türkiye'nin farklı illerindeki durum da ortaya konulmuş olmaktadır.

1.5 Araştırmanın Motivasyonu

COVID-19 pandemi sürecinde hastalığın seyri, ilerlemesi, yayılması ve yüksek ölüm oranları sebebiyle uygulanan karantina tedbirleri, başta ülkemiz olmak üzere dünya ekonomisini de büyük sekteye uğratmıştır. Yaşanılan bu zorlu dönemde tüm iletişim kanallarının bireyleri sıklıkla maruz bıraktıkları her gün yeni ve zaman zaman da karıştırıcı mesajlar süreci daha da karmaşık hâle getirmiştir. Bu dönemde yürütülen çok sayıda iletişim kampanyası kapsamında salgınla mücadele ile ilgili davranış değişiklikleri ortaya çıkartmak ve davranış değişikliklerini tetikleyecek mesajların bireylere ulaştırılması hedeflenmiştir. Kampanyalarda kullanılan başlıca mesajlar arasında, “Ellerinizi düzenli olarak yıkayın!”, “Mendil içinde veya dirseğinizde öksürün!”, “Mesafeyi koruyun”, “Sosyal mesafeyi koruyun!”, “Temiz yüzeyler!”, “Yüzünüze dokunmayın!” gibi mesajlar örnek olarak verilebilir. Tüm bu çalışmalara rağmen davranış değişikliğinin yine de zor olduğunu hastalığın seyri ile ilgili bilgiler doğrulamaktadır. Araştırmanın en önemli motivasyon unsuru araştırmanın planlandığı ve yürütüldüğü tarihler arasında COVID-19 vaka sayılarının hâlen yüksek seyrediyor olması ve aşağıdaki sorulara yanıt bulunabilmesidir. Bu sorular halkın pandemi hakkında;

- Ne kadar bilgi sahibi olduğu,

- Ne kadarını anlayabildiği,
- Bu bilgilere ne kadar güvendiği ve
- Korunmaya yönelik sağlık tutum ve davranışlara ne kadar uyduğunu içermektedir.

Tüm bu sorular “Türkiye’de COVID-19 Sürecinde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi İlişkisi” isimli tez çalışmasına yönelmiştir. Ayrıca literatür taramasında yer alan akademik bilgilerin liderlere tavsiyede bulunma, yerel toplulukları veya genel olarak halkla doğrudan iletişim kurma ihtiyacı olan herkes için birçok önemli içgörü sunabilecek olması da diğer bir motivasyon unsurudur.

1.6 Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya yön veren en önemli varsayımlar; (1) bireylerin COVID-19 salgınının küresel bir pandemi olduğunun farkında olmaları, (2) henüz tedavisinin bulunmadığı bilgisine sahip olmaları, (3) hastalığın seyri ve sağlığın korunmasına yönelik bilgileri de medya kanallarını takip ederek edindikleridir.

1.7 Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırma Soruları (AS) ve Hipotezleri (H) aşağıda belirtilmektedir.

Araştırma soruları (AS);

AS1: Farklı medya platformlarının kullanımı, COVID-19 hakkında halk sağlığı bilincini artırmış mıdır?

AS2: Medya platformlarının kullanımı, halkın COVID-19'a yönelik tutum ve davranışlarını hangi yönde etkilemektedir?

AS3: Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, COVID-19'a karşı halk sağlığının korunmasında rolü var mıdır?

AS4: Türkiye’de COVID-19 salgını boyunca halkın sağlık bilgilerine erişim kaynakları en çok hangi platformlar olmuştur?

AS5: COVID-19 salgını sürecinde medyada yer alan sağlık haberlerine Türkiye’de halkın güven algısı hangi düzeydedir?

Hipotezler;

H1: Sağlık bilgilerinin yer aldığı medya platformlarının kullanımı halk sağlığı bilincini önemli ölçüde artırır.

H2: Halk sağlığı bilinci, halk sağlığı tutum ve davranış değişikliğini önemli ölçüde artırır.

H3: Medya platformlarının etkin ve yerinde kullanımı halk sağlığının korunmasını önemli ölçüde artırır.

H4: Sağlık okuryazarlığı, medya platformları ile halk sağlığı bilinci arasındaki ilişkinin belirleyicisidir.

1.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Ekim 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında Türkiye’de yaşayan erişkin grubu temsil eden 12 ilde (Adana, Ankara, Bursa, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Malatya, Samsun, Balıkesir ve Trabzon) ikamet eden, A, B, C1, C2 ve D SES grubu mensubu, son 1 sene içerisinde sağlık hizmeti almış, 18 yaş ve üzeri kadın ve erkekler ile sınırlıdır.

Araştırmaya dâhil olma ve olmama kriterleri de araştırmanın diğer sınırlılığı olup aşağıda bu kriterler açıklanmıştır.

- Araştırmaya dâhil olma kriterleri;
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
- 18 yaş ve üzeri bir yaşta olmak,
- Okuryazar olmak, COVID-19 salgın dönemi boyunca Türkiye’de olmak,
- Sağlık profesyoneli olmamaktır.

Araştırmaya dâhil olmama kriterleri ise;

- Araştırmaya katılmak istemiyor olmak,
- 18 yaşın altında olmamak,
- Okuryazar olmamak,
- COVID-19 salgın dönemi boyunca Türkiye’de olmamak,
- Sağlık profesyoneli olmaktır.

Araştırmada yer alan toplumun Pandemiden Korunmaya Yönelik Gösterdiği Tutum ve Davranış Araştırması’nın dayandığı Sağlık İnanç Modeli bu araştırmanın diğer sınırlılığıdır. COVID-19 pandemisi nedeniyle anket formlarının uygulanması için yapılan görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilememiş, bunun yerine C.A.P.I. (Computer Assisted Personal Interview) yönteminden faydalanılmıştır. Bu nedenle, başta hedeflenen daha az sayıda görüşme yapılabildiği olması da araştırmanın diğer sınırlılığıdır.

1.9 Bu Alanda Yapılan Diğer Çalışmalar

Prof. Dr. İnci Çınarlı’nın “21.Yüzyılda Sağlık İletişimi” isimli kitabı Nobel Akademik yayıncılık tarafından 2019 yılında yayınlanmıştır. Literatüre zengin katkıda bulunan bu çalışma sağlığın ve hastalığın sosyolojik açıdan değerlendirmesini yaparken, sağlık iletişiminin boyutlarını, sağlık iletişimde kullanılan kuram ve modelleri, stratejileri, sağlık iletişimi kampanya süreçleri, halk sağlığı enformasyonu ve medya arasındaki ilişki ve sağlık okuryazarlığı konularını da detaylı olarak ele almıştır (Çınarlı, 2019).

Çınarlı’nın Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi’nde 2005 yılında yayınlanan “Risk İletişimi Açısından SARS (Şiddetli Akut Solunum Sendromu) Salgını” başlıklı yayını (Çınarlı, 2005) yürütülen bu tez çalışmasına ilham olmuştur.

Bu çalışmada COVID-19 salgınına benzer olarak 2003 yılında özellikle Uzak Doğu’yu etkileyen SARS salgını örnek vaka olarak incelenmiş ve literatür taraması

kapsamında incelenmiştir. Küresel salgın sürecinde hastalığı taşıyan bireylerin toplumdan soyutlanması, izlenmesi, karantina uygulamaları, seyahat kısıtlamaları gibi yöntemler incelenirken aynı zamanda yeni medya araçlarının sağlık iletişimi açısından hayati önem taşıyan halkın ve sürece dâhil olan tüm paydaşların hızlı, doğru ve anlaşılabilir mesajlar ile bilgilendirilmesi, etkileşimin sağlanarak medyanın sorumlu davranması ile başarılı çalışmalar yapılabileceği ortaya konulmuştur. Bu çalışmanın en önemli önergesi Türkiye’de yakın zamanda meydana gelebilecek benzer salgın durumunda sağlık iletişiminin çok disiplinli bir yaklaşım ile özellikle iletişim alanındaki uzmanların katılımı ile yeni medyadaki iletişimin etkinleştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması yönündedir.

Yüksel ve arkadaşları (Yüksel vd., 2016) tarafından yürütülen “Türkiye’de Sağlık Konulu Yayınların Analizi” çalışması “Türkiye’de Sağlık Konulu Yayıncılık İlkelerinin Belirlenmesi: Kaynak, İleti ve Hedef Kitle Bağlamında Sağlık Konulu Yayınların Analizi” konulu araştırma sonuçlarının özetlendiği çalışmada, ülkemizdeki sağlık konulu yayıncılık; kaynak kişiler, sağlık ve medya profesyonelleri, medya içerikleri ve hedef kitle boyutlarında incelenmiş, bu yayınlara ilişkin olumlu ve olumsuz yönler ortaya konulmuştur. Bulgular medya içeriklerinin durumunu, bu içeriklere dair sağlık ve medya profesyonellerinin görüş ve deneyimlerini, halkın bu içeriklerle ilgili düşünce, tutum ve uygulamaları ile tüm paydaşların ne yapılması ve nasıl olması gerektiğine ilişkin kanaat ve beklentileri ortaya konmuştur. Bu yönü ile çalışma COVID-19 sürecinde Türkiye’de yaşayan toplumunun sağlık bilgilerine erişim kanallarına güven ile sağlık okuryazarlığı boyutundan hastalıktan korunmaya ilişkin sağlık tutum ve davranışlarının belirlenmesi başlıklı araştırma konusuna yönelmek açısından ilham olmuştur.

Bölüm 2

LİTERATÜR TARAMASI

2.1 Halk Sağlığı, Pandemi ve İletişim

Medeni bir toplumda yaşam beklentisi, yaşam koşullarının temelde sağlıklı olmasıdır. Su kaynağında salgına neden olacak bir virüs gibi olağandışı bir şey olmadıkça, insanlar temelde güvenli olduklarını varsaymaktadır. 19. yüzyılın ortalarında, İngiltere ve Galler'de sağlık kayıtları tutulmaya başladığında, özellikle çocuklar arasında ölüm oranları çok yüksektir. Her on yeni doğan bebekten ikisi ya da üçü asla ilk doğum günlerine ulaşamamış, her on çocuktan beş ya da altı çocuk altı yaşından önce ölürken on kişiden sadece üçü 25 yaşının üzerinde yaşamıştır. Tüberküloz 19. yüzyılın ortalarında en büyük ölüm nedeni olarak kayıtlara geçmiştir. Kolera, tifo ve çiçek hastalığı toplulukları sarmış, her yaşta insanın ölümüne neden olmuştur (Turnock, 2016).

Geçen yüzyıl ve takip eden yıllar, halk sağlığının nerelere geldiğine ve önümüzde uzanan zorluklara ileriye bakmak için ender bir fırsat sunmaktadır. Bundan 100 yıl sonra, yaşam beklentisinin 30 yıl daha fazla olduğu ve bebek ölüm oranlarının bugünkünden %95 daha düşük olduğu bir dünya hayal etmek mümkünken 2020 yılının başından bu yana yaşadığımız ve dünyayı sarsan COVID-19 Pandemisi halk sağlığı kavramının insanlığın devamı için önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

Sonuç olarak; COVID-19 süreci topluma, halk sağlığı, başlıca yararlanıcısı olan halk ve aynı zamanda kendini işine adanmış pek çok uygulayıcısı tarafından yeterince anlaşılmamış olduğunu da göstermiştir. Pandemi sürecinde hastalığın seyri,

ilerlemesi, yayılması ve yüksek ölüm oranları nedeniyle uygulanan karantina tedbirleri başta olmak üzere Dünya ekonomisine de büyük darbe vurmuştur. Halk sağlığının korunmasında, hastalıkla mücadele ve koruyucu – önleyici tedbirlerin alınmasında zamanında müdahale için iletişimin önemi ve hızı en ön safhada yerini almıştır.

İnsanoğlunu diğer canlılardan üstün kılan en önemli meziyetleri düşünme, aklı ve özgür muhakeme yeteneği ile hareket edebilme, hepsinden önemlisi yaşamsal deneyimleri ile de öğrenebilme yeteneğidir. İnsanoğlunun tarihine bakıldığında en eski kalınlardan günümüze kadar tüm bu meziyetlerini iletişime dökme ihtiyacı göze çarpmaktadır. Tüm bu izlerde bazen bir eylemi, bazen bir bilgiyi bazen de bir gücü paylaşma isteği görülmektedir. Geçmişten günümüze kadar insanoğlunun iletişim ihtiyacı bazen dönemin, bazen ortamın, bazen de yaşam deneyim alanının etkisi ile şekillenmiş, en çok da kriz ve risk durumlarında iletişimin gücünden faydalanılmıştır (Covello, 1992).

İletişim en basit şekliyle bir gönderici, bir alıcı ve bir mesajı içeren basit bir süreç olarak anlaşılmaktadır. Oysaki tarihsel gelişimde ortaya çıkan ve zaman zaman hâkim olan ana akımlar ve kuramlar bu sürecin hiç de basit olmadığını net bir şekilde ortaya koymuştur. İletişim bilimine ait araştırmalar 1920’li yıllarda Amerika’da başlamış ve o dönemin koşullarında siyaset alanına sıkışmışken ilerleyen dönemlerde toplumsal düzenin sağlanması gibi çok geniş kavramları kapsayacak genişliğe ulaşmıştır. Kitle iletişim araçlarının insanları nasıl ikna edip yönlendirebildiği kuramından hareketle halk sağlığının geliştirilmesi alanındaki çalışmaların yapılmasında iletişim boyutu önemli bir yer bulmuştur (Thomas, 2006).

Kısaca; tezin bu bölümünde halk sağlığı kavramı irdelenirken pandemi tanımı ve tarihçesine değinilecektir. Çağın en önemli salgın hastalığı ilan edilen COVID-19 pandemisi hakkında var olan literatür bilgilerine yer verilecek Dünya’daki ve

Türkiye'deki durum paylaşılacaktır. Hastalığın tanımından koruyucu önleyici, tedavi ve korunma için geliştirilmesi beklenen gereken tutum ve davranışlar açıklanmaya çalışılacaktır. Dünya Sağlık Örgüsü (DSÖ) başta olmak üzere ülkemizdeki COVID-19 salgını sürecindeki Kamu Politikası ve Kurumsal Sağlık İletişimi örnekleri paylaşılacaktır.

2.1.1 Halk Sağlığı Kavramı

Halk sağlığı tespit edilmesi zor, soyut bir kavramdır. Halk sağlığı ile ilgili haberler her gün medyada yer bulmakta, ancak bunlar halk sağlığı hikâyeleri olarak etiketlenmediği gibi çoğu insan haberleri bu şekilde tanımamaktadır (Vishwanat, 2008). Halk sağlığı topluluğunun son 50 yılda karşılaştığı tartışmasız en büyük zorluk olarak devam eden AIDS salgını, alanın çok disiplinli doğasını ve genellikle halk sağlığının doğal bir bileşeni olan karmaşık etik ve politik sorunları işaret etmektedir. Günümüzde ise COVID-19 pandemisi son yüz yılın en yaygın, hâlen mücadelesi devam eden en ürkütücü halk sağlığı sorunu olarak insan yaşamına girmiştir.

2020 yılı pek çok şeyle hatırlanabilir, ancak Dünya'da halk sağlığı açısından neredeyse yüz yılda bir insanlık tarihini etkileyen ve gündeme yeniden "pandemi" kavramını alan bir yıl olarak hatırlanacak olması kaçınılmazdır. Halk sağlığı nedir ve günümüzde neden önemlidir sorularını yanıtlayabilmek için halk sağlığının ne olduğuna dair, halk sağlığının biyolojik, ekonomik ve insani açıdan değeri hakkında fikir sahibi olabilmek adına çeşitli tanımları ve sınıflandırmaları incelemekte fayda vardır.

McNeil'in (1977) tarifiyle, halk sağlığının tam tarihi başlı başına büyüleyici bir destandır. Eski kültürler hastalığı doğaüstü güçlerin tezahürü olarak algıladıklarından, kişisel ya da kolektif eylem yolunda çok az şeyin mümkün olduğunu hissetmişlerdir. Yüzyıllar boyunca hastalık, salgınla eş anlamlı olarak tanımlanmıştır.

Kara ölüm (veba), cüzzam ve kolera gibi bulaşıcı hastalıkların korkunç salgınları da dahil olmak üzere hastalıklar, kabul edilmesi gereken fenomenler olarak tarihe geçmiştir. Bilimsel araştırmanın, zamanın “verilenleri” veya kabul edilen gerçeklerine meydan okumaya başlaması, Akıl Çağı ve Aydınlanma denilen döneme kadar uzanmaktadır. Sanayileşme ve emperyalizm birlikte, salgın hastalıkların korkunç bedellerinin artırması için sahne hazırlamıştır. Nüfusun ticaret ve sanayi amacıyla şehir merkezlerine kaymasıyla halk sağlığı koşullarını olumsuz yönde etkilemiştir. Sağlıksız koşullarda yaşayan, güvenli olmayan ve sömürücü endüstrilerde uzun saatler çalışan yoğun nüfus ile kolera, çiçek hastalığı, tifo, tüberküloz, sarıhumma ve diğer hastalıkların karışması felaketin formülü olarak gösterilmiştir. Bu tür felaketler tüm dünyada tekrar tekrar meydana gelmiş, ancak en ciddi ve çoğu zaman, ticari kargoların yanı sıra kaçak yolcularla taşınan hastalıkların giriş kapısını sağlayan sanayileşmiş liman kentlerinde yaşanmıştır.

Edward Jenner, John Snow ve Edwin Chadwick gibi halk sağlığı öncülerinin çalışmaları, yöntemleri bilimsel belirsizliğin ortasında uygulandığında bile halk sağlığının değerini göstermektedir. Koch'un varsayımları bakterileri belirli hastalıklarla ilişkilendirmek için bilimsel yöntemler oluşturmadan ve Pasteur'ün deneyleri mikrop teorisini oluşturmaya yardımcı olmadan önce hem Jenner hem de Snow sırasıyla çiçek hastalığı ve kolera ile savaşmak için tündengelimli mantık ve sağduyu kullanmıştır (Snow, 1855). 1796'da Jenner, dünyanın dört bir yanındaki topluluklarda yaygın olan bir hastalık için aşılamaı başarıyla kullanmıştır. Bu, 1977 yılına gelindiğinde çiçek hastalığını dünyanın her ülkesindeki insan saklanma yerlerinden tamamen ortadan kaldıran uzun ve çetin bir kampanyanın ilk vuruşu olarak tanımlanabilir. Snow'un başarıları halk sağlığı sanatını ve bilimini daha da ileri götürmüştür (Berridge, 2011).

1854'te Snow, Broad Street'teki pompadan çekilen kuyu suyunda bir kolera salgınının izini sürmüş ve yüzlerce, belki de binlerce kolera vakasının önlenmesine yardımcı olmuştur. Aynı yıl, Londra'nın aşağısında Thames Nehri'nden su çeken bir su şirketinde başka bir büyük salgının izlenebileceğini ve suyunu Londra'dan yukarı doğru çeken başka bir şirketin kolera vakalarıyla bağlantılı olmadığını göstermiştir. Her iki çabada da Snow'un veri toplama ve analiz etme yeteneği, nedenselliği belirlemesine olanak sağlamış ve bu da ek vakaları önleyen düzeltici eylemler uygulamasına izin vermiştir. Bütün bunlar, suda taşınan ve elden ağza temas yoluyla insandan insana bulaşan tuhaf şekilli küçük bir bakterinin varlığından habersiz gerçekleşmiştir. İngiltere Genel Sağlık Kurulu bu salgınlarla ilgili kendi araştırmalarını yürütmüş ve sebebin kirlenmiş sudan ziyade hava olduğu sonucuna varmıştır (Paneth N. vd., 1998).

Chadwick ise, 19. yüzyılın ikinci yarısının sıhhi hareketinin resmi bir lideri olarak tanınmaktadır (Paneth N. Vd., 1998). Çeşitli resmi görevlerde, halkın sağlığını korumaya yönelik hükümetin rol ve sorumluluklarının yapılandırılmasında önemli bir rol oynamıştır. İngiltere'deki sosyal ve sıhhi koşullarla ilgili artan endişe nedeniyle, 1837'de bir Ulusal Aşı Kurulu kurulmuştur. Kısa bir süre sonra, Chadwick'in Büyük Britanya'nın Çalışan Nüfusunun Sıhhi Koşullarına İlişkin Bir Soruşturma Raporu, geniş çaplı kamu eylemleri için bir çerçeve dile getirerek büyüyen sıhhi hareket için bir plan olarak hizmet etmiştir. Bunun en önemli sonucu, 1848'de bir Genel Sağlık Kurulu'nun kurulmasıdır. Chadwick'in halk sağlığına olan ilgisi Jeremy Bentham'ın çalışmalarına da ışık tutmuştur. Chadwick'e göre, hastalık yoksulluğa neden olarak görülürken, yoksulluk aynı zamanda toplumsal düzensizlik ve genel refahı sağlamak için yüksek vergilendirme dahil olmak üzere, zamanın büyük sosyal hastalıklarından da sorumludur (Hamlin C., 1839).

Cahdwick'e göre yoksulluğu ve onun daha geniş sosyal etkilerini azaltmak için halk sağlığı çabaları gereklidir. Bu görüş, sağlığın sosyal belirleyicileri ve toplumsal hastalıkların temel nedenlerinin rolüne ilişkin mevcut düşüncenin aksi yönünde olmasına rağmen, yoksulluk ve sağlık arasında bir bağlantı olduğunu kabul etmektedir. Bugün, kötü sağlığı, yoksulluğun nedeni olarak değil, bir sonucu olarak düşünmek daha yaygındır. 19. yüzyılın ikinci yarısında sanitasyon ve evre mühendisliği yöntemleri geliştikçe salgın hastalıklara karşı daha etkili müdahaleler mümkün hâle gelmiştir. Ayrıca, bu dönemin bilimsel gelişmeleri, belirli mikroorganizmaları hedef alan modern hastalık kontrol çabalarının yolunu açmıştır (Berridge, 2011).

Bununla birlikte, Kinding'e göre halk sağlığı terimi, genel halk arasında ve kendisini iyileştirmeye adayanlar arasında birkaç farklı imajı çağrıştırmaktadır. Sadece nispeten küçük bir grup için, terim geniş bir sosyal girişimi veya sistemi tanımlamaktayken, diğerleri için bu terim, işi belirli önemli sağlık sorunlarını çözmek olan profesyonelleri ve işgücünü tanımlamaktadır (Kindig D.A., 2007).

Yine Kindig'e (2007) göre halk sağlığının başka bir imajı, sağlıkla ilgili sorunlara uygulanabilecek bir bilgi ve teknikler bütünüdür. Bununla birlikte, 2001 yılından bu yana halk sağlığı, biyoterrizme ve kişi sel güvenlik ve emniyete yönelik diğer tehditlere karşı bir ön cephe savunması olarak ortaya çıkmıştır. Halk sağlığına ilişkin nihai bir imajı da bu çabaların amaçlanan sonuçlarıdır. Bu imajda halk sağlığı, bir popülasyondaki sağlık ve hastalık açısından ölçüldüğü gibi, kelimenin tam anlamıyla halkın sağlığıdır. Genellikle sağlık sonuçları ve bunların bir popülasyondaki dağılımı olarak tanımlanan nüfus sağlığı terimi, bu halk sağlığı imajı için giderek daha fazla kullanılmaktadır (Kindig, 2007).

Tablo 2.1: Halkın Gözünden Halk Sağlığı İmajları (Kindig, 2007).

| |
|--|
| Halk sağlığı: sistem ve sosyal girişim |
| Halk sağlığı: meslek |
| Halk sağlığı: yöntemler (bilgi ve teknikler) |
| Halk sağlığı: devlet hizmetleri (özellikle yoksullar için tıbbi bakım) |
| Halk sağlığı: halkın sağlığı |

2.1.1.1 Halk Sağlığı Tanımı

1988'de sağlık alanındaki en güçlü ve prestijli kurumlardan bir tanesi olan Institute of Medicine (IOM), Amerika Birleşik Devletleri'nde halk sağlığına ilişkin dönüm noktası niteliğindeki çalışmasında Halk Sağlığının Geleceği adlı faydalı bir tanım yapmıştır. IOM raporu, halk sağlığının misyonunu “insanların sağlıklı olabileceği koşulların sağlanmasına yönelik toplumun ilgisini yerine getirmek” olarak nitelendirmiştir (IOM, 1988). Bu tanım, dikkati sağlığı ve zindeliği etkileyen birçok koşula yönlendirmekte, halk sağlığının geniş kapsamını vurgulamakta, sağlığı ve hastalığı etkileyen sosyal, çevresel, ekonomik, politik ve tıbbi bakım faktörlerine olan ilgisini meşrulaştırmaktadır. Başkalarının sağlık durumunu iyileştirmenin herkese fayda sağladığı iddiası, halk sağlığının temel bir değeridir. Halk sağlığının bir diğer temel değeri, IOM tanımının güvence verme terimini kullanmasına yansımıştır. İnsanların sağlıklı olabileceği koşulları sağlamak, herkesin sağlık ve esenlik konusundaki çıkarlarını dikkatli bir şekilde teşvik etmek ve korumak anlamına da gelmektedir.

Tablo 2.2: Halk Sağlığının Seçilmiş Tanımları (Winslow, 1920; Vickers, 1958; Institute of Medicine, 1988)

-
- Örgütlü toplum çabası yoluyla hastalıkları önleme, yaşamı uzatma ve sağlığı ve verimliliği geliştirme bilimi ve sanatı
 - Kabul edilemez olanın art arda yeniden tanımlanması
 - İnsanların sağlıklı olabileceği koşulların sağlanmasında toplumun ilgisinin yerine getirilmesi
-

IOM'un tanımında yer alan kavramlar, Winslow'un yaklaşık bir asır önce geliştirdiği tanımın da yansımasıdır. Bu tanımlama hem halk sağlığının ne yaptığını hem de bunun nasıl yapıldığını açıklamaktadır. Winslow'un (1920) halk sağlığı tanımını şu şekilde karakterize etmek mümkündür:

“... çevrenin sanitasyonu için organize topluluk çabası yoluyla hastalıkları önleme, yaşamı uzatma ve sağlığı ve verimliliği geliştirme bilimi ve sanatı, bulaşıcı enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, bireyin kişisel hijyen konusunda eğitimi, hastalıkların erken teşhisi ve önleyici tedavisi için tıbbi ve hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu ve herkese, hastalığın sürdürülmesi için yeterli bir yaşam standardı sağlamak için sosyal mekanizmanın geliştirilmesi” (Winslow, 1920, s. 183).

Bu faydalar, “her vatandaşın doğuştan sahip olduğu sağlık ve uzun ömre sahip olmasını sağlayacak şekilde organize etmek insanlık hakkıdır” şeklinde özetlenmiştir. Winslow'un tanımında dikkate alınması gereken çok şey bulunmaktadır. “Bilim ve sanat”, “organize topluluk çabası” ve “sağlık ve uzun ömürlülüğün doğuştan gelen hakkı” gibi ifadeler, halk sağlığının özünü ve amaçlarını yakalamaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında, halk sağlığı çabaları, sağlık durumundaki son gelişmelere büyük katkı sağlamıştır ve çeşitli zorluklarla yeni bir yüzyılda daha da fazla katkıda bulunabileceği net olarak ortadadır denilebilir.

2.1.1.2 Sağlıkta Önleme ve Müdahale

Son 100 yılı aşkın bir süredir dünyadaki sağlığın gelişimi, çeşitli müdahale stratejileri ve hizmetlerin hayata geçirilmesi ile mümkün hâle gelmiştir. (Rust G. vd., 2010). Leavell ve Clark'a (1965) göre sağlık ve hastalık, sosyal-ekolojik bir çerçeve içinde etkileşime giren çok çeşitli biyolojik, çevresel, davranışsal, sosyal, kültürel ve sağlık hizmeti faktörlerinden etkilenen dinamik durumlardır. Bu faktörlerin karmaşık etkileşimi, hastalık veya yaralanmanın meydana gelmesine veya olmamasına katkıda bulunur, bu da sırasıyla bireylerin ve popülasyonların sağlık durumuna ve esenliğine katkıda bulunmaktadır. Hastalık veya yaralanma gelişmeden önce müdahale ederek

sağlığı sürdürmeyi amaçlayan iki genel strateji – sağlığı geliştirme ve özel koruma – dâhil olmak üzere birkaç farklı müdahale noktası mümkündür. Her biri değişen faaliyetleri içermekte olup sağlığı etkileyen çeşitli faktörlerin hastalık veya yaralanma oluşumunu önleyecek veya değiştirecek şekilde etkileşimi bu faaliyetlerin başında gelmektedir.

Sağlığı geliştirme faaliyetleri, hastalığa veya yaralanmaya neden olan faktörlere direnme yeteneğini olumsuz etkilediği bilinenleri azaltmak için insan davranışlarını değiştirmeye çalışmakta, böylece zararlı faktörlere maruz kalmayı ortadan kaldırmaktadır. Sağlığı geliştirme faaliyetlerine örnek olarak beslenme danışmanlığı, genetik danışmanlık, aile danışmanlığı gibi müdahaleler ve sağlık okuryazarlığı eğitimini oluşturan sayısız faaliyetler örnek olarak gösterilmektedir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1998).

Özel koruma faaliyetleri, bireylere faktörlere (virüsler ve bakteriler gibi mikroorganizmalar) karşı direnç sağlayabileceği gibi sağlığı etkileyen faktörlerin potansiyel olarak zararlı etkileşimlerini azaltmak için ortamları değiştirebilmektedir. Spesifik koruma örnekleri arasında, belirli risklere yönelik faaliyetler (örneğin, bulaşma koşullarının iletişimi), bağışıklamalar (aşı kampanyaları gibi), karantina tedbirleri gibi korumaya yönelik düzenleyici kontroller ve faaliyetler gösterilebilir. Bunlar birçoğu devlet kurumu aracılığıyla uygulanmakta ve yürütülmektedir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1998).

Önlemeyi birkaç şekilde sınıflandırmak mümkündür. En iyi bilinen yaklaşım, önlemeyi hastalığın veya durumun evresine göre sınıflandırmaktır. Önleyici müdahale stratejileri birincil, ikincil veya üçüncül olarak kabul edilir. Birincil koruma, genellikle maruz kalma veya risk faktörü düzeylerinin azaltılması yoluyla hastalığın veya yaralanmanın kendisinin önlenmesini içerir. İkincil önleme, hastalık süreçlerini erken

evrelerinde, genellikle belirti ve semptomlar belirginleşmeden önce belirlemeye ve kontrol etmeye çalışır. Bu durumda önlemenin, önleyici tedaviye benzer olduğu söylenebilir. Üçüncül önleme, diğer bir deyişle müdahale, hasar gerçekleşikten sonra bireyleri optimal işlevsellik seviyelerine geri getirerek engelliliği önlemeyi amaçlar (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1998).

2.1.1.3 Halk Sağlığı ve Kamu Otoritesinin Rolü

Halk sağlığı, yaygın olarak kabul edilen bir yanlış algılama olmasına rağmen, halk sağlığı kurumlarının yaptıkları devlete bağlı kamu kurumları ile sınırlı değildir. Halk sağlığının belirli yönleri hükümete bağlıdır. Örneğin, yasaların uygulanması, halk sağlığı ve halk sağlığı uygulamaları için önemli olan hükümet sorumluluklarından biri olmaya devam etmektedir. Ulusal ve yerel olmak üzere her düzeyde hükümetler, halkın sağlığının korunmasında, muhafaza edilmesinde ve geliştirilmesinde önemli roller oynamaktadır (Gostin, 2000, 2002). Devletin her seviyesindeki yasalar, hükümetin temel yetkilerini bahşeder ve bu yetkileri halk sağlığı kurumları da dâhil olmak üzere çeşitli kurumlar arasında dağıtma yetkisine sahiptir. Hukuk, yönetsel, zihinsel kararları ve bunların altında yatan kolektif toplumsal değerleri temsil etmekte ve halkın sağlığını etkileyen eylemler için temel sağlamaktadır.

Gostin'e (2000, 2002) göre; diğer taraftan özel sektör ve gönüllü kuruluşlar, sağlık için önemli olan faktörlerin belirlenmesinde ve bireyler ve gruplar için sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına yönelik eylemlerin geliştirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Halk sağlığı, toplu kararları ve eylemleri içeren; sorunları gündeme getiren, kararlar alan ve eylem önceliklerini belirleyen genellikle hükümet forumları olarak da tanımlanmaktadır. Birçok hükümet eylemi, hükümetin resmi hükümet mühürlerinde ve yerel kamu güvenliği kurumlarının araçlarında tasvir edilen koruma ve hizmet etme gibi ikili rollerini yansıtmaktadır.

Müdahaleler, sağlık durumunu iyileştirmeyi amaçlayan tüzükler, yönetmelikler, politikalar ve programlar dâhil olmak üzere çeşitli biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Birçok müdahale, birlikte belirli sonuçlara ulaşmaya çalışan bileşen süreçlerden oluşan kamu otoritesi programlarında düzenlenmektedir (IOM, 2002).

Halk eğitimi, sağlayıcı eğitimi, sosyal yardım, uygunluk tespiti, kayıt tutma ve takip de kamu otoritesi halk sağlığı programlarının faaliyetleri olarak sıralanmaktadır (IOM, 2002).

Özet olarak; toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kamu otoritesinin rolü ve önemi hükümetlerin en öncelikli konuları arasında yer almaktadır denilebilir.

2.1.2 Pandemi Kavramı ve COVID-19 Pandemisi

Pandemiler çoğunlukla insandan insana enfeksiyonun yayılmasının bir sonucu olarak yaygınlaşan hastalık salgınlarıdır. Tarihte İspanyol Gribi, Hong Kong Gribi, SARS, Ebola, Zika (WHO, 2011b) dâhil olmak üzere birçok önemli pandemi kaydedilmiştir. “Pandemi” terimi pek çok tıbbi metin tarafından tanımlanmamıştır, ancak geniş coğrafi yayılım, hastalık hareketi, yenilik, şiddet, yüksek saldırı oranları ve patlayıcılık, minimum nüfus bağışıklığı, bulaşıcılık gibi bir pandeminin bazı temel özellikleri vardır. Pandemi ile ilgili krizler, ulusal ve küresel toplulukların sağlık, ekonomi, toplum ve güvenliği üzerinde çok büyük etkilerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, önemli siyasi ve sosyal bozulmalara neden olmuşlardır.

Pandemi kavramı uzun bir geçmişe sahiptir, ancak terimin kendisi henüz birçok tıbbi metin tarafından tanımlanmamıştır. Pandemi ile ilgili krizlerin küresel olarak sağlık, ekonomiler ve hatta ulusal güvenlik üzerinde muazzam olumsuz etkilere neden olduğu insanlık tarihinde kaydedilen bir dizi önemli pandemi olmuştur. Tezin bu bölümünde, pandemi kavramı ve tarihi ile ilgili literatürü inceleyerek, bugün en

geniş kitlelere bulaşan ve küresel ölçekte sağlık, ekonomi, sosyal ve küresel güvenlik üzerindeki olumsuz etkileri bulunan COVID-19 pandemisi hakkında bilgilere yer verilecektir.

2.1.2.1 Pandemi Tanımı ve Tarihçesi

"Pandemi" kelimesi Yunanca "hepsi" anlamına gelen *pan* ve *demos* "halk" kelimelerinden türetilmiştir ve kelime genellikle bir ülkenin tamamında veya bir veya daha fazla kıtada yaygın bir bulaşıcı hastalık salgınına atıfta bulunmak için kullanılmaktadır (Honigsbaum, 2009). Kapsamlı tıp tarihi, klasik epidemiyoloji ders kitapları, Tıp Enstitüsü'nün yeni ortaya çıkan enfeksiyonlarla ilgili etkili 1992 raporu gibi kaynaklar da dâhil olmak üzere, pandemilerle ilgili yetkili metinler bile bunu dizinlerinde listelememiştir (Morens, Folkers ve Fauci, 2009). Epidemiyoloji Sözlüğü'nde görüldüğü şekliyle uluslararası kabul görmüş bir pandeminin tanımı açık ve iyi bilinmektedir: "Dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın" olarak ifade edilmektedir (Harris, 2000). Ancak klasik tanım, popülasyon bağışıklığı, viroloji veya hastalık şiddeti hakkında hiçbir şey içermemektedir. Bu sözlük tanımına dayanarak, terimin tanımının çok geniş olduğu göz önüne alındığında, ılıman güney ve kuzey yarımkürelerin her birinde pandemilerin yıllık olarak meydana geldiği ifade edilmektedir. Mevsimsel salgınlar uluslararası sınırları aşmakta ve çok sayıda insanı etkileyebilmektedir. DSÖ'nün altıncı seviye bir pandemi uyarısı vermesi için aynı anda en az iki bölgede sürekli bulaşma olması gerekmektedir. DSÖ'nün standart pandemik influenza tanımı, insan popülasyonunda hiç kimsenin (veya birkaçının) immünolojik dirence sahip olmadığı ve insanlar arasında kolayca bulaşabilen yeni ve oldukça patojenik bir viral alt tipin insanda bir dayanak oluşturduğu bir durumu ifade etmektedir (WHO, 2011a).

Salgın hastalıklar insanlık tarihi boyunca birçok medeniyeti etkilemiş olup, bilinen en eski salgının MÖ 430'larda ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. 21. yüzyılda şiddetli akut solunum yolu sendromundan (SARS), Influenza A'ya (H7N9) kadar birçok yeni hastalık ortaya çıkmıştır. Domuz gribi, Kolera, İspanyol gribi, MERS-CoV ve Ebola gibi salgınlar geçmişten günümüze en önemli salgınlar arasında yer almaktadır. Yeni ortaya çıkan ve bulaşıcı hastalıklar olarak adlandırılan bu tür hastalıklar, ciddi halk sağlığı sorunudur. Hızla yayıldıkça sadece çok sayıda insan ölümüne neden olmakla kalmayarak, aynı zamanda dünya çapında oldukça yüksek oranda sosyal ve ekonomik etki yaratabilmektedir (Özlu ve Öztaş (2020), WHO).

Son 30 yılda 30'dan fazla yeni bulaşıcı hastalık tanımlanmıştır. Birçok faktör, yeni hastalıkların ortaya çıkışını hızlandırmakla birlikte bu faktörler arasında; kentleşmedeki artış ve doğal yaşam alanlarının yok edilmesi, insanların ve hayvanların yakın bir yerde yaşamasına yol açması; iklim değişikliği ve değişen ekosistemler vb. sıralanmıştır. Farklı enfeksiyöz etkenler farklı bulaş yolları ile salgınlara sebep olabilmektedir. Ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların yol açtığı salgın hastalıklara karşı kontrol programları hâlihazırda uzun süredir var olmakla birlikte kolera, grip, menenjit, sıtma, tüberküloz ve sarılık gibi bilinen bazı salgın hastalıklar için yaygın olarak uygulanmaktadır. Bununla birlikte, tıbbi önlemler mevcut olsa bile, bu hastalıklar dünya nüfusunun çoğu için bir tehdit olmaya devam etmektedir. Yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar olarak adlandırılan bu tür hastalıklar, ciddi halk sağlığı sorunudur. Sadece yayıldıkça çok sayıda insanın ölümüne neden olmakla kalmaz, aynı zamanda bugünün birbirine bağlı dünyasında etki değeri yüksek bir sosyal ve ekonomik etkiye sahiptir (WHO, Dünya Tabipler Birliği, Ekim 2017).

Güçlü bir halk sağlığı sistemi, ortaya çıkan bulaşıcı hastalık ve neden olduğu salgınla mücadele için bir ön koşul olsa da aynı zamanda bu salgınları önleme ve

kontrol de oldukça önem taşımaktadır. Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde tespit edilen ve DSÖ tarafından daha önce insanlarda tespit edilmemiş olan yeni tip koronavirüs (COVID-19) tanımlanmıştır. Bir sonraki bölümde tüm dünyayı kısa zamanda etkisi altına alan COVID-19 salgını, tanı-tedavi ve korunmada önemli bilgiler yer almaktadır (CDC, 2020-WHO 2020).

2.1.2.2 COVID-19 Pandemisi Tanı – Tedavisi – Koruyucu Önlemleri

Koronavirüsler (CoV), soğuk algınlığı gibi toplumda sık görülen, kendi kendini sınırlayan hafif enfeksiyon tablolarından, Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) gibi daha ciddi enfeksiyon tablolarına neden olabilen büyük bir virüs ailesini temsil etmektedir. Koronavirüslerin insanlarda bulunan, insandan insana kolaylıkla bulaşabilen çeşitli alt tipleri bulunmaktadır. İnsanlar arasında dolaşan bu alt türler çoğunlukla soğuk algınlığına sebep olan virüslerdir. 31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirerek, 7 Ocak 2020'de daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır (Hatipoğlu, 2020).

Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilerek, virüs SARS CoV'e benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. DSÖ, COVID-19 salgınına 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart'ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır. COVID-19'a ilişkin klinik spektrum üzerine mevcut bilgiler sınırlıdır.

DSÖ, SARS-CoV ve MERS-CoV deneyimlerinden yola çıkarak enfeksiyondan korunma ve kontrol için öneri kılavuzları yayınlamaktadır. Öneriler arasında erken tanıma ve kaynak kontrolünün sağlanması, tüm hastalar için aynı standart önlemlerin uygulanması, damlacık ve temas izolasyonunun mutlaka ve uygulanabilir durumlarda da solunum izolasyon önlemlerinin uygulanması, sosyal izolasyon gibi önlemler yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı 2020).

Aşının varlığı bulaşıcı hastalıklardan korunmada bilinen en etkili ve en güvenli yoldur. Hastalığın tedavi etkinliği kanıtlanmış spesifik bir ilacı henüz bulunmamaktadır. El hijyeni ve enfekte riski olan bireylerle temasın, ağız, burun ve göz mukozasına bulaştan kaçınılması önerilmektedir. Bununla birlikte, tanı ve tedavi için Sağlık Bakanlığının rehberleri takip edilebilmektedir. Türkiye’de salgının başlaması ile birlikte topluma yönelik 14 kural belirlenmiş olup, üst düzey bir risk iletişimi gerçekleştirilerek farkındalığın artırılması hedeflenmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi sosyal mesafenin artırılmasına yönelik tedbirler ise salgınla müdahalede en etkili yöntem olarak uygulanmaktadır (Özlu ve Öztaş, (2020), WHO).

2.1.2.3 Dünyada ve Türkiye’deki Durum

T.C. Sağlık Bakanlığı günlük olarak güncellediği verilere göre Türkiye’deki ilk COVID-19 vakası, 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. 12 Mayıs 2020 itibarıyla Türkiye’de uygulanan toplam test sayısı 1 milyon 219.737 iken; aynı tarihteki COVID-19 kaynaklı toplam vaka sayısı 4.678; toplam ölüm sayısı ise 35 olarak belirtilmektedir. İlk vakanın tanı aldığı 2020 Mart ayı ortalarında, günlük ortalama 2-3 bin olan test sayısı, geride bırakılan 2 aylık bir süre zarfında, günlük ortalama 35 bine çıkmıştır. Türkiye’deki COVID-19 vakaları içerisinde iyileşen hasta sayısı da dünya ortalamasının oldukça üzerinde seyretmektedir. 12 Mayıs 2020 itibarıyla dünya genelindeki toplam vaka sayısının %35’lik bir dilimi iyileşirken, Türkiye’deki

iyileşme oranının %70 seviyelerinde olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu). Küresel olarak, 5 Temmuz 2021 itibarıyla, DSÖ'ne bildirilen 3.978.581 ölüm dahil 183.560.151 onaylanmış COVID-19 vakası saptanmıştır. 5 Temmuz 2021 tarihi itibarıyla toplam 2.988.941.529 doz aşı uygulanmıştır (WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard).

Tüm bu veriler Dünya genelinde COVID-19 ile mücadelede hâlen istenilen başarının sağlanamadığını gözler önüne sermektedir.

2.1.2.4 COVID-19 ile İlgili T.C. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Bilgilendirici Kampanya Örnekleri

Sağlık iletişimi araştırmalarının toplum üzerinde sahip olduğu en büyük olumlu etki, birçok iletişim kampanyasının karmaşıklığında sınırlamalar olsa da sağlığı geliştirme kampanyalarının geliştirilmesi ve uygulanmasındadır denilebilir (Noar, Harrington ve Helme, 2010). İletişim teorisi, araştırması ve uygulaması, HIV/AIDS, kanser ve kalp hastalığı gibi ciddi sağlık tehditlerinin önlenmesi ve kontrolüne odaklanan sağlığı geliştirme kampanyalarının geliştirilmesine rehberlik etmiştir.

Bu kampanyalarda, risk altındaki toplulukların ciddi sağlık tehditlerine direnmesine yardımcı olabilecek ilgili ve zorlayıcı bilgileri yaymak için genellikle geniş bir iletişim stratejileri seti kullanılmıştır. Örneğin, Dearing vd. (1996), HIV enfeksiyonuna direnmek için davranışların benimsenmesini teşvik etmek için sosyal pazarlamanın ve yayılmaya dayalı iletişim kampanyası stratejilerinin olumlu uygulamalarını göstermiştir. Benzer şekilde, Stanford Five City Heart Health Programı (Flora, Maccoby ve Farquhar, 1989), Minnesota Kalp Sağlığı Programı (Pavlik ve diğerleri, 1993) gibi çeşitli büyük ölçekli, boylamsal iletişim müdahale programlarının değerlendirmeleri, Pawtucket Kalp Sağlığı Programı (Lefebvre, Lasater, Carleton ve Peterson, 1987), bu kampanyaların halk sağlığı bilgisindeki boşlukları azalttığını ve

kardiyovasküler hastalıkları önlemek için yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesini etkilediğini göstermiştir.

Fishbein ve Capella'ya göre bu klasik sağlığı geliştirme araştırma programları, sağlık davranışlarını etkilemek ve halk sağlığını geliştirmek için stratejik iletişim kampanyalarını kullanmanın muazzam potansiyeli hakkında erken kanıtlar sağlamıştır. Sağlık iletişimi kampanyaları genellikle hedef kitleyi önemli sağlık tehditleri ve riskli davranışlar hakkında eğitmek için tasarlanırsa da çoğu sağlık kampanyasının birincil amacının aynı zamanda hedef kitleleri halk sağlığını desteklemek için harekete geçirmek olduğunu bilmek önemlidir. Örneğin, iletişim kampanyaları genellikle hedef kitleleri ciddi sağlık tehditlerine direnmelerine yardımcı olmak için sağlıklı davranışlarda bulunmaya teşvik etmektedir. Genellikle savunulan davranışlar arasında sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemek (örneğin egzersiz, beslenme ve stres azaltma), tehlikeli durumlardan ve maddelerden (örneğin zehirler, kanserojenler veya diğer toksik maddelerden) kaçınmak, ciddi sağlık sorunları için erken tarama ve teşhis yapmak, önerilen erken teşhis ve tarama testlerine kaydolmak) ve uygun olduğunda, zararı en aza indirmek için sağlık hizmetleri aramak yer almaktadır (Fishbein ve Cappella, 2006).

Kampanya çabalarını sağlık davranışlarını etkilemek için yönlendirmek için birçok iyi bilinen ikna teorisi verimli bir şekilde kullanılmıştır, ancak kampanyalara rehberlik etmek için daha rafine ve güçlü modeller geliştirme çağrıları yapılmıştır (Dutta-Bergman, 2005; Fishbein ve Cappella, 2006).

Başarılı sağlık iletişimi kampanyaları, bir dizi önemli sağlık sorununu ele almak için tasarlanmıştır (Noar, Harrington ve Helme, 2010). Örneğin, tütün kullanımı toplumdaki en önlenebilir hastalık ve ölüm nedeni olarak tanımlanmıştır ve halk sağlığının geliştirilmesi için birincil hedefdir (WHO, 1997). Toplum tütün

kullanımının tehlikeleri konusunda eğitmek, tütün alışkanlığının nasıl kırılacağı konusunda bilgi vermek ve kamu görevlilerini güçlü tütün kontrol politikaları geliştirmeye (tütün ürünlerinin vergilendirilmesi ve sigara içilmesinin yasaklanması gibi) teşvik etmek için sağlık iletişimi kampanyaları başarıyla kullanılmıştır. Örneğin; tütün kontrolü iletişim kampanyalarının bir sonucu olarak, tütün kullanımı Amerika Birleşik Devletleri'nde istikrarlı bir şekilde azalmıştır (Shopland, 1993).

T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 salgını ile 'COVID-19 Bilgilendirme Platformu' adını verdiği bir bilgilendirici platform oluşturarak, COVID-19'dan korunma yöntemleri, belirti ve tedavi sürecine yönelik bilgilendirici afiş, broşür, video, radyo spotları ve sunumları erişime açık olarak yer vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu). Yapılan bilgilendirmelerin tamamı korunma ve önleyici tedbirlerin yer aldığı tutum ve davranış değişikliği oluşturmaya yöneliktir.

Yayınlanan afişlerden bazıları:

| KORONAVİRÜS RİSKİNE KARŞI 14 KURAL Bilgi için: www.saglik.gov.tr | EVDE İZLEME (KARANTİNA) KURALLARI 14 GÜN KURALI Bilgi için: www.saglik.gov.tr |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 Ellerini sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovarak yıkayın.2 Soğuk algınlığı belirtileri gösteren kişilerle aranıza en az 3-4 adım mesafe koyun.3 Öksürme veya hapşırma sırasında ağza ve burnu tek kullanımlık mendille kapatın. Mendil yoksa dirseğini iç kısmını kullanın.4 Tokalaşma, sarılma gibi yakın temaslardan kaçının.5 Ellerinizde gözlerinizi, ağzınıza ve burnunuza dokunmayın.6 Yurt dışı seyahatlerinizi iptal edin ya da erteleysin.7 Yurt dışından dönüşte ilk 14 günü evinize geçirin.8 Bulduğunuz ortamın sık sık havalandırın.9 Kıyafetlerinizi 60-90°C'de normal deterjanla yıkayın.10 Kapı kolları, armatürler, lavabolar gibi sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin.11 Soğuk algınlığı belirtileriniz varsa yağlılar ve kronik hastalığı olanlarla temas etmeyin, maske takmadan dışarı çıkmayın.12 Havlu gibi kişisel eşyalarınızı ortak kullanmayın.13 Bol sıvı tüketin, dengeli beslenin, uyku düzeninize dikkat edin.14 Düğmeyen ateş, öksürük ve nefes darlığınız varsa, maske takarak bir sağlık kuruluşuna başvurun. | <ol style="list-style-type: none">1 Yurt dışına çıkmayın. Seyahatlerinizi iptal edin ya da erteleysin.2 Çıktıysanız, dönüşte ilk on dört günü evde geçirin.3 Aile üyelerini korumak için evde kendinizi izole edin.4 Evde geçen süre boyunca ziyaretçi kabul etmeyin.5 İzole edilmiş kişinin odasına maskesiz girmeyin.6 Odanız sık sık havalandırın.7 İnsanlarla, özellikle yaşlılar ve kronik hastalıklı olanlarla temas kurmaktan kaçının.8 Ellerinizi sık sık, su ve sabun ile en az yirmi saniye boyunca ovarak yıkayın.9 Kapı kolları, armatürler, lavabolar gibi sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin.10 Havlu gibi kişisel eşyalarınızı ortak kullanmayın.11 Kıyafetlerinizi 60-90°C'de normal deterjanla yıkayın.12 Bol sıvı tüketin, dengeli beslenin, uyku düzeninize dikkat edin.13 Evden çıkmak zorunda kalırsanız mutlaka maske takın.14 Düğmeyen ateş, öksürük ve nefes darlığınız varsa, maske takarak bir sağlık kuruluşuna başvurun. |
|  <p>TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI</p> <p>KORONAVİRÜS ALACAĞINIZ TEDBİRLERDEN DAHA GÜÇLÜ DEĞİLDİR.</p> |  <p>TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI</p> <p>KORONAVİRÜS ALACAĞINIZ TEDBİRLERDEN DAHA GÜÇLÜ DEĞİLDİR.</p> |

ELLERİMİZİ YIKAYALIM SAĞLIĞIMIZI KORUYALIM

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Yeni Koronavirüs solunum yolu enfeksiyeme yapmaz bir virüsdür.

En çok karşılaşılan belirtiler ateş, öksürük ve solunum sıkıntısıdır.

Korunmak için kalabalıklardan mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.

Eller en az 20 saniye süreyle su ve normal sabunla yıkanmalıdır.

Yeni Koronavirüs solunum yolu enfeksiyeme yapmaz bir virüsdür.

En çok karşılaşılan belirtiler ateş, öksürük ve solunum sıkıntısıdır.

Korunmak için kalabalıklardan mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.

Eller en az 20 saniye süreyle su ve normal sabunla yıkanmalıdır.

Ellerimizi sabunla yıkadığımızda bütünü yüzeylerine dağıtılmaz.

Auçlarımızın içini ve dışını iyice ovalayalım.

Ellerimizi bol su ile durulsayalım.

Mudluğu, ellerimizi kurulduğumuz kağıt havlu ile kapatalım.

ELLERİMİZİ DOĞRU YIKAYALIM

TOPLUMDA BEZ MASKE KULLANIMI

MASKE KİŞİYE ÖZEL OLMALIDIR. HER BİREY SADECE KENDİSİNE AİT OLAN MASKEYİ KULLANMALIDIR.

COVID-19'dan korunmada esas olan **SOSYAL MESAFENİN (3-4 ADIM) KORUNMASI ve EL TEMİZLİĞİDİR.**

1 Maske takılmadan önce ellerinizi en az 20 saniye su ve normal sabunla yıkayın veya alkol içerikli el antiseptiği ile 20-30 saniye ovalayın.

2 Yüzünüze uygun ölçüde ve rahat nefes alıp vermenizi sağlayan zemini kullanmadan yapılmış bir maske kullanın.

3 Çocuklarını için omakları yüzlerine yapışık şekilde bir maske kullanın. Dikkatli bez maske, 2 yaşı çocukları gözlemlenerek, en uygun şekilde kullanın. Bu şekilde maskeyi yarımları ve maskeyi yarımları temiz tutulmalıdır.

4 Maskeyi ağzı ve burununuza tamamen kapattığından emin olun. Maske bu bölgeye tam oturmalı ve yüzünüzle maske arasında boşluk kalmamalıdır.

5 Maskeyi takarken maskeye iç yüzüne dokunmayın. Maskeyi kullanırken maskeye dokunmayın veya başını arkasında bağlanan şeritlerden tutarak tutun.

6 Maskeyi ağızla çemenizin altına veya başınızın üstüne yerleştirerek kullanmayın.

7 Maskeyi çıkarırken burun, ağız ve çene için alan, yoğun kullanımların gerektirdiği en az 5-10 saniye dokunmadan kulağıza tutarak çıkarılmalıdır veya başını arkasında bağlanan şeritlerden tutarak çıkarın. Bu esnada ağız, burun veya gözünüze temas etmeyin.

8 Maskeyi çıkardıktan sonra iç yüzüne dokunmayın. Maskeyi çıkardıktan sonra ellerinizi iyice yıkayın. Maskeyi çıkardıktan sonra ellerinizi en az 20 saniye su ve normal sabunla yıkayın veya alkol içerikli el antiseptiği ile 20-30 saniye ovalayın.

9 Kullanıp çıkardığınız bez maskeleri suya ve deterjanla yıkayın.

10 Maskeyi çıkardıktan sonra ellerinizi iyice yıkayın. Maskeyi çıkardıktan sonra ellerinizi en az 20 saniye su ve normal sabunla yıkayın veya alkol içerikli el antiseptiği ile 20-30 saniye ovalayın.

KULLANDIĞINIZ BEZ MASKELERİ MUTLAKA SU VE DETERJANLA YIKAYIN. ÇIKARDIĞINIZ BEZ MASKEYİ YIKAMADAN TEKRAR KULLANMAYIN.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
0000 /SağlıkBakanlığı

KORONAVİRÜS'E KARŞI GÜCÜMÜZ SOSYAL MESAFE 1,5 METRE

Tedbir elden bırakılmayalım
sağlık.gov.tr
0000 /SağlıkBakanlığı

SOSYAL HAYAT

VİRÜSTEN KORUNMAK ELİMİZDE

Ellerimizi Yıkayalım Sağlığımızı Koruyalım

0000 /SağlıkBakanlığı | sağlık.gov.tr

Ellerinizi sık yıkayınız

- ✓ Öksürük ve hapsirik sonrası
- ✓ Yemek hazırlamadan önce ve hazırladıktan sonra
- ✓ Yemek yemeden önce
- ✓ Tuvalete girerken ve çıkınca
- ✓ Eller görünür şekilde kirlendiğinde
- ✓ Canlı veya ölü hayvanlarla temas sonrasında

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

VİRÜSTEN KORUNMAK ELİMİZDE



- ÖKSÜRME VE HAPSİRMA SIRASINDA AĞIZ VE BURUN TEK KULLANILMIŞ KAĞIT MENDİLLE KAPATILMALIDIR. MENDİL YOKSA DİRSEĞİN İÇ KİSİMİ KULLANILMALIDIR.**
- TOKALASMA VE SARILMA GİBİ YAKIN TEMASTAN KAÇINILMALIDIR.**
- KALABALIK ORTAMLARDAN OLABİLDİĞİNCE UZAK DURULMALIDIR.**
- KİRLİ ELLERLE AĞIZ, BURUN VE GÖZLEBE DOKUNULMAMALIDIR.**
- ELLER EN AZ 20 SANİYE SÜREYLE SU VE NORMAL SABUNLA YIKANMALIDIR.**
- SU VE SABUN OLMADIĞI DURUMLARDA ALKOL İÇERİKLİ EL ANTİSEPTİĞİ KULLANILMALIDIR.**

0000 /SağlıkBakanligi | saglik.gov.tr | İnterBilgi için QR Code Okutunuz

COVID-19 PANDEMİSİNDE ATIK YÖNETİMİ

COVID-19 hastasının atıkları ile hastalık bulaşmasını gösteren bir kanıt yoktur.

- Hastane ortamında olası ve kesin COVID-19 hastasına ait atıklar enfeksiyöz atık olarak kabul edilerek tıbbi atık kutusuna atılır.**
- Evde hasta takibi kapsamında izlenen olası ve kesin COVID-19 hastalarının atıkları gerekli koruyucu önlemler alınarak ayrı toplanıp, çift torba içinde muhafaza edilerek evsel atık torbasına atılmaktadır.**
- Toplu yaşam alanlarında (yurt vb.) 14 gün gözlem altında tutulan temaslılara (olası ve kesin COVID-19 vakalarının temasları, hastalığın yaygın görüldüğü bir ülkeden ya da ilden gelenler) ait atıklar evsel atık torbasına atılmaktadır.**
- Toplumda korunma amaçlı kullanılan tek kullanımlık maskeler ve eldivenler evsel atık torbasına atılmaktadır.**
- DSÖ, CDC ve ECDC gibi önemli sağlık kuruluşlarının rehberlerinde COVID-19 hastasına ait atıkların hastane ve diğer sağlık kuruluşları da dahil olmak üzere herhangi bir bekleme süresinden sonra atılmasına ait bilgi bulunmamaktadır.**

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI | saglik.gov.tr | 0000 /SağlıkBakanligi

COVID-19 SALGININDA ALIŞVERİŞ MERKEZLERİNDE (AVM) İş Yerlerinin Alması Gereken Önlemler

- Çalışırken mutlaka maske takın.
- İş yeri temizliğini günlük yapın ve ortamı havalandırın.
- İş yeri girişinde ve kasalarda el antiseptiği bulundurun. Antiseptiğin doluluk durumunu belirli aralıklarla kontrol edin.
- Kapı kolu, telefon ahizesi, bilgisayar klavyesi gibi sık kullanılan yüzeyleri belirli aralıklarla temizleyin.
- Tuvalet ve banyoların temizliğinde sodyum hipoklorit içeren çamaşır suyu kullanın.
- Temizlik personelinin tıbbi maske ve eldiven kullanmasını sağlayın.
- 8 metrekareye 1 kişi düşecek şekilde müşteri alın.
- İş yeri içinde kalabalık oluşmaması için dış kapıya, içeri girilmesini engelleyecek basit bir uyarıcı/engelleme koyun.
- Müşterilerin iş yerine tek başına girmesini sağlayın.
- Kasa üni gibi yerlerde, müşterilerin en az 1 metre aralıklarla durmasını sağlayacak şekilde zemin aralama yer işaretleri koyun.
- Deneme kabinini müşteriler kullandıktan sonra havalandırın. Kabinin kullanılmadığı durumlarda kapı veya perdesini açık bırakın. İki deneme kabininiz varsa bu kabinlerin birer atılarak kullanılmasını sağlayın.
- Denemenin ürünleri ultraviyole ışını uygulamayın.
- Mümkünse kredi kartı veya banka kartıyla temassız ödeme kabul edin.
- Yükanda sıralanalar haricinde, kendi iş alanınızla ilgili yayımlanan/yayınlanacak kurallara uyun.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI | Sağlıkımızı önemsiyoruz

Güvenilir güncel bilgi için

COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu'na

covid19asi.saglik.gov.tr

adresinden ulaşabilirsiniz

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

saglik.gov.tr

/SaglikBakanligi

HES KODU NEDİR?

Hayat Eve Sığar (HES) Kodu, Kontrollü Sosyal Hayat döneminde ulaşım, kurum ziyareti veya bireysel iletişim gerektiren kamusal alanda bulunma durumunda COVID-19 açısından herhangi bir risk taşıyıp taşımadığınızı güvenli şekilde paylaşmanızı sağlayan ve böylece salgının takibine destek olan bir uygulamadır.

HES KODU NASIL ALINIR?

HAYAT EVE SİĞAR UYGULAMASI İLE

"Hayat Eve Sığar" uygulaması üzerinden "HES Kodu İstem" bölümüne girer.

"HES Kodu Oluştur" bölümüne girer. Kod kullanma süresi ve kod oluşturulur.

HES KODU NASIL ALINIR?

KISA MESAJ (SMS) İLE

HES (Hayat Eve Sığar) kodunu almak için mesaj göndererek aşağıdaki T.C. Kimlik Numarası, T.C. Kimlik Seri Numarası, Sesi 4 Haneli ve Paylaşım Sırası (gün sayısı olarak) yazarak 2023'e kısa mesaj (SMS) olarak gönderilir.

2023 HES 12345678901 1232 45

2023 SMS Numarası HES 12345678901 1232 45

T.C. Kimlik Numarası
T.C. Kimlik Seri Numarası Sesi 4 Haneli
Paylaşım Sırası (gün sayısı olarak)

Hayat Eve Sığar uygulaması üzerinden oluşturduğunuz sayıda HES Kodu oluşturabilir, hangi kodu hangi kuruma paylaşabileceğinizi belirleyebilirsiniz, isterseniz iptal edebilirsiniz veya yenilerini oluşturabilirsiniz.

Kısa mesaj (SMS) göndererek: HES Kodu almak için mesajın sonunda paylaşım sırasını (gün sayısı olarak) belirtmeniz kodun size 1 yıl ile sınırlı olacaktır. Sağ taraftaki SMS örneğinde olduğu gibi mesajın sonuna paylaşım sırası gün sayısını yazdığınızda ne HES Kodu, yazdığınız gün sayısı kadar geçerli olacaktır.

*Devlet Kapısı üzerinden de HES Kodu alabilirsiniz.

HES Kodu hakkında detaylı bilgi almak için hayatevesigar.saglik.gov.tr web sitesini ziyaret edebilirsiniz.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

saglik.gov.tr

/SaglikBakanligi

COVID-19 SALGININDA

Taksi Duraklarında Alınması Gereken Önlemler

- Duraklarda çalışan kişilerin maske takmasını ve sosyal mesafe kuralına uymasını sağlayın.
- Durağın temizliğini günlük yapın ve ortamı havalandırın. Durak tuvaletinin temizliğinde sodyum hipoklorit içeren çamaşır suyu kullanın.
- Kapı kolu, telefon ahizesi, masa yüzeyi gibi sık dokunulan yerleri belirli aralıklarla temizleyin.
- Ates, öksürük, nefes darlığı belirtileri gösteren, COVID-19 tanısı alan veya COVID-19 teması olan personelin çalışmasına 14 gün ara verin.
- Ates, öksürük, nefes darlığı belirtileri gösteren personeli tıbbi maske takmasını sağlayarak izole edin ve ilgili sağlık birimine yönlendirin.
- Duraklara T.C. Sağlık Bakanlığının el yıkama ve maskenin doğru kullanımı konusundaki afişlerini asın. Afişlere covid19bilgi.saglik.gov.tr web sitesinden ulaşabilirsiniz.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

saglik.gov.tr

/SaglikBakanligi

Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19'un tanımlanması ile birlikte o günden bu yana, web sitesinde bilgilendirici içerikler yayınlamakta ve COVID-19'a yönelik var olan bilginin güncel tutulması için sistemi dinamik tutmaktadır. Yürütülen iletişim

çalışmalarından bazı örneklere aşağıda yer verilmektedir (WHO, Coronavirus disease (COVID-19)).

Hand sanitizers can be used often

An alcohol-based sanitizer does not create antibiotic resistance. Unlike other antiseptics and antibiotics, pathogens (harmful germs) do not seem to develop resistance to alcohol-based sanitizers.



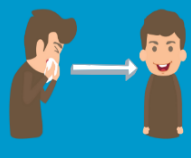
Alcohol-based sanitizers are safe for everyone to use

Alcohols in the sanitizers have not been shown to create any relevant health issues. Little alcohol is absorbed into the skin, and most products contain an emollient to reduce skin dryness. Allergic contact dermatitis and bleaching of hand hair due to alcohol are very rare adverse effects. Accidental swallowing and intoxication have been described in rare cases.



Most people who get COVID-19 have mild or moderate symptoms and can recover thanks to supportive care. If you have a cough, fever and difficulty breathing seek medical care early – call your health facility by telephone first. If you have fever and live in an area with malaria or dengue seek medical care immediately.


FACT: Most people who get COVID-19 recover from it



World Health Organization #Coronavirus #COVID19 27 May 2020

The prolonged use of medical masks can be uncomfortable. However, it does not lead to CO2 intoxication nor oxygen deficiency. While wearing a medical mask, make sure it fits properly and that it is tight enough to allow you to breathe normally. Do not re-use a disposable mask and always change it as soon as it gets damp.

FACT: The prolonged use of medical masks* when properly worn, DOES NOT cause CO2 intoxication nor oxygen deficiency




* Medical masks (also known as surgical masks) are flat or pleated; they are affixed to the head with straps or have ear loops.

World Health Organization #Coronavirus #COVID19 1 June 2020

To date, there is no evidence or information to suggest that the COVID-19 virus is transmitted through houseflies. The virus that causes COVID-19 spreads primarily through droplets generated when an infected person coughs, sneezes or speaks. You can also become infected by touching a contaminated surface and then touching your eyes, nose or mouth before washing your hands. To protect yourself, keep at least 1-metre distance from others and disinfect frequently-touched surfaces. Clean your hands thoroughly and often and avoid touching your eyes, mouth and nose.


FACT: COVID-19 IS NOT transmitted through houseflies



World Health Organization #COVID19 #coronavirus 5 April 2020

FACT: Clinical trials confirm that hydroxychloroquine does not prevent illness or death from COVID-19.


Hydroxychloroquine or chloroquine, a common treatment for malaria and certain autoimmune diseases, has been studied as a preventative treatment for COVID-19. Evidence from these studies shows that hydroxychloroquine has little to no impact on illness, hospitalization, or death.



World Health Organization #Coronavirus #COVID19 17 March 2021

The most common symptoms of COVID-19 are dry cough, tiredness and fever. Some people may develop more severe forms of the disease, such as pneumonia. The best way to confirm if you have the virus producing COVID-19 disease is with a laboratory test. You cannot confirm it with this breathing exercise, which can even be dangerous.

FACT: Being able to hold your breath for 10 seconds or more without coughing or feeling discomfort DOES NOT mean you are free from the coronavirus disease (COVID-19) or any other lung disease.



World Health Organization #Coronavirus #COVID19

No. Hand dryers are not effective in killing the 2019-nCoV. To protect yourself against the new coronavirus, you should frequently clean your hands with an alcohol-based hand rub or wash them with soap and water. Once your hands are cleaned, you should dry them thoroughly by using paper towels or a warm air dryer.

Are hand dryers effective in killing the new coronavirus?



World Health Organization #2019nCoV

Bu iletişim çalışmaları da ağırlıklı olarak halk sağlığının korunmasında doğru bilinen yanlışları düzeltmeye yönelik bilgilendirici faaliyetlerdir.

2.1.3 Sağlık Hizmetlerinde İletişim

Sağlık iletişimi, halk sağlığı, sağlık hizmetleri ve kâr amacı gütmeyen ve özel sektörde gelişen ve giderek öne çıkan bir alandır. Bu nedenle, birçok yazar ve kuruluş, zaman içinde onu tanımlamaya veya yeniden düzenlemeye çalışmaktadır. Sağlık iletişiminin multidisipliner doğası nedeniyle, tanımların birçoğunun birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Ancak tanımların genelinde, sağlık iletişimi alanının bireyleri, toplulukları, sağlık bakım profesyonellerini, politika yapıcıları veya özel grupları bir davranışı veya sosyal, örgütsel ve nihai olarak birey, toplum ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirecek politika değişikliği yaratma aracı olduğu ortaya çıkmıştır (Vermier vd., 2015).

Sağlık iletişiminin gerçek anlamını anlamak ve uygulanması için doğru bağlamı oluşturmak, iletişim yöneticilerinin ve diğer halk sağlığı, toplum gelişimi ve sağlık profesyonellerinin hizmet ettikleri toplulukların ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin eğitim ihtiyaçlarını erkenden belirlemelerine yardımcı olabilir. Bu bağlamda toplum sağlığının geliştirilmesi ve halk sağlığının korunması için sağlık hizmetleri alanında sağlık iletişiminin temel prensiplerinin kavranmasının önemi büyüktür (Kumbasar, 2016).

2.1.3.1 Sağlık İletişimi Kavramı

Bu bölüm, sağlık iletişimi için farklı tanımları analiz etmektedir. Bu analiz, iletişim kelimesinin gerçek ve tarihsel anlamından başlamaktadır.

Sağlık iletişimi teorisi ve pratiğinin anlaşılması, iletişim kelimesinin gerçek anlamı üzerinde düşünmeyi gerektirir. İletişim şu şekilde tanımlanır:

“1. Örneğin konuşma, yazma veya ortak bir işaret ve davranış sistemi kullanma yoluyla bireyler arasında bilgi alışverişi;

2. Mesaj—sözlü veya yazılı mesaj;
3. İletişim eylemi;
4. Uyum—karşılıklı anlayış ve sempati duygusu;
5. Erişim—bir erişim veya iletişim aracı, örneğin bir bağlantı kapısı” (Encarta Sözlük, Ocak 2007).

Tüm bu anlamlar, iyi tasarlanmış sağlık iletişimi müdahalelerinin modellerini tanımlamaya yardımcı olacaktır. Diğer iletişim biçimlerinde olduğu gibi, sağlık iletişimi de "ortak bir işaretler ve davranışlar sistemi" kullanan iki yönlü bir bilgi alışverişine dayanmalıdır. Bu bilgiler erişilebilir olmalı ve hedef kitleler veya kilit gruplar arasında “karşılıklı anlayış ve sempati” oluşturmalıdır (sağlık iletişimi programının hedef kitleleri veya kilit grupları olan tüm gruplar ile sağlık iletişimi müdahalesinin katılmaya çalıştığı tüm gruplarda) (Encarta Sözlük, Ocak 2007).

Sağlık iletişiminin temel hedeflerinden biri, bireyleri ve toplulukları dâhil etmek, güçlendirmek ve etkilemektir. Bu bağlamda Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) sağlık iletişimini; “sağlığı iyileştiren bireysel ve topluluk kararlarını bilgilendirmek ve etkilemek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanılması” olarak tanımlamıştır (CDC, 2001).

Etki kelimesi aynı zamanda sağlık iletişimi tanımına “bireysel, kurumsal ve kamu izleyicilerini önemli sağlık sorunları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı ve tekniği” olarak dâhil edilmiştir (US Department of Health and Human Services, 2005).

Yine de sağlık iletişiminin daha geniş yetki alanı, doğası gereği savunmasız ve yetersiz hizmet alan nüfuslar üzerindeki potansiyel etkisi ile ilgilidir sonucu çıkmaktadır. Korunmasız nüfuslar, olumlu sonuçları destekleyen yeterli koşulların (örneğin, çocuklar, yaşlılar, engelliler, göçmen nüfus ve özel yaşam alanları) yokluğunda kötü fiziksel, psikolojik veya sosyal sağlık açısından daha yüksek riske sahip grupları içermektedir (Pearson ve Nelson, 1991).

Yetersiz hizmet alan nüfuslar, sağlık veya toplum hizmetlerine ve altyapıya veya bilgilere yeterli erişimi olmayan coğrafi, etnik, sosyal veya topluluğa özgü grupları içermektedir. Sağlıkta hakkaniyet, ırk, cinsiyet, yaş, ekonomik koşullar, sosyal statü, çevre ve sosyal olarak belirlenmiş diğer faktörlerden bağımsız olarak herkese sağlıklı kalmak veya hastalık ve krizlerle etkili bir şekilde başa çıkmak için aynı fırsatı sağlamaktır. Bu, yalnızca bilginin yeterince paylaşılacağı, anlaşılacağı, özümselebileceği, farklı topluluklar tarafından kapsayıcı, savunmasız ve yetersiz hizmet alan grupları temsil edecek şekilde tartışılacağı elverişli bir ortam yaratılarak başarılabilir. Bu, iletişim sürecine dâhil olan veya dâhil edilmesi gereken tüm kitlenin ihtiyaçlarının, inançlarının, tabularının, tutumlarının, yaşam tarzlarının, sosyoekonomik durumların, çevrenin ve sosyal normlarının derinlemesine anlaşılmasını gerektirmektedir. Aynı zamanda iletişimin kolayca anlaşılabilir mesajlara dayanmasını da talep eder. Bu, iletişimi “anlamları anlama ve paylaşma süreci” olarak gören Pearson ve Nelson (1991) tarafından yapılan iletişim tanımında iyi bir şekilde karakterize edilmiştir.

Çok kısa tanımıyla sağlık iletişimi Tablo 1.3’te gösterildiği şekliyle çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır demek yanlış olmayacaktır. Bireyleri, toplulukları, sağlık profesyonellerini, hastaları, politika yapıcıları, organizasyonları, özel grupları ve toplumu etkilemek, dâhil etmek, güçlendirmek ve desteklemek için sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntemleri değiş tokuş etmek için farklı popülasyonlara ve gruplara ulaşmakla ilgilenmektedir (Schiavo, 2013). Böylece nihai olarak birey, toplum ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirecek bir sağlık veya sosyal davranış, uygulama veya politikayı savunacak, tanıtacak, benimseyecek veya sürdürecektir.

Tablo 2.3: Sağlık İletişiminin Temel Özellikleri (HEALTH COMMUNICATION FROM THEORY TO PRACTICE Second Edition Renata Schiavo)

| |
|--|
| Kişi Merkezli |
| Kanıtı Dayalı |
| Multidisipliner |
| Stratejik |
| Süreç Odaklı |
| Stratejiyi Destekleyen Yaratıcı İçerikli |
| Kitleye ve Medyaya Özel |
| İlişki – Bağ Kurabilen |
| Davranışsal ve Sosyal Sonuçlara Yönelik |
| Kapsayıcı - Savunmasız ve Yetersiz Hizmet Alan Gruplar Dâhil |

Sağlık iletişimi farklı grupları etkilemek, dâhil etmek, güçlendirmek ve desteklemek amacıyla sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntemleri değiş tokuş etmek için farklı popülasyonlara ve gruplara ulaşmak, böylece bir sağlık veya sosyal davranışı savunmak, tanıtmak, benimsemek veya sürdürmekle ilgilidir. Nihai olarak birey, toplum ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirecek uygulama veya politikalar bütünüdür (Çınarlı, 2019). Schiavo'ya (2013) göre;

“Sağlık iletişimi kapsayıcı olmalı ve hassas ve yetersiz hizmet alan grupları da temsil etmelidir. Sağlık iletişimi halk sağlığı, sağlık bakımı, toplum gelişimi ve özel sektörde (hem kâr amacı gütmeyen hem de kurumsal) giderek daha fazla öne çıkan bir alandır. Sağlık iletişimi, sağlıkta hakkaniyetin geliştirilmesinde kilit bir rol oynayabilir. Sosyal olarak belirlenen birkaç faktör (sağlığın sosyal belirleyicileri olarak da adlandırılır) sağlık iletişimini etkiler ve ondan etkilenir. Sağlık iletişiminin temel özelliklerinden biri, her bir durumu ve kilit grubu benzersiz özellikleri ve ihtiyaçları için ele almak ve bunlara yaklaşmak için gereken teorik esnekliğe izin veren çok disiplinli doğasıdır. Artık davranışsal ve sosyal etki iletişimi çağındayız. Aslında, birçok uluslararası model ve gündem, sağlık iletişimi müdahalelerinin geliştirilmesinde davranışsal ve sosyal değişim odaklı bir zihniyetin önemini desteklemektedir. Sağlık iletişimi, her zaman öğrenilen dersleri ve pratik deneyimleri içermesi gereken gelişen bir disiplindir. Uygulayıcılar, sağlık iletişiminde yeni yönleri bilgilendirmek için teori ve modellerin tanımlanmasında önemli bir rol üstlenmelidir. Sağlık iletişiminin temel özelliklerinin ve sınırlamalarının (ve daha spesifik olarak iletişimin ne yapıp ne yapamayacağını) farkında olmak önemlidir. Sağlık iletişimi çeşitli eylem alanlarına dayanır. İyi tasarlanmış programlar, beklenen davranışsal ve sosyal sonuçlar ışığında seçilmesi gereken farklı alanların bütünlük bir karışımının sonucudur.”

Bu bilgiler ışığında sağlık iletişimi çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve uygulama gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır.

2.1.3.1.1 Kişiler Arası Sağlık İletişimi

Kişilerarası iletişim, davranışsal veya sosyal değişimi hedefleyen sağlık iletişimi programlarının önemli bir eylem alanıdır. Sağlayıcı-hasta iletişiminin yanı sıra topluluk diyalogunu (ölçekli kişilerarası iletişim) ve danışmanlık ve kişisel satışı (kilit grupların kendi evlerinde, ofislerinde veya iş ve eğlence yerlerinde bire bir katılımı) içerir. Aynı zamanda iletişim sürecinin birçok farklı aşamasında ve boyutunda uygulanabilirlik bulan faaliyetlerdir (Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2003).

Krauss ve Fussel'e (1996) göre; kişilerarası davranış çeşitli kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Her bireyin başkalarıyla kendi etkileşim tarzına sahip olmasına rağmen, belirli bir grup veya topluluktaki gelenekler ve değerler kadar sosyal gelenekler veya normlar, davranış ve iletişimin nasıl gerçekleştiği, yorumlandığı ve algılandığı konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Tüm etkileşimler, davranış ve iletişim eylemlerinin anlamlarına katkıda bulunan hem sözlü hem de sözsüz işaret ve sembollerden oluşmaktadır. Sosyal psikologlar, işaretleri istemsiz davranışlar olarak görme eğilimindedir.

Semboller, kişinin duygularını tanımlamak için sözlü ifadeler kullanmak gibi gönüllü eylemler olarak tanımlanır (Krauss ve Fussell, 1996). Bu tanımlara göre "utandım" demek bir sembolken, utanma duygusuna tepki olarak kızarmak bir işarettir. Semboller, sosyal uzlaşmaların ve anlaşmanın sonucudur (Sebeok, 2001).

Örneğin, yüz ifadeleri kontrol edilebilir ve başkalarını bizim inanmasını istediğimiz şeye inanmaya ve gerçekte ne hissettiğimizi gizlemeye ikna etmek için değiştirilebilir (Kraut, 1979).

İşaret ve sembollerin yorumlanmasında kültürün etkisinin dikkate alınması da önemlidir; zira kültür, anlamları çok erken yaşlarda etkilemeye başlamaktadır. Diğer bir deyişle aile içinde başlayan ve çocukları yetişkin rollerine hazırlamayı amaçlayan sosyalleşme süreci, belirli bir nüfusun veya grubun sosyal normlarından ve kültürel faktörlerinden etkilenmektedir (Moment ve Zaleznik, 1964; Grusec, 2011; Berns, 2013). Güç ve sosyal statüdeki farklılıklar, kişilerarası davranış dinamiklerini ve ilişkilerin potansiyel yakınlığını veya formalite düzeyini de etkilemektedir (Hwa-Froelich ve Vigil, 2004; Hofstede, 1984, 2001).

Sağlık iletişimde mesajlar, yalnızca insanlar onları anladığında, işlediğinde ve hatırladığında ve bunları günlük yaşamlarında uygulamak için motive olduklarında tutumları etkilemektedir (Krauss ve Fussell, 1996).

Brown'a (1965) göre bilgi ve tutum değişikliği, bilginin sunulma biçiminden de etkilenmektedir. Açık ve güvenilir iletişim kurmak, genellikle bilginin güvenilir ve dikkate değer olarak algılanabileceği alıcı bir ortam yaratmanın ilk adımıdır. Tüm başarılı iletişim ve etkileşimler, genellikle diğer kişinin bakış açısını makul ölçüde iyi anlamayı gerektirmektedir.

Sağlık iletişimde önerilen bir davranışı "sağlıklı" veya "hayat kurtarıcı" olarak tanımlamak yeterli değildir. Daha kalıcı bir tutum değişikliği belirlemek için tüm ifadelerin yerel kültürel değerleri yansıtması, kanıtlarla desteklenmesi ve pratik uygulamalarını kolaylaştıracak araçlara dönüştürülmesi gerekmektedir (Chiu, Krauss ve Lau, 1998). Bu hem kişilerarası iletişimde hem de sağlık iletişiminin diğer eylem alanlarında mesaj geliştirmede önemli bir kavramdır. Gerçekler ve araçlar, sözlü ifadelere güvenilirlik kazandırmak ve insanları değişmeye motive etmek için kritik öneme sahiptir (Krauss ve Fussell, 1996).

2.1.3.1.2 Profesyonel Tıbbi İletişim

Profesyonel tıbbi iletişim, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, klinik uygulamalarının etkinliğine ve nihayetinde hastaları için daha iyi sağlık sonuçlarına katkıda bulunan eşler arası bilgi ve araçlarla zorlukların üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. Bu iletişim alanı, “tıbbi uygulamanın en son bilimsel bilgiyi yansıtmasını” sağlama ihtiyacıyla doğrudan ilişkilidir (Solomon, 1995 s. 28). Bu aynı zamanda, doktorları ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarını yeni davranış ve uygulamaları benimsemeye teşvik eden davranışsal ve kurumsal değişim modellerine son zamanlarda yapılan vurgunun gerekçesidir (Bauchner, Simpson ve Chessare, 2001)

Bilimsel değişim, tıbbın erken tarihinde ve psikoloji ve hemşirelik gibi diğer sağlık bakım alanlarında bir ihtiyaç ve fırsat olarak kabul edilmiştir. Çoğu bağlam ve durumda, eşler arası bilimsel değişim, tıbbi uygulamaları geliştirmeyi ve yeni bakım standartlarının uygulanmasını savunmayı amaçlar. Bilimsel değişimin günlük bir örneği, farklı alanlarda genç sağlık bakım pratisyenlerini eğiten veya tavsiyede bulunan kıdemli doktorlar ve başhemşireler gibi danışmanların rolüdür (Solomon, 1995).

Bilimsel değişim kavramı, modern tıbbın babası olarak kabul edilen antik Yunan hekimi Hipokrat'a kadar uzanmaktadır (Pikoulis, Waasdorp). Fikirlerinin ve bulgularının üretken bir yazarı olan Hipokrat, "doktorların bulgularını ve tıbbi yöntemlerini kaydetmelerini tavsiye etmiştir, böylece bu kayıtlar başka doktorlar tarafından aktarılabilir ve kullanılabilir" (Crystalinks, 2006). Profesyonel tıbbi iletişim, doktorlar, hemşireler, doktor asistanları ve diğer tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik bir eşler arası iletişim yaklaşımı olarak bilimsel değişim kavramından gelişmiştir (Solomon, 1995).

Okay'a (2020) göre profesyonel tıbbi iletişim (ayrıca profesyonel klinik iletişim), sağlık hizmetinin yönetiminden doğrudan sorumlu olan bu profesyonellerin davranışlarını ve sosyal bağlamını etkilemeye çalışan programlara sağlık iletişimi teorileri, modelleri ve uygulamalarının uygulanması olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sunucularına yönelik iletişim programlarının planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi sürecidir. Bu terim, profesyonel klinik iletişim ile birbirinin yerine kullanılır. Profesyonel tıbbi iletişim, (1) en iyi tıbbi ve sağlık uygulamalarının benimsenmesini teşvik etmeyi; (2) bakımla ilgili yeni konseptler ve standartlar oluşturmayı; (3) son tıbbi keşifleri, inançları, parametreleri ve politikaları duyurmayı; (4) yeni tıbbi öncelikleri değiştirmek veya oluşturmayı ve (5) sağlık politikası değişikliklerini iletmeyi kapsamaktadır.

Profesyonel tıbbi iletişim genellikle sağlık iletişimi programlarının önemli bir bileşenidir. Bu yaklaşım aşağıda belirtildiği gibi çeşitli şekillerde etkilidir:

- En iyi uygulamaların benimsenmesini teşvik eder,
- Bakımla ilgili yeni konseptler ve standartlar belirler,
- Sağlayıcının son tıbbi ve bilimsel keşifler, inançlar, parametreler ve politikalar hakkında farkındalığını artırır,
- Yeni klinik öncelikleri değiştirir veya belirler,
- Düşünce liderlerini ve profesyonel kuruluşları bu tür değişiklikleri savunmaya dâhil ederek sağlık politikası değişikliklerini iletir,
- Klinik uygulamaların etkinliğini genişletmek ve küresel sağlık işgücü boşluklarını ele almak için gelişen teknolojiyi kullanır (Okay, 2020).

Son olarak, profesyonel klinik iletişim, hasta veya toplum düzeyinde nihai olarak davranışsal veya sosyal bir değişiklik arayan çok yönlü müdahalelerin önemli bir bileşenidir. Aslında, hasta talebi ve sağlık hizmetlerinin artan kullanımını için alıcı

bir ortam yaratmada etkilidir (Rosenberg vd., 2007). Schiavo (2013), etkili hizmet sağlayıcı ile hasta iletişiminin önündeki engelleri Tablo 2.4’te verildiği şekilde özetlemiştir.

Tablo 2.4: Etkili Hizmet Sağlayıcı-Hasta İletişiminin Önündeki Engeller: Hasta Faktörleri Eğitim Düzeyi (Schiavo, 2013)

| |
|---|
| Sağlık okuryazarlığı seviyesi |
| Dil engelleri |
| Kültürel veya etnik farklılıklar |
| Yaş |
| Bilişsel sınırlamalar |
| Tıbbi jargon ve bilimsel terimlerin anlaşılmaması |
| Hastalıkla ilgili stres |
| Sağlık hizmeti sağlayıcılarına kıyasla güç dengesizliği |
| Sosyoekonomik koşullar (yaşam ve çalışma ortamı dâhil) |

2.1.3.1.3 Kamu Politikası ve Kurumsal Sağlık İletişimi

Politika iletişimi ve kamu savunuculuğu birbiriyle sıkı bir şekilde bağlantılıdır ve birbirini tamamlayan, bazen örtüşen birçok strateji, etkinlik ve medya ile entegredir. Politika iletişimi nadiren bir boşlukta gerçekleşir ve çoğu zaman genel kamuoyunu veya belirli toplulukları, grupları politika yapımcıları ve diğer paydaşlarla yapılan görüşmelerin amaçlanan sonuçlarını desteklemeye dahil etmeye çalışan kamu savunuculuğu çabalarıyla desteklenmektedir. Amerikan Kalp Derneği ([86] 2006b) kamu savunuculuğunu “karar vericileri etkileme ve belirli bir kuruluşun veya bir grup insanın misyonunu ilerletmek için yasalarda ve diğer hükümet politikalarında değişiklik yapılmasını teşvik etme eylemi” olarak tanımlamaktadır. Bir bakıma, bu tanım, araştırma bulgularını ve sağlıkla ilgili verileri yeterince sunmanın rolünün de yeni politikaların veya kaynak tahsisinin savunulması için anahtar olduğu durumlarda, politika değişikliği durumunda politika iletişiminin kamu savunuculuğunun bir bileşeni olabileceğini düşündürmektedir.

Yeni veya mevcut politikaların daha da yaygınlaştırılmasını veya uygulanmasını amaçlayan politika iletişimi, genellikle genel nüfusun veya belirli grupların büyük bölümlerinin aynı düzeyde katılımını gerektirmediğinden, kamu savunuculuğundan daha farklı olabilmektedir (Botan, 2006).

Diğer teorik etkilerin yanı sıra, kamu savunuculuğu da halkla ilişkiler, medya teorisi ve pratiğine dayanmaktadır. Kamu savunuculuğu halkla ilişkiler ile aynı araçları kullanmaktadır. Aslında, birçok medya kanalıyla halkla ilişkiler, yasa koyucuları ve diğer kilit karar vericileri etkileme yeteneği nedeniyle hükümet ilişkilerinin ve politika iletişiminin de önemli bir bileşenidir (Servaes ve Malikhao, 2010). Kitle iletişim araçlarının kamuoyunu etkileme gücü nedeniyle, yerel ve ulusal yayınlar, topluluk haber bültenleri, yayın medyası İnternet ve yeni ve sosyal medyanın tümü, bir sağlık sorunu veya politikasına ilişkin kamu taahhüdünü ve farkındalığını geliştirmek için yararlı kanallar hâline gelmiştir. Ayrıca yasa koyucuları veya diğer karar vericileri, halkları tarafından savunulan politikayı onaylamaya motive etmek için ihtiyaç duyulan kritik kitlenin yaratılmasına yardımcı olabilmektedir. Halkla ilişkiler uzmanları böylece sağlık politikalarını, yasalarını ve uygulamalarını etkilemeye çalıştığında halk savunucuları hâline gelmiştir.

Yakın zamanda, büyük ölçüde kitle iletişim araçlarının ve yeni medyanın stratejik kullanımına dayanan kamu savunuculuğu, medya savunuculuğu olarak da adlandırılmaktadır. Diğer sağlık iletişimi müdahalelerinde olduğu gibi, kamu savunuculuğu medyası, etkilemeye çalıştığımız kilit grupların tercihleri ve ihtiyaçları temelinde seçilmelidir. Örneğin, HIV/AIDS ile yaşayan veya nadir görülen rahatsızlıklardan mustarip kişiler veya pediatrik kanserli çocukların ebeveynleri, onlara ulaşmanın mümkün olabileceği güçlü çevrimiçi topluluklar oluşturmuştur (hiv/aidstribes, 2013; Association of Cancer Online Resources, 2013).

Kahn ve Kellner'a (2004) göre "1990'lardan bu yana, İnternet aktivizmi ve yeni medyanın çeşitli siyasi hareketler tarafından nasıl etkin bir şekilde kullanıldığına dair artan tartışmalar vardır".

"Halkla olumlu bir ilişki kurma ve geliştirme sanatı ve bilimi" olarak tanımlanan halkla ilişkiler (American Heritage Dictionary of the English Language, 2011) onlarca yıldır kitle iletişiminin belkemiği olmuştur. Bununla birlikte, halkla ilişkilerin kavramsallaştırması ve modelleri, yalnızca yeni iletişim teorilerini ve eğilimlerini değil, aynı zamanda mevcut medyanın özelliklerini ve gazetecilik standartlarının ve pratiğinin evrimini de yansıtmak için zaman içinde gelişmiştir (Duhe, 2007). Yeni medyanın ortaya çıkışı halkla ilişkiler pratiğini de değiştirmiştir. Başka deyişle "büyük, hiyerarşik varlıklar, yeni medya teknolojilerinin benimsenmesi ve uygulanmasında daha küçük, daha çevik kuruluşların gerisinde kalma eğilimindedir" (Duhe, 2007). Yeni medya, kuruluşların ve kamuoyunun hikâyelerini başından sonuna kadar anlatabileceği ve karşılaştırabileceği etkileşimli bir ortam yaratmıştır (Duhe, 2007). Sağlık Alanında Kamu Politikası İletişimi ve Halkla İlişkiler alanında yukarıda verilen bilgiler ışığında iletişimin etkinliğini belirleyen bazı parametreleri öne çıkarmakta fayda vardır (Duhe, 2007).

- İnsanların inançları, tutumları ve davranışları
- Kültürel, etnik, cinsiyet, din ve yaş etkileri
- Sosyal normlar, politikalar ve düzenlemeler
- Sağlık sigortası politikaları veya sağlık sistemiyle ilgili diğer uygulamalar
- Belirli bir alanda genel sağlık ve hastalık fikirleri nüfus veya alt grup
- Bir hastalığın medya tarafından gösterilme şekli gibi piyasa veya medya ile ilgili hususlar

- Temel hizmetlere ve bilgilere erişim dâhil yaşam ve çalışma ortamı (yalnızca sağlık hizmetleriyle sınırlı değildir)
- Hastalıkla ilgili klişeler

Yukarıdaki bilgiler ışığında politika belirleyicilerin sağlık alanında toplumsal davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için iletişim stratejileri belirlenirken bu parametreler çerçevesinde çalışılması önerilebilir.

2.1.3.1.4 Sağlık Örgütlenmeleri

Carter'ın tanımına göre; sağlık iletişiminde sağlık örgütlenmeleri, bir projenin sonuçlarına katkıda bulunabilecek ortak hedefleri belirlemek amacıyla kilit paydaşlar, topluluklar ve kuruluşlarla bir araya gelme, bilgi alışverişinde bulunma ve stratejik ilişkiler kurma ve sürdürme sürecidir. Belirli bir iletişim programının sonuçlarına katkıda bulunabilecek ortak hedefleri belirlemek amacıyla kilit paydaşlar, topluluklar, kuruluşlar bir araya gelerek, bilgi alışverişinde bulunma, stratejik ilişkiler kurma ve sürdürmeye yönelik belirli bir iletişim programı veya sağlıkla ilgili görev süreci belirleme çalışmalarını yürütmektedir. (Carter, 1994).

Etkili ilişkiler kurma ve kilit bileşenler oluşturma süreci, sağlık iletişiminin tüm eylem alanlarına (örneğin, kişiler arası iletişim, stratejik politika iletişimi, yeni medya iletişimi) dayanmaktadır. Aynı zamanda hepsinin ayrılmaz bir parçası ve aynı zamanda başlı başına bir iletişim alanıdır. Bu ilişkilerdeki tüm taraflar, genellikle iş birliği, ortaklık veya etkileşim yoluyla elde edilebilecek ortak hedeflere sahiptir. “Çeşitli topluluklar ile (örneğin araştırmacılar, uygulayıcılar, ajanslar ve kuruluşlar) iş birliği içinde çalışmanın önemi” birçok önde gelen kuruluş tarafından belirlenmiştir. Bunlar kısaca aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- Sağlık örgütlenmeleri, sağlık iletişiminin kilit bir alanı olduğu kadar, iletişimin diğer tüm eylem alanlarının da kritik bir bileşenidir.

- Sağlık iletişiminde, örgütlenme, belirli bir sürecin sonuçlarına katkıda bulunabilecek ortak hedeflerin belirlenmesi amacıyla kilit paydaşlar, topluluklar ve kuruluşlarla bir araya gelme, bilgi alışverişinde bulunma, stratejik ilişkiler kurma ve sürdürme süreci olarak tanımlanabilir.
- Seçmen ilişkileri, temel bir iletişim alanı olarak halk sağlığı, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, sağlık ve ticaret sektörlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.
- Örgüt ilişkilerinin temel öncüllerinden biri, bir sağlık sorunu hakkında karşıt görüşlere veya yaklaşımlara sahip olanlar da dâhil olmak üzere tüm gruplarının meşruiyetini tanımının önemidir.
- Çoğu sağlık ve sosyal konu, doğası veya potansiyel çözümleri itibarıyla karmaşık ve çok sektörlüdür. Çok sektörlü ortaklık, bu tür sorunların etkin bir şekilde ele alınmasında kilit bir araçtır.
- Çok sektörlü ortaklıklar, hükümetler, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, özel ve kamu kuruluşları, akademi, topluluk grupları, bireysel topluluk üyeleri ve diğerleri “bütün toplumu veya belirli bir nüfusu etkileyen sorunları çözmek için bir araya geldiğinde” ortaya çıkar.
- Bir sağlık sorunu etrafında örgüt iletişimi veya stratejik ortaklıklar ve iş birlikleri oluşturmak ve sürdürmek, sıkı çalışma gerektirir (Halk Sağlığı Okulları Birliği, 2007).

2.1.3.1.5 Topluluk Seferberliği ve Vatandaş Katılımı

Toplum seferberliği genellikle sağlık iletişiminin aşağıdan yukarıya katılımcı bir süreç olduğunu Fishbein vd. (1997) şu sözler ile açıklamıştır;

“Birden fazla iletişim kanalı kullanarak, toplum liderlerini ve genel olarak toplumu bir sağlık sorununu ele almaya, davranışsal veya sosyal değişimin temel adımlarının bir parçası hâline getirmeye veya istenen bir davranışı

uygulamaya dâhil etmeye çalışır. Problem çözülsün de çözülsün de bireylerin kendi çözümlerini bulmalarını sağlar.”

Diğer bir deyişle, topluluk seferberliği aşağıdan yukarıya bir yaklaşımdır çünkü toplumun üst hiyerarşik seviyelerini dâhil etmek ve topluluğa özgü sorunları ele almak için işbirlikçi çabalar geliştirme konusunda insanların gücüne güvenme eğilimindedir. Topluluk seferberliği, topluluk içindeki liderler tarafından başlatılabilir veya dış kuruluşlar tarafından teşvik edilmektedir. Dış kuruluşların, sağlık iletişimi uygulayıcılarının ve diğer paydaşların rolü; seferberlik sürecini kolaylaştırmak ve takip etmektir (Sağlık İletişimi Ortaklığı, 2006c).

Sağlık iletişiminin diğer alanlarında olduğu gibi, topluluk seferberliği çabaları, sağlık çıktıları üzerinde etkisi olabilecek sosyal normlar ve politikaların yanı sıra sağlık davranışını da etkilemeyi amaçlamaktadır. Topluluk seferberliği, daha iyi sağlık sonuçları için gerekli değişiklikleri yapmaları için toplulukları güçlendirmeyi amaçlayan sağlık iletişiminin kilit bir alanıdır. Genellikle sıradan insanlarla başlar ve toplumun tüm farklı seviyelerini dâhil etmeye çalışmaktadır (Lipsky ve Lounds, 1976).

Tüm bu bilgiler ışığında halkı halk sağlığına geri döndürmek, yirmi birinci yüzyılda halk sağlığının temel amacıdır sonucu çıkarılabilir. Vatandaş katılımı (veya halkın katılımı), farklı yaşam alanlarından insanların hayatlarını etkileyen politika ve ekonomik kararlara etkin bir şekilde katkıda bulunabilmeleri için daha bilgili bir vatandaşlık yaratma sürecidir.

2.1.3.1.6 Yeni Medya Çağında Kitle İletişimi

Gutenberg'in 1450'de matbaayı icat etmesini izleyen yüz yıldan beri insanların iletişim kurma biçiminde inanılmaz hızda büyük bir değişim dalgası yaşanmaktadır. Kitle iletişimi çağından, eski iletişim modellerinin çoğunun yetersiz veya gereksiz

olacağı interaktif iletişim çağına geçildiğinde bu yeni medya teknolojilerinin yayılma hızı, neredeyse kavranmayı zorlaştırmaktadır.

Sadece birkaç yıl içinde, dünyanın bilgisayar ağlarının anarşik bir ittifakı olan internet çok hızlı büyümüştür. Dünya çapındaki kullanıcıların tahminleri 20 ila 30 milyon kişi arasında değişmektedir ve 5 milyona yakın ana bilgisayarın yaklaşık 140 ülkede 16.000 ağda birbirine bağlandığı düşünülmektedir (Anderson, 1995). Bu üstel büyüme, bir dizi faktör tarafından desteklenmiştir: hem ev hem de iş bilgisayarlarında büyük bir yayılıma yol açan daha ucuz, daha güçlü PC'lerin geliştirilmesi (dünya çapında tahminen 200 milyon), örnek olarak gösterilmektedir (Wulfemeyer ve Buckalew, 2005). Sanayileşmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler tarafından karşılanabilir bir fiyata büyümeyi mümkün kılan telekomünikasyon ağı ile birlikte aynı zamanda, diğer multimedya uygulamalarında olağanüstü bir büyümeye tanık olduğumuz ortadadır.

Sağlık iletişimi profesyonelleri yeni dünya düzeninde bu yeni medya teknolojilerinin kapsamının (ve erişiminin) farkında olmalı ve bunları nasıl kullanacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Özellikle, Kitle İletişim Çağı'nın sona erdiği ve Etkileşimli İletişim Çağı'nın başladığı kabul edilmelidir. Dutton ve diğerleri, "yeni medya" teknolojilerinin üç ana özelliğini sıralamıştır: (1) kütleden arındırma, (2) etkileşim ve (3) eşzamansızlık. Bu özelliklerin tümünün analiziyle varılan sonuç, tüketicilerin kendilerine uygun zaman ve yerde okumak/izlemek/dinlemek istedikleri şeyi seçme yeteneğiyle giderek daha fazla yetkilendirildiği ve özümseme oranının giderek arttığıdır (Dutton, vd, 1987).

McLuhan (1964), "Araç mesajdır" ifadesiyle aracın insanların iletişim kurma şeklini değiştirdiğine dikkat çekmiştir. Shannon ve Weaver'ın (1949) ve Lasswell'in (1971) paradigması (kim/ne/kime/hangi kanaldan/hangi etkiyle) gibi geleneksel

doğrusal modelleri güncelliğini yitirmiştir. Rogers ve Kincaid'in (1981, s.63) yakınsama modeli gibi, iletişim sürecinin ağ modelinin yorumlanmasına daha kolay uygulanabilecek daha karmaşık, dinamik modellere ihtiyaç doğmuştur.

Yeni teknolojiler iletişimcilere artık göz ardı edilemeyecek ve kapsamlı multimedya sağlık iletişimi müdahalelerinin bir parçası olarak verimli bir şekilde entegre edilmesi gereken sayısız yeni kanal ve stratejik seçenek sunmaktadır (Parker ve Thorson, 2008). Yeni medya kanalları (örneğin; profesyonel ve kişisel bloglar, sosyal medya siteleri, podcast'ler, sohbet odaları ve mobil uygulamalar), e-sağlık ve mobil sağlık uygulamaları (örneğin; COVID-19 sürecinde geliştirilen HES) sağlıkla ilgili müdahaleler için mobil ve kablosuz teknoloji cihazlarının kullanımı) yenilikçi yollar sağlamak için yükselirken sağlık ve toplum gelişimi konularında birçok farklı grupta iletişim kurmak için de imkân sunmaktadır.

Sağlık iletişiminde kitle iletişim medyası, “eski” medya olarak tanımlayabileceği basılı, radyo, yayın, eğlence ve hareketli medyanın stratejik bir karışımından oluşurken bloglar, wiki'ler, video yayınları, podcast'ler, sosyal ağ siteleri, mobil teknoloji ve mesajlaşmayı içeren sanal ağlar yeni medyaya sadece birkaç örnektir. Yeni çağda yeni medya, sorunlar ve sektörler arasında yenilikçi şekillerde kullanılmaktadır (Parker ve Thorson, 2008).

Moorhead ve diğerlerine göre kitle iletişim araçları ve yeni medya iletişimleri tek başına halkı etkileme ve dâhil etmede, davranışsal sosyal değişimi teşvik etmede sağlık iletişiminin diğer eylem alanlarına dayanan daha geniş müdahaleler kadar etkili değildir (Moorhead vd, 2013). Moorhead'in (2013) çalışmalarından yola çıkarak; toplum temelli stratejiler ve faaliyetler kullanmak ve mevcut veya gelecekteki halk sağlığı, sağlık hizmetleri ve toplum geliştirme programlarını tamamlar sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir deyişle, yetersiz hizmet alan ve savunmasız nüfuslar, sağlık

eşitsizliklerini gidermek için yeni medyanın ve diğer teknolojik devrimlerin temel yararlanıcıları olarak dâhil edilmediklerinde hedeflenen sağlığın geliştirilmesi politikaları başarısız olmaktadır.

2.1.3.2 Etkili Sağlık İletişiminin Önündeki Engeller

Pandemi dönemlerinde iletişim, önlemeyi, sınırlamayı, dayanıklılık ve iyileşmeyi teşvik ederek halkın etkili bir ortak olarak hareket etme kapasitesini en üst düzeye çıkarmaktadır (Holmes, 2008). Ayrıca, pandemik planlama ve müdahalede genişletilmiş bir rolle, iletişim süreçleri halkı, ortaya çıkan bir pandemi sırasında değişen koşullara veya belirsizliğe uyum sağlamaya hazırlayabileceği gibi, halk sağlığı planlamacıları, belirli popülasyonlar için salgın riskini etkileyen mevcut güvenlik açıkları ve kaynaklar hakkında eğitilmiş profesyoneller, potansiyel olarak etkilenen topluluklar ve risk yöneticileri arasında diyalog yaratırken karşılıklı güven ortamını teşvik etmektedir (Blumenshine ve diğerleri, 2008). Hazırlık stratejileri, iletişim planlamasına rehberlik etmek için bir pandeminin tüm aşamalarında bireylerden neler istenebileceğini ve beklenebileceğini dikkate almalıdır (ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı, 2008). Bir pandemi, asgari düzeyde eylemler gerektirebilir (örneğin, el yıkamayı artırma), diğer taraftan güçlü duygular uyandırırken endişeleri artırabilir ve tartışmaları körükleyebilmektedir (örn. karantinalar ve okul ve kamu tesislerinin kapatılması). Ayrıca, rahatsız edici bilgilerin kamu iş birliğine zarar vermeden iletilmesi gerekmektedir (Vlahov vd, 2007).

Leavitt'in öne çıkardığı üzere; yakın tarihli halk sağlığı krizlerinden alınan dersler, uygunsuz iletişim ve yetersiz planlamanın risk azaltmayı büyük ölçüde tehlikeye atabileceğini göstermektedir. Birkaç yanlış adım, hükümetin ciddi halk sağlığı tehditlerini yönetme becerisine olan güvenin kaybolmasını tetikler, bu da savunmasız nüfuslar için beklenmeyen ve oldukça istenmeyen sonuçlara yol

açabilmektedir. İyi iletişim uygulamaları, kötü planlamanın, bilgisiz politikaların veya savunmasız nüfuslarla ilgili yanlış anlamaların (örn, halk sağlığı mesajlarının görmezden gelinmesi, salgının uzak bir tehdit olarak görülmesi ve davranış değiştirme bilgisi, yeteneği veya iradesinden yoksun olunması) önüne geçmektedir. Bununla birlikte, en iyi stratejiler bile yetersiz sağlık riski iletişimleri veya planlama, müdahale ve iyileşmenin her aşamasında bir iletişim perspektifi ve toplum katılımını bütünleştirmede başarısızlık nedeniyle etkisiz hâle getirilme riskini taşımaktadır (Leavitt 2003).

Pandemi süreçlerinde sağlık alanındaki bilgiye olan ihtiyaç artmaktadır. Özellikle yeni medyanın sunduğu hızlı ve çok çeşitli bilgi bu alandaki açığı kapatan en önemli kitle iletişim araçlarındandır. Kullanıcı sayısındaki artış ve çeşitlilik, yalnızca çevrimiçi olarak sunulan sağlık bilgilerinin ve hizmetlerinin muazzam çeşitliliği ve kapsamı ile karşılanmaktadır. e-Sağlık ortamı, sağlık ve sağlık hizmetlerini etkinleştirme ve iyileştirme genel hedefi ile bir dizi paydaş için klinik ve klinik olmayan alanlarda uygulanan bireysel ve nüfus sağlığı teknolojileriyle çok geniş bir alan hâline gelmiştir (Eng, 2001). E-Sağlığın avantaj ve dezavantajlarının yanı sıra e-Sağlığın gelişimini kolaylaştıran ve önündeki engellerin bir özeti Tablo 2.5'te sunulmaktadır.

Web siteleri, internetteki sağlık bilgilerinin temel dayanağı olmaya devam etmektedir. Bu siteler, sağlık bilgilerinin ve tavsiyelerinin toplu iletişim için çok yönlü araçlardır. Genel olarak, sağlık web sitelerinin kendi kendine yardımı teşvik etmede (Farvolden vd., 2005) ve hastaları doktor randevularına hazırlamada (Hartmann vd., 2007) oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. Sağlık web siteleri yalnızca bilgi depoları değil, aynı zamanda tartışma için canlı forumlardır.

Tablo 2.5: E-Sağlığın Avantaj ve Dezavantajlarının Yanı Sıra E-Sağlığın Gelişimini Kolaylaştıran ve Önündeki Engellerin Özeti (Eng (2001), Fox (2006), Freeman & Chapman (2008), Morahan-Martin (2004), Murero & Rice (2006), Neuhauser & Kreps (2003), Vance, Howe, & Dellavalle (2009). Thompson (2011))

| Avantajları | Dezavantajları |
|--|---|
| Kişisel sağlık bilgilerinin ve sorunlarının yayınlanması için dürüst tartışmaları ve ifşayı artırmak ve çevrimiçi kendini ifşa etme riskini azaltmak için anonimliğe ve azaltılmış sosyal ipuçlarına izin verir. | Hastalarla e-posta etkileşimi, personel üzerinde önemli talepler yaratır ve sorumluluk sorunlarını gündeme getirir. |
| Kişinin kendi sağlık kayıtlarının farkındalığı ve yönetimi için imkân sunar. | Düzenlemeye tabi olmayan ilaçlara erişim ve ilaç etkileşimleri için kontrolleri atlama riski |
| Doktorlar için daha iyi bilgilendirilmiş hastalar ile iletişime olanak sağlar. Daha geniş erişim imkânı sunar. | Doğrulanmamış bilgilere ve alternatif ilaçlara veya tedavilere erişim |
| Daha geniş sağlık bilgisi yelpazesi sunar. | Eksik veya yanıltıcı web sitesi bağlantıları. |
| İşbirlikçi sağlık kararları alma için ortam sağlar. | Dar ve kendi kendini güçlendiren bilgi ve etkileşimler. |
| Coğrafi veya profesyonel olarak izole edilmiş hastaları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını birbirine bağlamak için iyi bir araçtır. | Yanlış ve bilinmeyen bilgi kalitesi (özellikle çevrimiçi destek grupları aracılığıyla) |
| Tıp eğitimi için uygun ve etkili öğrenme ortamları sağlar. | Üçüncü şahıslar tarafından uygunsuz erişim |
| Maliyet sınırlama veya maliyet azaltma stratejileri için uygun platform sağlar. | Zamanla önemli finansal yatırımlar gerektirebilir. |
| Duygusal destek | Uygulamaların kötüye kullanılması |
| Ansiklopedik bilgi genişliği | Kişisel bilgilerin uygunsuz kullanımı |
| Genişletilmiş seçenek ve özerklik | Mahremiyet ve gizlilik riskleri |
| Tıbbi araştırma ve bilginin daha hızlı yayılması (yani, nadir durumlar) | Bazılarının "gizlenmesine" ve "serbest sürüşe" izin verir |
| Sağlayıcılar sağlığı bulma/iletişim kurma/değerlendirme için kullanıcıya fırsat sunar. | Erişim engelleri, kötüleşen dijital ve kültürel bölünme |
| Çevrimiçi toplulukların gelişimini teşvik eder. | Yeni bir sistem kullanmak için ek prosedürler ve çaba gerektirebilir. |
| Sağlık bilgilerine erişimi artırır. | Görüşün gerçek olarak sunulması. |

| | |
|---|--|
| <p>Avantajları Sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık koşullarını geliştirme, tedavi etme, izleme ve tartışma kapasitesini artırır. Kullanılan modları, kullanıcıların öğrenme stillerinin müdahale amaçlarıyla eşleştirir. Daha kişiselleştirilmiş ve özelleştirilmiş bilgi ve etkileşimlere olanak sunar. Daha uyumlu ve memnun hastalar</p> <p>Hekim olmayanlara klinik destek sağlar (tıp eğitimi, teşhisler ve en iyi uygulamalar) Kişiselleştirmeye imkân sağlar.</p> <p>Hastanın yetkilendirilmesini ve öz bakımı geliştirir.</p> <p>Sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık koşullarını geliştirme, tedavi etme, izleme ve tartışma kapasitesini artırır. Aynı sorunla ilgilenen başkalarıyla etkileşimi artırır. Aynı deneyimi ve endişeleri paylaşan geniş bir yelpazedeki diğer kişilerden duygusal ve sosyal desteğe erişimi artırır. Tıbbi durumları başkalarıyla tartışırken kendi sunumunu geliştirmek için olanak sağlar. Doktor-hasta iletişimini geliştirir (e-posta yoluyla ve İnternet sağlık bilgilerinin çıktılarını getirerek) Alternatif tıp ürünlerine ve bilgilere erişimi sağlar. Hastaların tıbbi deneyimlerini (kanser gibi) anlamlandırmalarına yardımcı olur. Çeşitli sağlık kaynaklarına daha fazla erişim imkânı sunar. Hastaların/bireylerin ve sistem kullanıcılarının ötesinde sosyal ve profesyonel sağlık bakım ağlarının gelişimini teşvik eder.</p> | <p>Dezavantajları Sağlık sağlayıcılarına ve uygulamalarına halkın güvenini azaltmak Gelişmekte olan ülkelerde erişimin önündeki devasa engeller</p> <p>Çevrimiçi tıbbi bilgileri anlamada karmaşıklık ve zorluk Sağlık ve reçete sitelerinde her zaman tanımlanamayan ticari önyargılar İnternette reklamı yapılan ilaçları reçete etmeleri için doktorlar üzerindeki baskı.</p> <p>Sahtekârlık</p> <p>Çevrimiçi sağlık bilgilerinden aşırı yüklenme, kafa karışıklığı ve hatta korku. Dolandırıcılık veya ciddi sağlık zararları riski.</p> <p>Ezici sayıda site ve kaynak.</p> <p>Reklamlara ilişkin yasakları veya kısıtlamaları aşmak için sosyal medyanın kullanılması.</p> <p>Kendi kendine teşhis ve reçete yazma</p> <p>Güvenilmez ağlar veya depolama.</p> <p>Bilinmeyen yazarlık, kaynak alıntı eksikliği. Teknik uzmanlık, beceri ve tıbbi bilgi gerektiren konularda sahte haber</p> <p>Doktorun algılanan uzmanlığını ve yetkisini değiştirmek İnternet bilgilerine sahip hastalar tarafından doktorlara yönelik zorluklar</p> |
|---|--|

| Avantajları | Dezavantajları |
|---|---|
| <p>İletişim maliyetlerini azaltır. Hataları ve gecikmeleri azaltır (reçeteler, ilaçlar, kişisel tıbbi kayıtların alınması gibi) Sağlık bakım maliyetlerini azaltmak için olanak sağlar. Kişilerarası iletişimin önündeki engelleri azaltmak ve çevrimiçi sağlık kampanyaları ve etkileşimli müdahaleler aracılığıyla risk altındaki gruplara daha geniş erişim imkânı sunar. Ürünler için daha geniş pazar oluşturur Çevrimiçi sağlık sigortası başvuruları ve kaydı gibi işlemleri hızlandırır. Yetersiz hizmet alan kişilere sağlık eşitsizliklerini azaltmak için daha fazla sağlık hizmeti sunar. Akran danışmanlığı için uygun destek sağlar. Sadece almakla kalmaz, aynı zamanda sosyal destek ve paylaşmak veya genelleştirilmiş karşılıklılık konusunda daha geniş deneyim sağlar. Daha fazla etkileşim imkânı sunar. Daha verimli hizmet</p> | <p>Arama sonuçlarını filtrelemek zor.</p> |

2.2 Medyada Sağlık ve İletişimi

Kitle iletişim araçları insanların yaşamlarında merkezi bir rol oynamaktadır. Bunun en önemli göstergesi, insanların televizyon seyretmek, internette gezinmek, müzik dinlemek, gazete ve dergi okumak için harcadıkları zaman miktarıdır. Bilginin kitle iletişim araçları aracılığıyla iletilmesi anında ve günün her saatinde kullanılabilir olması iletişim teknolojilerinin yaygınlaşması ile mümkün hâle gelmiş, medyanın günlük yaşamda her yerde bulunmasına da bu gelişmeler katkıda bulunmuştur. Yeni medya çağında “yaşam deneyimi”; doğrudan deneyimlemek veya tanık olmak yerine iletişim teknolojileri aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Halk sağlığı alanı ve politika yapıcılar genellikle medyanın halk sağlığını şekillendirmedeki önemini ve gücünü takdir etmemektedir. Daha da önemlisi, medya kuruluşları ya da kurumlar kendilerini halk sağlığı sisteminin bir parçası ya da katkısı olarak görmemektedir. Bununla birlikte, medya, halkı sağlık sorunları hakkında eğitmede bir dizi rol oynar ve halka doğru sağlık ve bilimsel bilgileri bildirme sorumluluğuna sahiptir. Bu bölümde medyanın halk sağlığı sisteminde bir aktör olarak potansiyel rolünü, yani varlığını ve gücünü sağlık koşullarını yaratan toplumsal eylemin harekete geçirilmesine yol açmak için nasıl kullanabileceği incelenmiştir.

Sosyal medya platformları dünyada en yaygın kullanılan bilgi kaynakları arasında yer almakta, internete kolay ve ucuz erişim ve bu platformlarda çok sayıda kayıtlı kullanıcı bulunması, onları bilgiyi yaymanın en kolay ve en etkili yollarından biri hâline getirmektedir. Büyük olaylar sırasında, genel tepki ister bir spor olayı ister bir hastalık veya bir doğal afet olsun, genellikle daha fazla bilgi aramaktır (Padilla ve Blanco, 2020).

Çin'de internet ve sosyal medya platformlarında bilgi aramalarının zirveye çıkması, 10-14 gün içinde COVID-19 vakalarının görülme sıklığının zirvesinden önce, internet ve sosyal medya ağları aramalarının hastalık insidansı ile kanıtlanmış bir korelasyona sahip olmasıyla iyi bir örnektir (Alrazak vd., 2020; Chen vd., 2020).

Bu dönemde sosyal medya platformları ayrıca kaygı ve uzun süreli sıkıntı ile ilişkilendirilen izolasyon ve can sıkıntısını azaltmak ve evde izolasyon için psikolojik olumsuzlukları azaltmaya yardımcı olan önemli bir öneri hâline gelmiştir (Brooks vd., 2020).

COVID-19 salgınında sosyal medya platformlarının en önemli etkisi, protokollerin bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeylerde hızla yayılması olmuştur. Tedavi, kişisel koruyucu ekipman ve hatta kıt tıbbi kaynak ortamlarında adil dağıtım

önerileri hakkında paylaşım protokolleri bu sayede yeni normal hâline gelmiştir (Emanuel vd., 2020).

Bu bölüm, özellikle haber medyasının sağlık konularını ulusal kamu gündemine nasıl yerleştirebileceğini, ulusal ve yerel düzeylerde eylemi nasıl harekete geçirebileceğini ortaya koymaya çalışmaktadır. Diğer taraftan COVID-19 Pandemisinde sosyal medyanın etkisini ortaya koyabilmek için literatür ekseninden dijital çağda sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yeni medya kullanımı konusuna değinilecektir. Ayrıca pandemi sırasında sosyal medya platformlarının kullanımıyla ilgili en önemli avantaj ve dezavantajları hakkında da literatür çerçevesinde bilgi verilmeye çalışılacaktır.

2.2.1 Medyada Sağlık Haberciliği

DSÖ tarafından sağlık, doğuştan kazanılmış temel bir hak olarak kabul edilmiştir. Bireylerin sağlık eğitimi ise devletlerin sorumluluk alanı içerisinde kabul edilmiş, sağlık konusunda aydınlatılmış bir kamuoyunun oluşturulması önceliklendirilmiştir. Toplumun sağlık eğitiminde ise kitle iletişim araçları yararlanılabilecek araçların başında gelmektedir. Halkın sağlık konularında doğru bilgilendirilmesinin yanında bireysel anlamda daha sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında sağlık konulu habercilik faaliyetleri önem kazanmış, buna bağlı olarak medyada sağlık konusu kendine daha fazla yer bulmaya başlamıştır. McCombs ve Shaw'a (1972) göre;

“Özellikle haber medyasının her yerde bulunan doğası, onu belirli konulara dikkat çekmek için güçlü bir araç hâline getirmiştir. Genel olarak, nüfus, olayların kapsamı için haber medyasına bakar ve çevremizdeki dünyayı anlamamıza yardımcı olur. Haber medyası bize özellikle ne düşünmemiz gerektiğini söylemese de hangi konular hakkında düşünmemiz gerektiğini belirlemede önemli bir rol oynar.”

Bir konu haberlerde ne kadar fazla yer alırsa, kamuoyunun endişesi olma olasılığı o kadar artmaktadır. Buna karşılık, medya tarafından dile getirilmeyen

konuların göz ardı edilmesi veya çok az ilgi görmesi muhtemeldir (Yüksel, 2018). Sağlık profesyonelleri de dâhil olmak üzere halkın tıbbi gelişmeler hakkında bilgi edindiği ilk kaynak genellikle ana akım medyadır (Geller vd, 2003). Medyanın sağlık davranışlarını etkileme potansiyelinin daha fazla farkına varılmaktadır (Kendir vd, 2016). Halk sağlığı savunucuları önleyici tarama, intiharı önleme ve sigarayı bırakma dâhil olmak üzere önemli sağlık mesajlarını ve bilinçlendirme kampanyalarını iletmede medyanın rolünün altını çizmektedir (Wilson vd., 2009).

COVID-19 pandemisine ilişkin geniş kapsamlı haberler, önemli bir sağlık sorununun medya onu gün ışığına çıkarana kadar halkın gözünden nasıl görünmeyebileceğinin güzel bir örneğini sunmuştur. DSÖ tarafından COVID-19 salgınının Dünya genelinde pandemi olarak ilan edilmesinin ardından tüm gözler medyada yer alan sağlık haberlerine kaymış ve global düzeyde hastalığın seyri, ölüm oranları, tedavi yöntemleri, korunma tedbirleri gibi pek çok önemli bilginin de ulusların kamu gündeminde medya ana bilgi kaynağı olarak konumlanmıştır (Cinman, 2020).

Medya, diğerlerinin yanı sıra politikacılar, hükümet düzenleyicileri, topluluk liderleri ve şirket yöneticileri de dâhil olmak üzere belirli kanaat önderlerinin dikkatini çekmede de önemli bir rol oynamaktadır (Wilson vd., 2009).

2.2.1.1 Haber Medyası ve Ulusal Kamu Gündemi

Yirmi birinci yüzyılın başında, temel halk sağlığı sorunları ve zorlukları, küresel sağlık iletişimi gündeminin merkezinde yer almıştır. Çocuklarda ve yetişkinlerde içme suyundaki arsenikten astıma kadar; kolera ve difteri yeniden ortaya çıkışından çeşitli kanser türlerinin artan oranlarına; HIV ve AIDS'ten, sıtma ve hepatite; yerinden edilmiş veya mülteci nüfusların karşılaştığı krizlerden üreme sağlığı ve hakları için ortaya çıkan yeni zorluklara; tsunamiler, depremler ve yıkıcı fırtınalar

gibi afetlerin sonucu olarak halk sağlığı acil durum deneyimlerinden H5N1 ile bağlantılı olanlar gibi çağımızın en buyk felaketlerinden biri COVID-19 gibi buyyen potansiyel küresel pandemilere kadar giderek küresel ölçekte Őekillenen ciddi halk sağlığı sorunlarının yaygınlaşması, yakın tarihin belirleyici özelliklerinden biri olmuştur (Cinman, 2020).

Bu ve benzeri dönemlerde ulusal kamu gündemi oluŐurmada farklı medya ilgisi üç ana nedenden dolayı sonusaldır. Birincisi, medya örgütsel taktiklerin benimsenmesi, mali kaynaklar elde etme veya ye toplama yeteneğine, protestoların, örgütlenmelerin ve fikirlerin bir yerden diğerine yayılmasını etkileme gücüne sahiptir (Andrews ve Biggs 2006). İkincisi, bilim adamları medyanın ilgisinin siyasi gündemi ve politika sürecini Őekillendirebileceđini bulmuşlardır (Baumgartner ve Jones 1993). Son olarak, medyanın ilgisi fikir ve söylem geliştirme ile halkın daha geniş sosyal problem anlayıŐı geliŐtirebilmesi için kamuoyunu etkileme gücüne sahiptir (Hilgartner ve Bosk 1988). Bu bağlamda, haber medyası bilimsel, yasal, kültürel, sağlık ve ekonomik konuların tartışıldığı ulusal kamu gündemi oluŐurmada birincil öneme sahiptir (Ferree vd 2002).

Yaşadığımız yüzyılın yeni halk sağlığı sorunları, hızla değişen siyasi ve kurumsal gündemin de merkezinde yerini almıştır. Son yıllarda, başlangıçta egemen devletleri içeren uluslararası sağlık olarak tanımlanan alan, giderek küresel sistem içinde küresel sağlık alanı olarak yeniden kavramsallaŐtırılmıŐtır. Bu değişiklik, dilde basit bir deđiŐiklikten daha fazlasını temsil etmektedir. Sağlık tehditlerinin doğasında ve bunlara sunulması gereken zm türlerinde köklü bir dönüŐmeden kaynaklanmaktadır (Cinman, 2020). Bugün dünya toplumunun karşı karşıya olduğu en ciddi sağlık tehditlerinin çoğunun ulus devletlerin egemen sınırlarının ötesine

geçtiği ve yalnızca hükümetlerin değil, aynı zamanda bir dizi devlet dışı kurum ve aktörün de dikkatini gerektirdiği kabul edilmiştir.

Küresel sağlığın tanımı ve hızla değişen halk sağlığının benzersiz rolü, son zamanlarda ulusal kamu gündeminin de odağı hâline gelmiştir. Böyle bir bağlamda, şu anda küresel sağlık alanının karşı karşıya olduğu temel sorunlar ve zorluklar hakkında anlamlı entelektüel diyalog, tartışma ve fikir alışverişi için yeni fırsatlar yaratarak bu önemli sorulara yanıt verme ihtiyacı da giderek artmaktadır. Bu ihtiyacı karşılayabilecek en önemli platform ise haber medyası olarak öne çıkmaktadır (Ferre vd., 2002).

Küresel halk sağlığı ile mücadelede ulusal bazda halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için farkındalık sağlayacak çalışmalar ile kamu gündemi oluşturulma çabaları kaçınılmaz olarak en etkili alanlar arasında gösterilmektedir.

2.2.1.2 Toplum Düzeyinde Sağlığı Geliştirmek İçin Bir Katalizör Olarak Haber Medyası

Medya; halk, politika yapımcılar ve sağlık çalışanları için sağlıkla ilgili önemli bir bilgi kaynağıdır. Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyebilir, politika yapımcıları sağlığı geliştirmek için kararlar almaya ve sağlık araştırma sonuçlarını tıp ve bilim camiasına yaymaya yönlendirebilir (Yanovitzky ve Bennett, 1999).

Medya; politika oluşturma sürecinin farklı aşamalarını etkileyerek kamu politikalarını şekillendirmede hayati bir rol oynamaktadır (Baum ve Potter, 2008). Kitle iletişim araçlarının, çıkar gruplarının sorunları saptadığı, çözümleri savunduğu ve hükümete yanıt vermesi için baskı uyguladığı bir politika penceresi açmada çok önemli bir rol oynamaktadır (Kingdon, 1984). Ancak medyanın etkisi gündem belirlemenin ötesine geçebilir; bazı politika oluşturma konularını diğerlerinden daha fazla vurgulayarak süreci hızlandırarak veya yavaşlatarak tüm politika sürecini

etkileyebilir (Soroka vd., 2012). Ayrıca, medya aracılığıyla politikalar değerlendirilebilir ve politika yapıcılar kararlarından sorumlu tutulabilir (Soroka, 2011).

Medya, halkı, sivil toplumu ve araştırmacıları politika yapıcılara bağlayan kanaldır. Sivil Toplum Kuruluşları (STK'lar) ve araştırmacılar, politika yapıcılarının gündeminde konuları ön plana çıkarmak için medyayı kullanmaktadır. Ayrıca medya, kamuoyunu ve farklı paydaşları politika geliştirme ve uygulama süreçlerine dâhil etmek için bir strateji olarak kullanılmaktadır. Politika geliştirme ve uygulamada halkın katılımı, katılımcı demokrasiyi, şeffaflığı ve hesap verebilirliği teşvik etmektedir (Oxman vd., 2009).

Ayrıca, Oxman'a göre kanıta dayalı politika oluşturmayı teşvik etmek ve araştırma sonuçlarını politika yapıcılara ve halka yayarak mevcut bilgi boşluğunu kapatmak için bir araç olarak kullanılmaktadır. Politika oluşturma sürecindeki kanıtlar, araştırmalardan elde edilen bilgiler, proje ve programlardan alınan geri bildirimler, kamuoyunun görüşleri, uzman görüşü, diğer ülkelerden gelen deneyimler, akademik, araştırma ve kamu kurumları tarafından yürütülen raporlar, uluslararası kuruluşlar veya danışmanlık şirketlerinin çalışmalarının kitlelere duyurulabilmesi için de önemli bir araçtır (Oxman vd., 2009).

Ancak son çalışmalar, geçerliliği kanıtlanmamış raporların halka ve politika yapıcılara yetersiz bilgi sağladığını ve yanlış yönlendirilmiş sağlık seçimlerine ve uygun olmayan sağlık politikalarına yol açtığını göstermiştir (Abeslon ve Collins, 2009). Literatür, medyada sağlık araştırmalarının yayılmasını ve doğru bir şekilde rapor edilmesini engelleyen birçok faktör olduğunu öne sürmektedir. Bu faktörler arasında gazetecilerin zaman eksikliği, sınırlı yayınlanabilir zaman, bilimsel altyapı eksikliği, jargonları anlamadaki zorluklar, sağlık konularının karmaşıklığı, ticari

baskılar ve kaynak bulma ve kullanma ile ilgili sorunlar yer almaktadır (Ashorkhani vd., 2012).

Abeslon ve Collins'e (2009) göre uzman sağlık gazetecileri, yeni sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde değerlendirerek ve haber yaparak halk sağlığında önemli bir rol oynamakta ve sağlığın geliştirmesinde katalizör olarak görev yapmaktadır. Ancak bu rol medya kuruluşları üzerindeki ticari baskıların tehdidi altındadır. Buna paralel olarak, sosyal medya, kamuya açık kaynakların çeşitliliğini artırarak, sağlık bilgilerinin toplum düzeyinde sağlığı geliştirmesi için önemli bir kanal hâline gelmiştir.

2.2.1.3 Sağlık İletişiminde Kullanılan Kanallar

Televizyon ve ilan panosu reklamlarının yüksek maliyetine rağmen sağlık iletişimi kanalları oldukça geniş bir ağa sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri'nde medyada sıklıkla yer alan konular arasında kanser, diyabet, obezite ve kalp hastalığı yer almaktadır (Kaiser Family Foundation 2008).

Sağlık iletişiminde kullanılan kanallar 4 ana başlıkta gruplandırılmıştır (Salem vd., 2008). Bunlar (1) Kitle İletişim Araçları, (2) Elektronik İletişim, (3) Topluluk Temelli Kanallar, (4) Kişilerarası İletişim / Danışmanlık olarak adlandırılır. Bu kanalların neler olduklarına ait örnekler Tablo 2.6'da verilmiştir.

Tablo 2.6: Sağlık İletişiminde Kullanılan Kanallar (Salem vd., 2008)

| | |
|-----|---|
| (1) | Kitle İletişim Araçları <ul style="list-style-type: none">• Yayın (TV, ulusal veya bölgesel düzeyde radyo: kamu hizmeti duyuruları, talk showlar, diziler, günlükler, dergi veya varyete formatları, animasyonlu çizgi filmler, müzik videoları, şarkılar ve jingle'lar, ünlülerin onayları)• Basılı materyaller (gazete/dergi reklamları, haber kapsamı, doğrudan posta, çizgi romanlar, fotoromanlar, broşürler, el ilanları, posterler, toplu taşıma işaretleri, reklam panoları) |
| (2) | Elektronik İletişim <ul style="list-style-type: none">• İnternet web siteleri• Sosyal medya (e-forumlar, bloglar, sohbet odaları, Facebook, Twitter)• Uzaktan Eğitim• CD-ROM'lar• Cep telefonu programları |
| (3) | Topluluk temelli kanallar <ul style="list-style-type: none">• Topluluk seferberliği, grup etkileşimi (toplantılar, mitingler)• Program personeli ve topluluk üyeleri tarafından sosyal yardım faaliyetleri• Canlı performanslar (sokak tiyatrosu, kukla gösterileri, yetenek gösterileri, yarışmalar)• Topluluk medyası (gazeteler, yerel radyo) |
| (4) | Kişilerarası iletişim/danışmanlık <ul style="list-style-type: none">• Sağlayıcı/müşteri, öğretmen/öğrenci, ebeveyn/çocuk veya akranlar arasında• Müşteri danışmanlığı, telefon yardım hatları, talimat, gayriresmi tartışma grubu |

Yirminci yüzyılın ortalarında ortaya çıkan sağlık eğitimi yaklaşımı, iyi davranışı 'vaaz eden' posterler ve broşürlerde sunulan nispeten kuru bilgileri vurgularken (ne yemeli, dişlerini ne sıklıkta fırçalamalı ne kadar uyumalı ve benzeri konular) bu bilgiler talimat şeklinde iletişime yansımıştır (Piotrow vd., 2003).

Buna karşılık, günümüzün sağlık iletişimi çok dinamiktir. Dünya çapındaki ülkelerde, internet erişimi olan günümüz gençleri, kendilerini konunun bir parçası hâline getirmek için tasarlanmış eğlenceli, etkileşimli deneyimler yaratmak için Web 2.0 teknolojisini kullanan programlar bulabilmekte, YouTube gibi kaynaklar, bilgilerin gerçek doğruluğu üzerinde hiçbir kontrol olmaksızın, eğlenceli bir biçimde

sunulan bilgiler sağlar hâle gelmiştir. Son yarım yüzyılda, sağlık iletişimi aşağıda belirtilen en az dört dönem içinde gelişmiştir (Piotrow vd., 2003).

(1) Tıbbi bakım modeline ve insanların hizmetlerin nerede olduğunu bilmeleri durumunda kliniklere gidecekleri fikrine dayanan klinik dönemi. Sağlık iletişimi, büyük ölçüde daha geleneksel bir hasta eğitimi yaklaşımının eşlik ettiği öğretim materyallerinden oluşmuştur.

(2) Alan çağı, sosyal yardım çalışanları, topluluk temelli dağıtım ve programlarla birlikte dağıtılan çeşitli bilgi, eğitim ve iletişim materyallerine vurgu yapan daha görünür ve katılımcı bir yaklaşım sergilemiştir.

(3) Tüketicilerin istedikleri ürünleri (genellikle sübvansiyonlu fiyatlarla) satın alacakları ticari konseptten geliştirilen sosyal pazarlama dönemi. Uygun erişim arz tarafını genişletirken, markaları teşvik etmek talep tarafını harekete geçirmiştir.

(4) Bireylere, topluluklara ve organizasyonlara odaklanan ve bireysel ve sosyal değişimi kolaylaştırmak için sosyal normları ve politika ortamlarını etkileme ihtiyacını vurgulayan davranış bilimi modellerine dayanan stratejik davranış değişikliği iletişim çağı başlamıştır.

Tüm bu değişim süreçleri küresel halk sağlığı sorunlarının gelişimi ve iletişim teknolojilerinin evrim sürecine de paralellik göstermekte, iletişim kanallarının zenginleşmesine de olanak sağlamıştır (Piotrow vd., 2003).

2.2.1.4 Sağlık Haberciliğinde Mesaj Üretimi ve Medya Etkisi

Bu kadar büyük ve hızlanan değişimle birlikte, medyanın sağlık üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olduğuna dair yaygın kanıtlar vardır. Bunu anlamak için medyanın nasıl, nerede ve kimlerle etkileşime girdiğini ve bunun ne gibi sonuçlar doğuracağını değerlendirmek gerekmektedir. Bu, birçok bileşeni ve yöntemi olan geniş bir araştırma gündemidir (Kamhawi ve Weaver, 2003).

Medya kuruluşları, haber, reklam, eğlence ve bunların çeşitli kombinasyonlarını oluşturmak için görevlerin uzmanlaştığı ve rutinleştirildiği bürokrasilerdir. Örneğin, gazeteciler haber oluşturmak için kullanılan bilgileri toplamak için rutin olarak yerleşik veya resmi kaynaklar aramaktadır. Kaynakları kullanma kriterleri genellikle basittir: güvenilir, erişilebilir ve güvenilir bilgi sağlayabilecek nitelikte olmalıdır. Kaynaklar, aslında, haber toplama sürecini sübvansede etmektedir. Kaynaklar, devlet kurumlarının, işletmelerin veya diğer güçlü grupların ve seçkinlerin sözcüleri olabilmektedir (Viswanath vd., 1991).

Gazeteciler, kendine özgü bir dünyada öngörülebilirliği sağlamak için haber toplama sürecini rutin hâle getirmektedir. Dijital çağdan önce, yerleşik kaynaklardan düzenli bir bilgi kaynağına güvenmek, genellikle sosyal güce sahip olmayan grupların haber yapımına erişme olasılığının daha düşük olduğu ve dolayısıyla daha az etkiye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Bu, büyük medya kanalları için hâlâ geçerli olsa da Web, sosyal güce sahip olmayan grupların bir "çözüm yolu" oluşturmasını mümkün kılmıştır (Reese vd., 2007).

Ana akım medya kanallarında haber hâline gelen şey, haber kaynaklarının ve medya profesyonellerinin etkileşiminin ürünüdür, ancak profesyonel olmayanlar da haber olaylarının yorumunu daha fazla etkilemeye başlamıştır. Kaynaklar, sosyal sorunları tespit etme ve bunları medyanın dikkatine sunma konusunda kilit bir rol oynamaktadır. Kampanyaları, devlet kurumlarını, savunuculuk gruplarını veya diğer çıkarları temsil eden kaynaklar, bir konunun veya sorunun kamu profilini tanımlamaya ve artırmaya çalışırken medya ve dolayısıyla kamuoyunun dikkati için rekabet etmektedir (Reese vd., 2007).

Resmi kaynaklara bağımlı olmalarına rağmen, medya profesyonelleri de bir sorunu tanımlamada ve haber hikâyelerini oluşturma biçimlerinde bir miktar özerkliğe

sahiptir. Toplumsal bir sorunun tanımını, halkın onu nasıl anladığı ve sorunu iyileştirmek için atılan adımları, farklı grupların soruna gösterdiği ilgiyi ve insanların edindiği bilgiyi nasıl etkilediği açısından çok önemlidir (Viswanath vd., 1991).

Görüntülerin, fikirlerin, temaların ve hikâyelerin medya tarafından yayılmasının sonuçları yaygın olarak medya etkileri başlığı altında tartışılmaktadır (Bryant ve Zillman, 1994). Medya, bireyler, gruplar, kurumlar veya topluluklar arasında bir sonucu (bilgi, fikir, tutum, davranış) şekillendirirken aynı zamanda izleyiciden de etkilenmektedir (McLeod vd., 1991). Medya araştırması, izleyicilere pasif alıcılar olarak değil, aktif arayanlar ve bilgi kullanıcıları olarak bakma konusunda güçlü bir geleneğe sahiptir.

Medya çalışmalarında medyanın maruz kalmasından kaynaklanan motivasyonlar; bilişler, katılımlar, tutumlar ve davranışlar üzerindeki etkileri vurgulamaktadır. Medyaya maruz kalmanın bireysel düzeydeki etkilerini anlamak için araştırmalarda, Sağlık İnanç Modeli başta olmak üzere sağlık davranışı teorilerinden yararlanılmıştır (Viswanath vd., 1991).

1960'lardan bu yana, medya etkileri araştırması baskın odağını tutum değişikliğini çalışmaktan bilişsel etkiyi incelemeye evrilmiştir (Beniger ve Gusek, 1995; Bryant ve Miron, 2004). Bu makro düzeydeki perspektifteki gözlem birimleri, çeşitli topluluk ortamlarındaki, gruplardaki, kuruluşlardaki, sosyal kurumlardaki ve topluluklar ile ulus devletleri dâhil olmak üzere büyük ölçekli sosyal sistemlerdeki nüfusları içermektedir. Halk sağlığı ile açık bir bağlantısı vardır; bu ilişkilerde rehberli sosyal değişim, sosyal hareketler ve toplum temelli sağlık müdahaleleri, iletişim stratejilerini test etmek için önemli ayarlar hâline gelmiştir.

2.2.1.5 Medya Etkisinin Belirleyicisi Bilgi Boşluğu Teorisi

Geleneksel bilgelik, uzun süredir devam eden sosyal sorunların halk eğitimi yoluyla çözülebileceğini savunmuştur. Varsayım, “onlara ne söylersen, onu bileceklerdir”. Ancak, çeşitli konulardaki kamu bilgisini inceleyen çalışmalar, halkın her zaman bilmediğini göstermiştir. Dahası, bilgi ve enformasyonun nüfuslar arasında eşit olarak dağılmadığı ortaya çıkmıştır. Araştırmalar, daha fazla örgün eğitim almış kişilerin, daha az örgün eğitim almış kişilere göre birçok konu hakkında daha fazla şey öğrendiğini ve bildiğini göstermiştir (Hyman ve Sheatsley, 1947). Bu bulgular resmi olarak Minnesota araştırmacıları tarafından Bilgi Boşluğu Hipotezi olarak sunulmuştur (Tichenor vd., 1970).

Bu hipotez ile birlikte sosyal sisteme artan bilgi akışının (örneğin bir medya kampanyasından), düşük sosyoekonomik statüdeki (SES) gruplardan daha yüksek sosyoekonomik statüye (SES) sahip gruplara fayda sağlama olasılığının daha yüksek olduğu öne sürülmüştür.

Bilgi Boşluğu Hipotezi, medya etkileri fikrini en az iki önemli yolla geliştirmiştir. Medya kampanyalarının sosyal sorunları çözmek için her derde deva basit bir çözüm olduğu yolundaki geleneksel görüşle çeliştiğini ve medyanın izleyiciler üzerinde toplumsal sınıf ve toplumlardaki sosyal-yapısal koşullardaki farklılıklara kadar izlenebilecek farklı etkilere sahip olduğunu öne sürmektedir. Dolayısıyla, medyanın bireyler üzerindeki etkisini şekillendirmede sosyal çevrenin rolüne dikkat çeken ilk medya araştırmaları hipotezlerinden biri olmuştur (Viswanath ve Finnegan, 1996).

2.2.1.6 Sağlık Haberlerinin Medya Yansıma Düzeyi

Haber medyası kapsamı belirli bir sağlık sorununu ulusal gündeme yerleştirmeye yardımcı olsa da özellikle bir kriz sırasında sağlık haberlerini ve

bilgilerini halka iletmeye çalışan haber muhabirleri, bilim adamları ve halk sağlığı uzmanları arasında gerilimler ortaya çıkması sık rastlanılan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Hartz ve Chappell, 1997). Bilim adamları ve gazeteciler arasında yapılan bir anketin sonuçları, özellikle birbirlerine karşı tutumlarını ve bilimsel bilgileri medya aracılığıyla halka aktarma hatta tercüme etme konusundaki görüşlerini anlamada yardımcı olmuştur. Hartz ve Chappell bilim adamlarının, muhabirlerin, istatistiklerin, olasılıkların ve riskin doğru yorumlanması dâhil, yöntemlerinin temellerinin çoğunu anlamadıklarından şikâyet ettiklerini bulmuştur. Anketin en çarpıcı çıktılarından bir tanesi; gazeteciler, bilim adamlarını ezoterik jargona fazla dalmış ve çalışmalarını basit ve ikna edici bir şekilde açıklayamayan kişiler olarak görürken, bilim adamları haber medyasının karmaşık sorunları aşırı basitleştirdiğini söylemiş olmasıdır. Muhabirler ayrıca bilim adamlarının “haber”in okuyucu ve izleyici için uygun hâle getirilmesi gereken çabuk bozulan bir meta olduğunu anlamadıklarını belirtmişlerdir.

Bu bulgular, bilim topluluğu ile gazetecilik topluluğu arasındaki, neyin haber değeri olduğunu tanımlamadaki farklılıklar, iletişim tarzlarındaki farklılıklar nedeniyle ortaya çıkan gerilimlerin ve medyanın rolüne ilişkin algılardaki farklılıkların çoğuna atıfta bulunmaktadır (Nelkin, 1996, 1998; Hartz ve Chappell, 1997). Haber değeri taşıyan konuları belirlerken, gazeteciler genellikle potansiyel dikkat çekici hikâyeler aramaktadır. Haber değeri ilkeleri arasında tartışma, geniş ilgi, adaletsizlik, ironi, yerel “sabitleme”, kişisel açđ, kırılma noktası, ünlüler ve hikâyeyi ilginç hâle getirebilecek görseller yer almaktadır. Buna karşılık bilim adamları ve halk sağlığı uzmanları, gazetecilerin dikkat çekici hikâyeler yazarken bilimsel iletişimi yönlendiren geleneksel normları sıklıkla ihlal ettiğine inanmaktadır (Wallack vd., 1999).

Nelkin, medyanın zaman, kısalık ve basitlik kısıtlamalarının, örneğin, belgelemeyi, nüanslı konuları ve bilim adamlarının çalışmalarını tartışmak ve sunmak için gerekli olduğuna inandıkları uyarıları engellediğini belirtmektedir. Öte yandan gazeteciler, genellikle bir haberin okunabilirliğini artırmak için göz ardı edilebilecek bilgiler olarak uyarıların veya niteliklerin kullanımını görmektedir. Yine Nelkin'e (1996, 1998) göre; izleyici ilgisini artırmaya yönelik gazetecilik çabaları diğer geleneksel bilimsel normları ihlal edebilmektedir. Örneğin, bir insanın ilgi açısını yakalamak için gazeteciler kişisel hikâyeler ve bireysel vakalar arayabilmektedir. Ancak bu sadece daha geniş bir istatistiksel bağlamda anlamı olan araştırma bulgularını çarpıtabilmektedir. Bilimsel dergilerin de araştırma bulgularının çarpıtılmasına katkıda bulunabildiği görülmektedir. Bilimsel dergiler, haber medyasının hikâyeyi doğru anlamalarına yardımcı olmak için genellikle basın bültenleri hazırlamaktadır.

Halka iletilen bilgilerin kalitesini artırmak için bilim adamları ve halk sağlığı görevlilerinin yanı sıra gazeteciler ve editörler eğitim fırsatları aramalıdır. Profesyonel Gazeteciler Cemiyeti Başkanı Al Cross'un "eğitimin kamusal sorumluluklarınızı yerine getirmenin iyi bir yolu olduğunu" belirten açıklamasında medya eğitimi ihtiyacı vurgulanmaktadır (Kees, 2002).

Böyle zamanlarda haber medyası, halkın risk algısını güçlendirmede veya azaltmada önemli bir rol oynar ve risk iletişim sürecinde önemli bir bağlantı görevi görmektedir (IOM, 2002). Tıp ve halk sağlığı görevlileri ile yerel düzeyde editörler ve gazeteciler ile ulusal düzeydeki temsilci dernekleri arasında sürekli bir diyalogun sürdürülmesi en hızlı çözüm olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, vakıflar ile kamu sağlık kurumları, gazetecilere halk sağlığı konusundaki bilgilerini derinleştirecek deneyimler

sağlamalı, halk sağlığı çalışanlarına iletişim teorisi, mesajlaşma ve iletişim teorisinde temel sağlayan eğitim / öğretim programları geliştirme fırsatları sağlamalıdır.

2.2.1.7 Medyadaki Sağlık Haberciliğinde Etik ve Sağlık Bilgilerinin Güvenilirliği

Kotalik ve Guttman'a göre; sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve sağlık iletişiminde etik üzerine literatür, sağlığı geliştirmenin sadece bireyler ile toplum için iyi olduğuna dair yetersizdir. Bununla birlikte, tüm sağlık söylemlerinin yalnızca bilimsel değil ahlaki bir boyutu da vardır (Kotalik, 2005; Guttman, 2000).

Witte, sağlık iletişiminin manipülatif olduğunu savunmaktadır, çünkü iletişimciler bilgi sağlarken öncelikle insanların eylem ve davranışlarını etkilemeyi amaçlamaktadır (Witte, 1994). Glik (2007); "Gerçek şu ki, nihai hedefimiz insanları sağlıklı davranışlar sergilemeye yönlendirmektir" diyerek herkesin "sağlıklı davranışların" ne olduğu konusunda hemfikir olmayacağı ve de bu tür davranışları uygulamamanın potansiyel riskleri konusunda mutlaka hemfikir olması gerektiğinin de altını çizmiştir. Örneğin Cho ve Salmon (2007), sağlık iletişiminin istenmeyen etkilerinin bir tipolojisini geliştirmiştir. Bunlar arasında şaşırtma (kafa karışıklığı ve yanlış anlam yaratma), endişe, suçluluk (bireyi suçlama) ve sosyal normların oluştuğu gösterilmektedir.

Diğer bir etik düşünce, belirli topluluklar için bilgiyi almaları veya anlamaları için iletişimin özel olarak geliştirilmesi gerektiğidir. Başka bir deyişle, iletişimin düşük okuryazarlık düzeyine sahip kişilere hedeflenmesi gerektiğidir (Cho ve Salmon, 2007).

Araştırmalar ayrıca, yazılı sağlık iletişiminin çoğunun ortalama bir yetişkinin okuma yeteneğini çok aştığını göstermiştir. Rudd, Comings ve Hyde (2003), iletişimciler için risk altında olduğuna inanılan nüfusun özelliklerini dikkate almanın,

insanların bilgiyi nasıl elde ettiğini, anladığını ve bunlara nasıl tepki verdiğini yansıtan mesajlar ile materyaller geliştirmesinin hayati önem taşıdığını söylemektedir.

Janssen, Landry ve Warner (2006), engelliler, okuryazarlığı düşük insanlar, davranışsal olarak hasta olanlar, yaşlılar, evsizler gibi ana akım medya aracılığıyla ulaşılamayan çoklu dil grupları ve diğer nüfuslar için materyallerin geliştirilmesini savunmaktadır.

Kısaca, sağlık iletişimi etik ilkelerin ihlali potansiyeline sahip olduğu için halk sağlığında özel bir endişe kaynağıdır, bireysel ve toplumsal çalışma seviyeleri arasında köprü oluşturur. Sağlık bilgi kaynakları genellikle erişilebilirlik, aşinalık, güvenilirlik, çekicilik ve güvenilirliklerine ilişkin algılanan özelliklerine bağlı olarak seçilmektedir.

2.2.2 Sağlık İletişiminde Yeni Medya Kullanımı

İnternet; televizyon, radyo, telefon ve geleneksel medyanın özelliklerini bir araya getirdiği için dijital devrimin merkezinde yer almaktadır. İnternet ayrıca insanların hem kitlesel mesajın kaynağıyla hem de birbirleriyle etkileşime girmesine olanak tanımaktadır. Yeni medya kitle iletişiminin “birden çoğa” modelini bu özelliği nedeniyle derinden sekteye uğratmıştır (Moorhead vd., 2013).

Yeni medya ortamında, bilgi teknolojisi ve iletişim sistemleri alanlarındaki gelişmelerin, birçok zorlu sağlık sorununa getirilebilecek yıkıcı yenilikleri ile yaratıcı çözümleri mümkün kılabileceği öngörülmektedir (Moorhead vd., 2013). Diğer bir deyişle, bilginin optimal zaman ve yerde mevcudiyeti, yaşam tarzı seçimlerini daha iyi anlatabilir, koruyucu sağlık bakımını teşvik edebilir, bakımın disiplinler arası koordinasyonunu geliştirebilir ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hizmetlerinin daha bilinçli seçimlerini mümkün kılabilir. Örneğin, Woolf, Krist, Johnson, Wilson, Rothemich, Norman ve Devers (2006), iyi tasarlanmış bir Web sitesinin bile kısa vadede sağlık davranışlarında iyileştirmeler yapabileceğini bulmuşlardır. Son

zamanlarda yapılan çalışmalar temel Google arama motorunun kendisinin zaman içinde klinik karar verme ve tüketici davranışı üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini ortaya koymuştur (Giustini, 2005, 2006; Tang ve Ng, 2006).

Dijital devrimin insan davranışının hemen her yönünü değiştirdiği ve değiştirmeye devam edeceği açıktır. Bu kapsamda temel varsayım, sağlık iletişiminin dijital dünyada şimdi olduğundan çok daha etkili olabileceğidir (Moorhead vd., 2013).

İnternet, çeşitli dijital ve çevrimiçi teknolojilere yer vererek, yalnızca bireylerin sağlık hizmetlerindeki rolüyle ilgili varsayımları değiştirmekle kalmamış, aynı zamanda sağlık bilgileri, sağlık hizmetleri ve sağlık iletişimi araştırmalarının alanını da büyük ölçüde genişletmiştir.

2.2.2.1 Yeni Medya ve Sağlık Bilgisi Arayışı

İnternetin hızlı büyümesi benzeri görülmemiş büyüklükte bir bilgi devrimini tetiklemiştir (Jadad ve Gagliari, 1998). Bu devrim kişisel bilgisayarların yaygınlaşmasıyla başlamış; internet kullanımı 1994 sonbaharında inanılmaz bir boyuta ulaşmıştır (Breeck, 1997). Kişisel bilgisayarlara sahip haneler 1984'te %8'den 2001'de %50'nin üzerine çıkmıştır (Eng vd., 1998). 1985'te sadece 1000 bilgisayar internete bağlı olmasına rağmen, 1998'de bu rakam 4 milyona ulaşmıştır (Eng vd., 1998). İnternetin sağlık bilgileri için tüketici kullanımını her geçen gün artmakta; 70.000'den fazla web sitesi sağlık bilgisi sağlamaktadır (Grandinetti, 2000).

Tüketicilerin çevrimiçi sağlık bilgisi arayışındaki artışın nedenleri arasında katılımcı veya tüketici odaklı sağlık bakım modellerinin geliştirilmesi ve sağlık profesyonellerinin zamanını azaltan maliyet sınırlama çabaları gösterilmektedir (Eng vd., 1998; Gallagher, 1999).

Sağlık bilgilerine erişmek ve doğru şekilde kullanmak, sağlıkla ilgili yaşam tarzı faktörleri, erken teşhis, hastalıklarla baş etme, semptomları yönetme, tıbbi karar

verme, farklı tedavi seçeneklerini anlama ve nihayetinde ölümle yüzleşme üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir (Van der Molem, 1999; Viswanath, 2005). Tarihsel olarak, sağlık bilgilerinin sağlanması görevi hekimlerin ellerine bırakılmıştır. Günümüzde hastalar ya sağlananla ilgili memnuniyetsizlik ya da daha fazla bilgi için diğer kaynaklara yönelmektedir (Fallowfield vd., 1995).

Robinson ve diğerleri etkileşimli sağlık iletişimini, sağlık bilgilerine erişmek veya iletmek, sağlıkla ilgili bir konuda rehberlik ve destek almak için bir bireyin - tüketici, hasta, bakıcı veya profesyonel- bir elektronik cihaz veya iletişim teknolojisi ile etkileşimi olarak tanımlamaktadır (Robinson vd., 1998). Günümüzde interaktif sağlık iletişiminin en yaygın ve etkili işlevi, tüketiciler tarafından sağlık bilgisi arayışına cevap olmasıdır. Sağlıkla ilgili internet uygulamalarının kapsamı “tıbbın kendisi kadar geniştir” (Sonnenberg, 1997).

Wilkins’e (1999) göre; tüketiciler çevrimiçi sağlık bilgilerine üç temel yolla erişirler:

- (1) doğrudan sağlık bilgilerini aramak,
- (2) destek gruplarına katılmak ve
- (3) sağlık uzmanlarına danışmak olarak sıralanmıştır.

Tüketiciler çevrimiçi sağlık bilgilerine doğrudan güvenilir bilimsel ve kurumsal kaynaklardan (örn. DSÖ) ve ayrıca güvenilirliği bilinmeyen gözden geçirilmemiş kaynaklardan ulaşmaktadır. Wilkins’e (1999) göre bulunan bilgiler tıbbi karar verme sürecini etkilemekte ve tüketicilerin kendi öz bakımlarını yönetmelerine yardımcı olabilmektedir. Kendileri için sağlık bilgisi arayanların yaklaşık %47’si bulgularının tedavi kararlarını etkilediğini bildirmiştir. Bu durum büyük bir tehlikeyi de beraberinde getirmektedir, zira en yaygın hastalıklarda (kalp hastalığı, kanser,

çocuk sağlığı) geciken ve yanlış uygulanan tedaviler önde gelen ölüm nedenleridir (Pew Internet ve American Life Project, 2000c).

Etkileşimli sağlık iletişimine artan tüketici katılımı, bilgi yayma, sağlığı geliştirme, sosyal destek ve sağlık hizmetleri işlevleri nedeniyle sağlık sistemini etkilemesi muhtemeldir (Robinson vd, 1998). Pricewaterhouse Coopers'ın (1999) sağlık sektörü düşünce liderlerine yönelik küresel bir araştırması, İnternet'in sağlık hizmetlerinde büyük değişiklikler yaratacağı beklentisini ortaya çıkarmıştır.

Ancak, eleştirilenler sonuçların değeri konusunda aynı fikirde değildir; zira teknik altyapıya sahip olmayan, bilgileri yanlış yorumlayan ve uygun olmayan tedavileri deneyen hastalar tıbbi sonuçlar ile karşılaşmaktadır (LaPerriére vd., 1998). Bu nedenle yeni medya tarafından sunulan sağlık iletişimi alanında bilgileri doğru anlamak ve uygulamak için sağlık okuryazarlığına dikkat çekilmektedir.

Bir çalışmada çevrimiçi sağlık bilgisi arayanların %34'ü tarafından sağlık ve zindelik hakkında bilgi edinmek için sosyal medya kullanılırken, Wikipedia, çevrimiçi forumlar ve mesaj panoları yetişkinler için en önemli bireysel araçlar olarak rapor edilmiştir (Elkin, 2008). Genel sosyal ağ hizmetleri, yetişkinler için bu kaynaklar ikincildir, ancak Amerika Birleşik Devletleri merkezli bir düşünce kuruluşu olan Pew Araştırma Merkezi'nin raporuna göre çevrimiçi olarak sosyal ağları kullanan ergenlerin ve genç yetişkinlerin %70'inden fazlası için önemli bilgi araçlarıdır (Lenhart vd, 2010).

Deloitte'un 2010 Sağlık Hizmeti Tüketicileri Anketi, yaşlılar, X Kuşadı ve kronik rahatsızlıkları olan daha yaşlı tüketicilerin, genç Y Kuşadı tüketicilere göre çevrimiçi sağlık programlarına katılma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Chou vd. (2009), çevrimiçi bilgi tercihleri üzerine yaptıkları çalışmada, genç grupların

sağlık durumundan bağımsız olarak sosyal ağ ve blog sitelerine katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit eden nesiller arası farklılıklar bildirmiştir.

İnternet, sağlık sorunları (şikâyetler, semptomlar, ilaçlar, beslenme ve zindelik) hakkında bilgi arayan bireyler için önemi giderek artan bir kaynak hâline gelmiştir. Bilgiye hızlı ve kolay erişim, interneti bilgi kaynağı olarak kullanmanın nedenlerinden biridir (Internet Access for Health Information and Advice, 2014). Erişimin artmasıyla birlikte internet, sağlık bilgisi arayanlar için devasa bir kaynağa dönüşmüştür. 2007'de yapılan bir anket, 160 milyon Amerikalı'nın sağlıkla ilgili bilgileri bulmak için interneti kullandığını belirtmiştir (Pew, 2013).

Sağlıkla ilgili bilgi edinmenin ötesinde, internetin bazıları için bir teşhis aracı olarak da kullanıldığını belirten araştırmalar vardır. Örneğin; Pew Araştırma Merkezi tarafından hazırlanan “Health Online 2013” Araştırmasına göre, Amerikalı yetişkinlerin %35'i kendi (veya bir başkasının) tıbbi durumunu ve olası tedavilerini öğrenmek için çevrimiçi olduklarını belirtmiştir. Araştırma, bu kişileri “çevrimiçi tanılayıcılar” olarak sınıflandırmıştır. İlk çevrimiçi teşhislerinin doğruluğu ile ilgili olarak, çevrimiçi teşhis koyanların %41'i bir tıp uzmanının teşhisini doğruladığını söylerken, %18'i tıp uzmanının aynı fikirde olmadığını söylemiştir. %35'i ise bir profesyoneli ziyaret etmediğini ifade etmiştir (Pew, 2013).

Yakın zamanda yapılan bir araştırma, Türkiye'deki internet kullanıcılarının yaklaşık %79'unun interneti sağlıkla ilgili bilgiler için bir kaynak olarak kullandığına işaret etmektedir (Social Touch, 2014). Ancak, ankete katılanların interneti sağlıkla ilgili birincil bilgi kaynağından ziyade tamamlayıcı olarak kullandıkları görülmektedir. Ankete katılanların %60'ı doğrudan hastaneye gittiklerini söylemiştir. İnternet kullanıcılarının yaklaşık üçte biri interneti sağlık amacıyla haftada iki veya üç kez kullanmaktadır. Kullanıcıların %90'ı interneti “sağlık sorunları ve hastalıklar” için

kullanırken; ilaçlarla ilgili bilgi için %56'sı; sağlık hizmetleri için %48'i ve tıp uzmanları hakkında bilgi için %44'ü interneti kullanmaktadır. Arama motorları (kullanıcıların %75'i) sağlık bilgileri aramak için en popüler sitelerdir; ardından sağlık forumları (%60); tıp uzmanlarına doğrudan sorular (%47); bloglar (%24) ve son olarak Facebook ve Twitter (%9) gelmektedir. Tüm bu veriler bize internetin Türkiye'de sağlık bilgilerinin toplanmasında önemli bir kaynak hâline geldiğini göstermektedir (İnceoğlu vd., 2014).

Sağlık bilgilerine artan ilgi, internet erişimi ve sosyal ağların genişliği tıp uzmanları ve hastalar arasındaki ilişkiye yönelik önemli sonuçlara sahiptir (Powell, Darvell ve Gray 2003). Bottles (2009:22), "sosyal ağ sitelerinin hastaların ve hizmet sağlayıcıların sağlık hizmetleriyle ilgili endişelerle başa çıkma şeklini değiştirdiğini" belirtmiştir.

2.2.2.2 Sosyal Medya Kullanımı ve Hedef Kitle Üzerindeki Etkisi

Sosyal medya artık birçok bireyin hayatına girmiştir, sağlık hizmetlerinde aktif rol almakta ve bu nedenle sosyal medya hastaların birbirleriyle iletişim kurma şeklini değiştirmiştir. Birçok hasta sosyal medya kullanıcısıdır; bu nedenle, sağlık sektörü için araştırılması gereken soru, sosyal medyanın hasta bakımını etkileyip etkilemediği veya ne kadar etkilediğidir (Eckler vd., 2010).

2005'ten 2009'a kadar, sosyal ağ sitelerine katılım dört kattan fazla artmıştır (Jones ve Fox, 2009). Sağlık iletişimi topluluğunda, internet teknolojilerindeki (Web 2.0), özellikle sosyal medyanın son zamanlardaki ilerlemelerinin, sağlıkla ilgili iletişimlerde dâhil olmak üzere iletişim modelini değiştirdiği konusunda yaygın bir varsayım vardır (Eysenbach, 2008). Örneğin sosyal bilimciler, sosyal medyanın bireylerin bağlantılarını artırdığını ve kullanıcıların doğrudan katılımını sağladığını gözlemlemiştir. Bu gözlem sağlık iletişimi programları için doğrudan etkileri

olduğuna inancını ve toplum sağlığını etkilemek için sosyal medyayı kullanmanın yeni fırsatlarını belirleme çabalarını teşvik etmektedir (Vance vd., 2009; Norman vd. 2008).

Sosyal medyanın halk sağlığı mesajlarının erişimi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır. Buna yönelik çalışmalar halkın farkındalığını etkili bir şekilde arttırdığını, bilgi ve beceriyi arttırdığını aynı zamanda davranışları değiştirdiğini ortaya koymaktadır (Schein vd., 2010). Örneğin, davranış değişikliği çalışmaları, davranış değişikliğini desteklemek için sosyal bağlantıların önemini açıkça göstermektedir (Luke ve Harris, 2007). İnternet müdahaleleri üzerine yapılan araştırmalar ayrıca, evrimii ağların bu tür destekleyici sosyal bağlantıların oluşturularak sürdürülmesini kolaylaştırdığını, sağlık sorunlarının yönetimine daha doğrudan katılım yoluyla hastanın etkinleştirilmesini ve güçlendirilmesini kolaylaştırdığını göstermektedir (Idriss vd., 2009). Bu nedenle, sağlık odaklı sosyal medya iletişimlerinin ve bilgi alışverişinin halk sağlığı ile ilgili davranışlar üzerinde önemli bir etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. Yayınlanmış literatürde dile getirilen etkiyi azaltabilecek en önemli unsur sınırlı evrimii erişimi, zayıf okuryazarlık becerileri ve sosyal medya platformlarına erişime engelleri olan kişilerle ilgilidir (Chou vd., 2009).

2.2.2.3 Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Yeni Medya Kullanımı

Sağlık anlayışımızın, davranışsal, sosyokültürel ve sistem düzeyindeki faktörlerin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi son birkaç on yılda önemli ölçüde gelişmiştir (Edington vd., 2016). Dünya çapında 2,82 milyar sosyal medya kullanıcısı mevcuttur (Number of Social Network Users Worldwide from 2010 to 2021) Hlihazırda halka açık olan on binlerce sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili sosyal medya web sitesi vardır (Edington vd., 2016).

Sosyal medyanın halk sağlığı eğitimi ve tanıtımında kullanımı, geleneksel olarak sağlık hizmetleri desteğine ve kaynaklarına erişimi engelleyen fiziksel engelleri kaldırma yeteneği nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) artmaktadır (Edington vd., 2016).

Mobil sağlık hizmetleri ile sosyal medya, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde benzersiz roller oynamakta, daha kişiselleştirilmiş adil halk sağlığı politikalarını kolaylaştırabilecek güvenli tıbbi veri yonetimi ihtiyacını gidermektedir (Edington vd., 2016).

Sosyal medya, birden fazla izleyici arasında kabul edilebilir ve kullanılabilir olarak goruľse ve dezavantajlı nufuslar (orneğin, duşuk gelirli, kırsal ve yaşlı yetişkinler) arasında sağlıkta eşitliği teşvik etme konusunda cok umut vaat ediyor olsa da sosyal medyanın halk sağlığı sonuclarını iyileştirmeye yonelik etkinliğine dair tutarsız ampirik kanıtlar bulunmaktadır (Welch vd., 2016; Hunter vd., 2019). Sosyal medyanın halk sağlığını iyileştirme potansiyelini optimize etmek iwin, olcuklenebilir, kulcuirel olarak uyarlanmış sağlığı geliştirme programları ve kampanyaları oluşturmak iwin bu teknolojik araclardan etkin bir şekilde yararlanmaya ihtiyaç vardır. Ne yazık ki, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında bunun nasıl yapılacağına dair kanıtlar sınırlı kalmaktadır (Bennet ve Glasgow, 2009; Hunter vd., 2019). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sosyal medyayı kullanmanın yararları ve sakıncaları hakkında daha iyi bir anlayış oluşturmak onemlidir, cunku sağlık eğitimi uzmanları sosyal medyanın avantajlarını genel olarak yanlış bilgilerin kamuoyuyla paylaşılmasına ilişkin olası endişelere karşı değerlendirmektedir (Neiger vd., 2012).

Tutarlı bir şekilde, sosyal medya, tuketicilere ceyitli yontemlerle (orneğin metin, resim, video) Facebook, YouTube ve Pinterest dâhil olmak üzere populer sosyal medya kanallarında stratejik sağlık mesajları alışverişinde bulunma fırsatları

sunmaktadır (Zhao ve Zhang, 2017). Diğer taraftan son analitik gelişmeler, araştırmacıların sosyal medya uygulama sürecini, bunun uygulanmasıyla ilişkili sağlıkla ilgili etkileri değerlendiren metrikleri hesaplama ve analiz etme kapasitesini güçlendirmeye çalışmaktadır. Bu nedenle, sosyal medyanın sağlıkla ilgili müdahalelere entegrasyonunu geliştirmek için yeni işbirlikçi değerlendirme yöntemleri uygulanmaktadır. İlerleme kaydedilirken, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sosyal medyanın yaygın olarak kabul edilmesini, benimsenmesini hatta kullanılmasını engelleyen önemli zorluklar devam etmektedir (Cummings vd., 2017; Greenhalgh vd., 2017). Sosyal medya tabanlı müdahaleler ile kampanyalar içinde iletişim ve savunuculuğun etkisinin daha fazla incelenmesi bu çabanın merkezinde yer almaktadır. Sağlık eğitimi uzmanları, sağlığı geliştirme programlarının oluşturulmasında, yönetilmesinde ve izlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Cummings vd., 2017).

YouTube ve Twitter gibi sosyal medya platformları, içeriğe doğrudan erişim sağlarken söylentileri ve şüpheli bilgileri artırmaktadır. Kullanıcıların tercihlerini ve tutumlarını dikkate alan algoritmalar, içeriğin tanıtımına aracılık etmekte ve böylece bilginin yayılmasını sağlamaktadır (Maness ve Library, 2006). Geleneksel haber paradigmasındaki bu değişim, toplumsal algıların inşasını ve anlatıların çerçevelenmesini derinden etkilemektedir. Özellikle konular tartışmalı olduğunda, politika oluşturmayı, siyasi iletişimi ve ayrıca kamusal tartışmanın gelişimini yönlendirmektedir (Kietzmann vd., 2011). Çevrimiçi kullanıcılar, dünya görüşlerine bağlı kalarak bilgi edinme, muhalif bilgileri görmezden gelme ve paylaşılan anlatılar etrafında kutuplaşmış gruplar oluşturma eğilimindedir. Ayrıca, kutuplaşma yüksek olduğunda, yanlış bilgi kolayca çoğalabilmektedir (Mangold ve Faulds, 2009).

Bazı araştırmalar, yalan haberlerin ve yanlış bilgilerin gerçeğe dayalı haberlerden daha hızlı ve daha geniş çapta yayılabileceğine işaret etmektedir (Adams, 2010). Siyasi tartışmalar sıklıkla karşıt haberleri güvenilirmez veya sahte olarak etiketlemeye başvurduğundan, “Sahte Haber” tanımı gerçekten yetersiz olabilmektedir (Clauson vd., 2008).

COVID-19 salgını, bu yeni bilgi ortamının kritik etkisini göstermektedir. Bilginin yayılması, insanların davranışlarını güçlü bir şekilde etkilemekte ve hükümetler tarafından uygulanan karşı önlemlerin etkinliğini değiştirebilme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda, virüs yayılmasını tahmin etmeye yönelik modeller, nüfusun halk sağlığı müdahalelerine ilişkin davranışsal tepkisini ve içerik tüketiminin arkasındaki iletişim dinamiklerini hesaba katmaya başlaması için de önemli bir olanak sunmaktadır (Kim vd., 2019).

2.2.2.4 Yeni Medyada Sağlık İletişimi Kampanyaları

Sağlık iletişimi son yıllarda önemi artan ve sağlığın geliştirilmesi için önemli alanlar yaratan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık iletişiminde yeni medya sıklıkla kullanılmaktadır. Yeni medya, sağlık profesyonellerinden topluma kadar sağlık alanında bilgi edinilmesine imkân tanıyan bir alan sunmaktadır. Yeni medyada yer alan sağlık alanındaki bilgiler sağlığın geliştirilmesi için önemli bilgiler sunarken, bilgilerin bilimselliği ve güncelliği konusunda kontrol mekanizmasının yoksunluğu bu alandaki en önde gelen sorun olarak görölmektedir (Hartley, 2019).

2005’ten 2009 yılına kadar sosyal medya kullanımının 4 kat arttığı görölmektedir. 21. yüzyılın teknoloji çağı olması ile birlikte hem internet kullanımı hem de böylece artan sosyal medyanın etkin kullanımı ile sosyal ağlar, toplumsal dinamikler üzerindeki önemli etkileriyle sosyal medya veya yeni medya olarak nitelendirilmeye başlanmıştır. Sağlık iletişiminde internet teknolojilerindeki (web 2.0)

son gelişmelerin, sağlık ile ilgili olanlar da dâhil olmak üzere iletişim modelini dönüştürdüğüne dair yaygın bir varsayım bulunmaktadır. Örneğin sosyal bilimciler, sosyal medyanın bireylerin bağlantılarını artırdığını ve kullanıcıların doğrudan katılımını sağladığını belirtmektedir. Bu gözlemin, sağlık iletişimi programları için doğrudan etkileri olduğuna inanılmakta ve toplum sağlığını olumlu yönde etkilemek için sosyal medyayı kullanmanın yeni fırsatlar sunabileceği konusu üzerinde durulmaktadır (Chou vd., 2009; Işık, 2019).

Sağlık bilgisinin aranması özellikle yeni medyadaki sağlık iletişimi kampanyalarının önemini göstermektedir (Manafı ve Wong, 2012; Wakefield vd., 2010).

Sağlık iletişimi kampanyaları bireysel farkındalık düzeyi üzerinde etkilere sahip olarak, direkt veya dolaylı yollar ile davranış değişikliği sağlayabilmektedir. Ayrıca, sağlık iletişimi kampanyaları toplumda geniş kitlelere etki edebilme yetisi ile sağlık konusundaki kafa karışıklıklarının tetiklenmesine ve bireysel düzeyde davranış değişikliği yaratacak kamu politikalarının değişikliğine kadar uzanabilmektedir. Dolayısıyla yeni iletişim teknolojilerinin sağlık alanında sağlığı geliştirme üzerine kullanımının gün geçtikçe daha da önemli noktaya geleceği öngörülmektedir. Bu nedenle de toplumun özellikle bilginin güvenilirliğini ve bilimselliğini ayırt edebilmesi üzerine bilgilendirmelerin yapılması ayrıca önem taşımaktadır (Wakefield vd., 2010; Anikeeva ve Bywood, 2013).

Tarihsel kökenleri ve konuşma dilindeki kullanımı göz önüne alındığında, kampanya kavramı, bazı yönlerden çağdaş sağlık iletişimcilerinin faaliyetlerini açıklamak için kullandıkları bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık iletişimi kampanyaları planlanırken nüfusun (örneğin, yaş, cinsiyet, etnik köken, duyarlılık, öz yeterlilik, değerler, kişilik özellikleri vb.) alt boyutlarının değerlendirilmesi

gerekmektedir. Bu boyutları birleştirmek, popülasyonu özel olarak hedeflenebilecek binlerce potansiyel alt gruba bölmektedir. Segmentasyon, iki önemli stratejik avantaj sağlamaktadır. İlk olarak, hedef kitlenin alt kümeleri önemlilik (değişime en çok kim ihtiyaç duyuyor?) ve algılama gücü (kimlerin etkilenmesi daha olası?) göre sıralanırsa mesaj verimliliği en üst düzeye ulaşmaktadır. İkinci olarak, mesaj içeriği, biçimi ve stili farklı alt grupların yatkınlıklarına ve yeteneklerine göre uyarlanırsa etki yüzdesi de bu oranda artabilmektedir.

Medyadaki sağlık kampanyalarında üç temel izleyici türü hedeflenmektedir. İlk olarak, mesajlar doğrudan davranışları değiştirilecek olan odak kesimlerine yönlendirmektedir. Daha sonra kampanya, odak grupları etkilemeyi hedefleyerek iki aşamalı akışı kullanabilir. Üçüncü yaklaşım, kısıtlamaları tasarlamaktan ve bireylerin sağlık kararlarını şekillendiren imkânlar yaratmaktan sorumlu politika yapıcılarını hedefleyerek sağlık davranış değişikliği sağlamaktır (Thompson vd., 2003).

Sağlık sorununun doğası, bu sağlık sorunundan etkilenebilecek odak grubun özelliklerini belirlemektedir. Örneğin, bir uyuşturucu kampanyasında odak grup/kitle ergenler iken, bir meme kanseri kampanyasında ise orta yaşlı kadınlar hedef grup/kitle olmaktadır. Hedef grubun bilgiyi alma oranı kampanyanın etkinliğinin genellikle kampanya uyarılarının gücünden daha merkezi bir belirleyicisi olduğundan, hangi belirli segmentin hedeflendiğine bağlı olarak başarı da bu oranda değişiklik göstermektedir.

İletişim etkisini maksimum düzeye çıkartmak için kampanya tasarımcıları genellikle daha kolay hedefler belirlemektedir. Kampanyalar en güçlü etkiyi elde etmek için hâlihazırda olumlu eğilime sahip olan bireyler arasında sağlıklı uygulamaları teşvik etmek için tasarlanmış tetikleyici veya pekiştirici mesajlar

içermelidir. Daha önemli bir hedef grup ise sağlıksız davranışı henüz sergilemeyen, ancak yakın gelecekte “risk altında” oldukları öngörülen insanlardan oluşmaktadır.

Öte yandan, sağlıksız davranış sergileyenler ilgili kampanyalardan kolayca etkilenmemektedir. Farklı niteliklere sahip popülasyon segmentlerini etkilemek için özelleştirilmiş ve çok hedefli mesajların birlikte sunumunu gerektirmektedir (Thompson vd., 2003; Palmgreen vd., 2001).

En umut verici etki mekanizmalarına bağlı olarak, kampanyalar hedef kitleyi istenen cevaba taşımak için üç temel iletişim sürecini kullanmaktadır. Bunlar; (1) farkındalık, (2) talimat ve (3) iknadır. Farkındalık mesajları insanlara ne yapacaklarını bildirirken, kimin yapması gerektiğini belirtmekte ve ne zaman ve nerede yapılması gerektiğine dair ipuçları sunmaktadır. Talimat mesajları ise “nasıl yapılacağı” bilgisini içermektedir. Ayrıca sağlık iletişimi kampanyalarının, hedef kitlenin savunulan eylemi benimsemesi veya yasaklanmış davranıştan kaçınması için ikna edici nedenler içeren mesajlar sunması da gerekmektedir. Klasik durum, genellikle bilgi kazanımı ve inanç oluşumu yoluyla tutum yaratma veya var olan tutumları değiştirmeyi içermektedir. Bu üç farklı mesaj üzerindeki göreceli vurgu, kampanyanın farklı noktalarında ve farklı hedef kitleler için değişiklik gösterecektir. Çünkü etki yolları, izleyicilerin mevcut bilgi ve tutumlarına bağlı farklılık göstermektedir (Thompson vd., 2003).

Yeni medyada gün geçtikçe artan sağlıkla ilgili içerikler ve programlar, doğru bilginin bireylere olumlu sağlık davranışı olarak yansıdığını ve davranış değişikliği sağlayabildiğini göstermektedir. Bununla birlikte, hastalığın seyrinde tedavi süreçleri ve tedaviye olan uyum oranını da arttırabilmektedir. Yeni medya ve bunların içerisinde internetin yakın gelecekte sağlık iletişiminde daha da sık kullanılacağı düşünülmektedir. Bu sıklığın önündeki en büyük engel olabilecek durum ise bilgi kirliliği olup, toplumun doğru bilgiyi ayırt etmesi konusunda girişimlerin planlanması

gerekmektedir (Avcı ve Avşar, 2014). Bununla birlikte yeni medya aracılığı ile yapılacak sağlık iletişimi kampanyalarının Thompson vd.'nin (2003) tarif ettiği hedef kitleye verilecek mesajların 1961 yılında Robert Lavidge ve Gary Steiner tarafından geliştirilen “Etkiler Hiyerarşisi Modeli”ne göre planlanması kampanya etkisini artırabilir. Buna göre kampanya iletişimi farkındalık kavramı ile başlar, tüketicinin bilgilenmesi, edindiği bilgilerle ürün, hizmet veya mesajı olumlu değerlendirmesi, tercihini oluşturması ve sonuç olarak iknanın gerçekleşmesi ve satın alma faaliyetinin meydana gelmesi ile son bulmasını sağlamalıdır (Lavidge ve Steiner, 1961). İletişim kampanyalarının ölçümlenebilir şekilde planlanması sürdürülebilir, tutarlı ve hedef kitleye uygun mesajların sağlık tutum ve davranış geliştirmede başarılı sonuçlara ulaştırabilir.

2.3 Medya ve Sağlık Okuryazarlığı

Birçok insan medyanın modern toplumlarda en büyük eğitici olduğu konusunda hemfikirdir. Bu nedenle medyanın içeriği, başta halk sağlığı olmak üzere çeşitli alanlarda dikkate alınmalıdır. Medya okuryazarlığı, medya deneyimlerinin güçlendirilmesine bağlanmıştır. Roberts (1999, 2000) medya okuryazarlığını şu şekilde tanımlamıştır: “Medya mesajlarına çeşitli şekillerde erişme, bunları analiz etme, değerlendirme ve iletişim kurma yeteneğidir.” Ona göre okuryazarlık sadece okumak değil aynı zamanda yazma dili olduğundan, medya okuryazarlığı sadece eleştirel medya tüketimi değil aynı zamanda medya içeriğini oluşturmaktır. Başka bir deyişle, medya okuryazarlığı, karşılaştığımız mesajların anlamını yorumlamak için medyanın aktif olarak kullanıldığı bir bakış açısıdır.

Sağlık okuryazarlığı' ile ilgili pek çok tanım yapılmıştır (Berckman vd., 2010), ancak sağlık okuryazarlığında medyanın rolünü tartışmak amacıyla, ABD Sağlık ve

İnsan Hizmetleri Departmanından alınan aşağıdaki sağlık okuryazarlığı tanımına atıfta bulunulmuştur;

“Bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” (US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010).

Dijital çağda ise internette sağlık okuryazarlığı için gerekli beceriler, bilgisayar ve internet okuryazarlığı becerilerine ek olarak tüm geleneksel sağlık okuryazarlığı becerilerini ve çevrimiçi sağlık bilgilerini bulma ve değerlendirme becerilerini içermektedir (Glassman, 2011). Ancak internete erişim ve temel bilgisayar ve Web becerilerine hâkim olmak, bir kişinin çevrimiçi sağlık bilgilerini doğru bir şekilde değerlendirip anlayabileceğini otomatik olarak garanti etmemektedir.

Sağlık okuryazarlığının kökeni sağlık eğitimi kavramında olup, ancak 1980'ler ve 1990'lar boyunca sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmalarında sıkça kullanılmıştır. Bu aşamada sağlık okuryazarlığı kavramı bir bireyin işlevsel okuryazarlığı geliştirildiğinde, bireysel sağlık sonuçlarını iyileştirme potansiyelinin de bunu takip edeceğini ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı kavramı, yetişkin nüfusun işlevsel okuryazarlık ihtiyaçlarını tanımlama ve ölçme tarihinden evrimleşmiştir. Bu değişikliklerle birlikte, toplumda işlev görmek için karmaşık okuryazarlık becerilerine giderek daha fazla ihtiyaç duyulduğu ve düşük okuryazarlığın sağlık ve sağlık hizmetleri üzerinde bir etkisi olabileceği kabul edilmektedir (Berkman vd., 2010).

Bu bölüm medya okuryazarlığı kavramını açıklarken sağlık okuryazarlığı kavramına da literatür bilgisi ekseninden ayrıntılı olarak yer vermeyi amaçlamaktadır.

2.3.1 Okuryazarlık ve Okuryazarlıkta Yeterlilik

Okuryazarlık kavramı geleneksel olarak kişinin okuma ve yazma yeteneği olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda, okuryazarlık ayrıcalıklı, eğitilmiş ve belirli bir sosyal statüye sahip bireyler için ayrıcalıklı bir beceri olarak kabul edilmiştir (Manguel, 1996). Okuryazarlık becerilerinin eksikliği, 19. yüzyılın ortalarına kadar sosyal eşitsizlikleri artıran ve genellikle iktidardakiler tarafından statülerini ve konumlarını korumanın bir aracı olarak kullanılmıştır. Sonraki nesillerde, okuma ve yazma becerilerinin tek başına gerekli olduğu, ancak toplumda işlev görmek ve başarılı olmak için yeterli olmadığı ortaya çıkmıştır (Manguel, 1996).

Sonuç olarak, okuryazarlık kavramı sadece okuma ve yazmanın ötesine geçerek problem çözme ve akıl yürütme gibi becerileri de içine almıştır. 1991 yılında, Ulusal Okuryazarlık Yasası (Amerika Birleşik Devletleri), okuryazarlığı “Bireyin okuma, yazma ve konuşma yeteneği; kişinin hedeflerine ulaşması ve kişinin bilgi ve potansiyelini geliştirmesi için gerekli yeterlilik seviyelerinde problemleri hesaplama ve çözme yeteneği olarak tanımlanmıştır” (US Congress, 1991).

2.3.1.1 Medya Okuryazarlığı

Medya okuryazarlığı kavramı, akademinin neredeyse tüm alanlarında ve hatta genel kamuoyunda, özellikle politika yapıcılar, eğitimciler ve ebeveynleri arasında ilgi gören bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Akademi için medya okuryazarlığı kavramı, medya mesajlarının sürekli akışının nasıl olduğunu inceleyen medya bilimcilerinin yüksek ilgisini çekmektedir.

Medya okuryazarlığının farklı birçok tanımı bulunmaktadır. Adams ve Hamm (2001), medya okuryazarlığının, her gün televizyon, reklam, film ve dijital medyadan aldığımız görsel ve sözlü sembollerden kişisel anlam yaratma yeteneği olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, öğrencileri sadece bilgiyi çözmeye davet etmekten

daha fazlasına ihtiyaç olduğunu ve çevrelerindeki medya kültürünü anlayabilen ve üretebilen eleştirel düşünürler olmaları gerektiğini belirtmektedir.

Medya Okuryazarlığı Ulusal Liderlik Konferansı'nda yapılan tanıma göre medya okuryazarlığı "Çeşitli biçimlerdeki mesajlara erişme, bunları analiz etme, değerlendirme ve iletme yeteneği" (Aufderheide, 1993) olarak açıklanmaktadır. Medya Eğitimi Vakfı ise kavramı, medya görüntülerini ve bunların kişisel, politik, ekonomik ve kültürel dünyamız hakkında nasıl düşündüğümüz üzerindeki etkilerini yeniden incelemek için gereken araçlar ve kelime dağarcığı olarak tanımlamaktadır.

Bununla birlikte medya okuryazarlığının kısa bir tanımını oluşturmak için çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. 1992'de, "Medya Okuryazarlığı Üzerine Ulusal Liderlik Konferansı" konvansiyonu, medya okuryazarlığının "çeşitli biçimlerdeki mesajlara erişme, bunları analiz etme, değerlendirme ve iletme yeteneği" olarak tek bir tanım oluşturmaya çalışmıştır (Aufderheide 1993). Birkaç yıl sonra, Ulusal İletişim Derneği, medya okuryazarlığı ile ilgilenen üyeleri bir iletişim yetkinliği şeklinde bir tanım oluşturmaya davet etmesi takip etmiştir (Potter, 2013). Günümüze gelene kadar birçok farklı tanımlama yapılmış olsa da medya okuryazarlığı kavramının literatürde ortak bir tanımını henüz bulunmamaktadır.

Medya okuryazarlığının bireylerin televizyon, internet ve cep telefonlarına ilişkin sözel, yazılı, görsel medya içerikleri hakkında bilgilendirilmesi ve bu içerikler hakkında eleştiri ve analiz yapabilmelerini içerdiğini biliyoruz. Medya okuru olmak ile medya yazarı olmak ayrı iki tanımlamadır. Medya okuru olmak medyayı bütün yönleriyle anlamayı, bilgilenmeyi, değerlendirmeyi içermektedir. Okurluk ise, daha çok teorik medya ile ilgili bir eğitim sürecine dayanmaktadır. Yazarlık kısmı daha çok uygulamaya dayalı bir bölüm olup, medya ürünlerinin üretimi ile ilişkilendirilmektedir (Sarı, 2021).

Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'nun (RTÜK) 2016 yılında yaptığı tanıma göre medya okuryazarlığı, her türden (görsel, işitsel, basılı, vb.) medya içeriklerine erişebilme, erişilen medya içeriklerini eleştirel bakış açısıyla çözümleyip değerlendirebilme ve kendi medya iletilerini üretebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (RTÜK, 2016).

2.3.1.2 Dijital Çağda Medya Okuryazarlığı

1990'lı yıllarda bilgisayar teknolojisinde yaşanan gelişmelerle birlikte dijital okuryazarlık kavramı ön plana çıkararak, günümüzdeki medya okuryazarlığı kavramını etkilemiştir. İletişim teknolojileri alanının dinamik yapısı ile bu alanda yaşanan hızlı değişimler, bireylerin dijital çağa ayak uydurabilmek ve bilginin etkin kullanımı için medya okuryazarlığı kavramının yeni veya dijital medya okuryazarlığı kavramlarını kapsamasını gerektirmektedir.

Bununla birlikte, iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler ve artan iletişim araçları sebebiyle medya okuryazarlığı kavramının kullanımı daha uygun görülmektedir. Dijital medya okuryazarlığı için en önemli noktalardan birisi eleştirel düşünme becerisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Dijital medya okuryazarlığında bir diğer önemli nokta ise, internette her sunulan bilginin bireyler tarafından doğru kabul edilmemesi, her türlü bilginin ve haberin eleştirel göz ile sorgulama, kaynağının araştırılması ve analitik yaklaşım ile konunun irdelenmesi gerekliliğidir.

Günümüz dijital çağında, öncelikle çocuklar ve gençler olmak üzere, her bireyin bilinçli bir medya okuryazarı olması oldukça önem taşımaktadır (Sarı, 2021; Özcan, 2017). Özellikle sosyal medyanın ve internetin çok büyük kitlelere hızla erişim şansına sahip olması bilginin geçerlilik ve kaynağının sorgulanmasını daha da önemli hâle getirmektedir. Bu durum, medya okuryazarlığı eğitimlerini daha da önemli noktaya taşımaktadır (Kotilainen ve Rantala, 2010).

2.3.1.3 Medya Okuryazarlığının Potansiyel Etkileri

Günümüzde artan iletişim olanakları, bilgiye erişimi kolaylaştırırken doğru bilgiye erişimi ise zorlaştırır hâle getirmektedir. Bu nedenle daha da önemli noktaya taşınan medya okuryazarlığı kavramı bilgi seline maruziyete neden olan artan kitle iletişim araçlarının yarattığı bu bilgi kirliliğinin önüne geçilmesinde en önemli etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Medya aracılığıyla aktarılan iletilerin kabul görmesi veya içselleştirilmesi ile bireylerin bazı davranışları bu durumdan etkilenebilmektedir (Sezer ve Sert, 2019). Yapılan araştırmalar, özellikle televizyon izleme alışkanlıkları ile şiddet eğilimi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Hâlâ etkisini gördüğümüz COVID-19 salgını için de benzer durum geçerlidir. Sosyal medyada salgına ilişkin yayılan ve gerçeklik payı olmayan bir bilgi, toplumun belirli kısmını etkisi altına alabilmektedir. Dolayısıyla bireylerin salgına yönelik sağlık davranışlarını da etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda medya okuryazarlığının bireylerin sağlık davranışlarını etkileme potansiyeline sahip olduğu öngörülmektedir (Sezer ve Sert, 2019; Pembecioğlu, 2020).

2.3.1.4 Medya Okuryazarlığında Temel Sorunlar

Medyaya erişimin ulaşılabilir olması ve medya okuryazarlığı birbirinden farklı şeylerdir. Günümüzde kitle iletişim araçları yaygın olmasına rağmen medya okuryazarlığı konusunda birçok sorun ile karşılaşılmaktadır. Bu sorunlar eğitim, gelenek, ekonomi gibi sebeplerden ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde medya okuryazarlığı alanındaki en büyük sorun ilköğretimden başlayarak yaşam boyu öğrenmeye örgün eğitim açısından medya ile ilgili konuların kabul görmemesi ve eğitiminin sağlanmamasıdır. Medya eğitimi konusunda farklı bölgelerdeki teorik ve pratik yaklaşımlara bakıldığında müfredatta ve medya eğitimin seviyesinde büyük farklılık göstermesi de sorunlardan biridir. Bu sorun eğitimi veren

öğretmenlerin medya konusunda yeterli bilgi sahibi olmamasından kaynaklanmaktadır (Zylka, vd., 2011).

Karaboğa 2017 yılında Türkiye’de “Ortaokul öğrencilerinin medya okuryazarlığı yeterlikleri ve medya okuryazarlığı dersini yürüten öğretmenlerin karşılaştıkları sorunlar” konusunda yüksek lisans çalışması yapmıştır. Bu çalışma sonucunda öğretmenlerin iş yükü ve ana dalları sebebiyle medya okuryazarlığı hakkında yeterince araştırma yapamadıkları ve bu konuda etkinlik üretemedikleri belirtilmiştir. Karaboğa ayrıca, öğretmenlerin medya okuryazarlığı konusunda yeterli tecrübeye sahip olmadığını araştırmasında ifade etmiştir. Öte yandan dersin seçmeli ders olması ve not değerlendirmesinin bulunmaması öğretmen ve öğrencinin derse olan ilgisini azalttığı belirtilmiştir (Karaboğa, 2017).

Bunların yanı sıra öğrenciler ve gençler internet kullanımı ve sosyal medya kullanımı konusunda bilgi sahibi iken etkili bir şekilde bilgi arama, derecelendirme ve internet güvenliği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Bu durum örgün eğitimdeki medya eğitiminin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Medya eğitimi kurslarının yaygın olmaması ve herkes için ulaşılabilirliğinin olmaması sebebiyle mühendislik eğitimi alan öğrencilerin bir kısmında medya konusunda bilgi, beceri ve yeterlilikleri oldukça kısıtlıdır. Yine buna benzer bir şekilde bilgisayar becerileri konusundaki eksiklik medya okuryazarlığı açısından hem öğrenciler hem de toplum için bir sorun oluşturmaktadır. Son olarak gelişmekte olan ve yeni sanayileşmiş ülkelerdeki İngilizce bilen kişi sayısının az olması yani dil konusu da medya okuryazarlığı için temel sorunlardandır (Zylka vd., 2011).

Pek çok ülke medya okuryazarlığı ve medya eğitimi konusunda benzer sorunlar yaşamaktadır. Medyanın önem taşıdığı bu dönemde, toplumlar bu alanda belli bir

anlayış, terminoloji geliştirmeli ve medya okuryazarlığı eğitimi için farklı disiplinler bir arada çalışarak bu alanın kapsamı ve bilgisi geliştirilmelidir.

2.3.1.5 Dünya’da ve Türkiye’de Medya Okuryazarlığı

Medya okuryazarlığı teknolojinin gelişmesi, yeni medya araçlarının ortaya çıkması ve bu araçlara ulaşılabilirliğin kolaylaşması ile birlikte önemli bir durum hâline gelmiştir. O nedenle bu konuda dünyanın farklı yerlerinde çalışmalar yapılmaktadır.

Avrupa Medya Okuryazarlığı Merkezi (European Centre for Media Literacy) medya okuryazarlığının amaçlarını; fikir, bilgi veya haberin başkasının görüşlerini içerdiğinin ve başka bireylerin bakış açısıyla paylaşıldığının kavranabilmesi, insanların duygularına hitap etmek için özel teknikler kullanılarak içerik oluşturulduğunun anlaşılması, medya kuruluşlarının bazı kişilerin yararına hizmet ettiğinin bilinmesi, alternatif olarak bilgi kaynağı ve eğlence kaynağı aranabilmesi, edilgen birey olmak yerine aktif katılımcı olunabilmesi olarak belirtmektedir (zsevin ve Yengin, 2021).

Coğrafi yakınlığa rağmen Avrupa lkelerinde medya okuryazarlığı konusundaki yaklaşımlar farklılık göstermektedir (Zylka vd., 2011). Amerika Birleşik Devletleri’nde de medya okuryazarlığı terimi 20. yüzyılda tartışılan bir konudur. 20. yüzyılın ortalarında eğitimciler medya ve kitle iletişim araçlarından korkulması ve reddedilmesi görüşünü savunmaktayken daha sonra medya yeni nesiller ile eğitime ve hayata dahil olmuştur. ABD’deki medya okuryazarlığına göre yaklaşımlar 5 odak noktasına ayrılmaktadır: (1) yetkilendirme, (2) eleştirel medya okuryazarlığı, (3) yeni medya okuryazarlıkları, (4) görsel okuryazarlık, (5) koruma ve sağlık okuryazarlığı (Zylka vd., 2011).

Medya okuryazarlığı kavramı Türkiye’de çok eski zamanlara dayanmamaktadır. Bu sebeple Avrupa ve Amerika’ya göre bu konudaki farkındalığın yeterli olmadığı düşünülmektedir. Ancak son yıllarda Millî Eğitim Bakanlığının medya okuryazarlığı konusunda çalışmalar yürütmekte olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda medya okuryazarlığı eğitiminin amaçlarından bazıları şöyledir (Çimen, 2020):

- Çocukların medyada seçici olabilmelerini sağlamak
- Eleştiri farkındalığı kazandırabilmek
- Gerçek ve kurguyu ayırt edebilmelerini sağlamak
- Medya egemenliğinin ne olduğunu öğretebilmek

Asya ülkeleri gibi bazı diğer bölgeler ise medya okuryazarlığı konusu hakkında karşılaştırılabilir çalışmalara ve tartışmalara sahip değildir. Bunun sebebi medya ve medya eğitimi konularının bu ülkelerde 1990 yıllarının sonunda kabul görmeye başlamış olmasıdır. Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde çoğunlukla toplum ile ilgili sorunlar olması sebebiyle bu konular ele alınmamıştır. Dolayısıyla medya eğitimi konusunda ciddi bir eksikliğe sahip oldukları söylenebilir (Zylka vd., 2011).

2.3.1.6 Medya Okuryazarlığı Eğitimi

İnsanların bilgi almak ve haberleşmek için kullandıkları medya araçları son yıllarda gelişen yeni teknolojiler ile beraber kapsamını genişletmiş ve içeriği zenginleşmiştir. Bu yüzden gelişen, değişen medya ortamını anlayabilmek, yorumlayabilmek, analiz edebilmek ve doğru-yanlış bilgiyi birbirinden ayırabilmek önemli bir durum hâline gelmiştir. Bunun sonucunda medya okuryazarlığı eğitimi yaklaşık 20 yıl önce bir sivil toplum hareketi olarak ortaya çıkmıştır. Bu eğitim zamanla siyasi yönetimler tarafından da önem kazanmıştır ve bu alanda yapılan resmi veya özel çalışmalar ile desteklenmiştir (Çimen, 2020).

Medya okuryazarlığı ulusal ve uluslararası alanda akademik topluluk için bir çalışma alanıdır. En önemli nokta ise 2012 yılında Birleşmiş Milletler'in eğitim kurumu olan UNESCO'nun, medya ve bilgi okuryazarlığının "temel bir insan hakkı" olduğunu ilan etmiş olmasıdır. 21. yüzyılda medya okuryazarlığı yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır (Silverblatt vd., 2014).

Toplumda özellikle gençlerin teknolojiye kolay ulaştıkları bilinmektedir. Bu yüzden bilinçli ve doğru medya kullanımı için önemli olan medya okuryazarlığı eğitimi yeni nesillere aktarabilmek gereklidir. Bu durum düşünülerek medya okuryazarlığı eğitimi hem Türkiye'de hem de Avrupa ve diğer kıtalarda faaliyete geçmiştir (Çimen, 2020). Medya okuryazarlığı eğitiminin amacı, öğrenciler öncelikli olmak üzere toplumdaki bireylerin, medyanın yapı ve işleyişini öğrenmeleri, kurgu ile gerçeği birbirinden ayırabilerek bilinçli bir değerlendirme sağlayabilmeleridir. Bununla birlikte medya okuryazarlığı, bireylere medya içeriklerine eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirebilme ve medya ile ilgili doğru soruları sorup doğru cevaplara ulaşabilmeleri için gerekli becerileri kazandırmaktadır. Bu eğitim öğrenciler, öğretmenler, ebeveynler gibi toplumun birçok kesimini kapsamakla birlikte okul öncesinden başlayıp yetişkin ve hayat boyu eğitimine kadar olabilecek medya eğitim programlarını içine almaktadır (Karaboğa, 2017).

Medya okuryazarlığı eğitimleri sonucunda öğrencilerin medyayı doğru tanıyabilmesi ve algılayabilmesi hedeflenmiştir. Bu eğitimlerde medyanın doğru kullanımı teşvik edilirken zararlı içeriklere karşı tedbirli olunması da öğretilmektedir. Yani bu eğitim yalnızca televizyon, sosyal medya ve medyanın zararlı yönlerini ele almamakta aynı zamanda teknoloji ve medyanın pratiklikleri ve avantajları da öğretilmektedir.

Sonuç olarak medya okuryazarlığı eğitimi ile medya araçlarının kullanımı ele alınarak bireylerin analiz etme, kurgu ve gerçeği birbirinden ayırabilme ve eleştirel yaklaşabilme becerileri kazanmaları sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu eğitimler çocukların ve gençlerin bilinçli birer birey olması için faydalıdır. Eğitimlerin yetişkinlere de aktarılması internet ve televizyon odaklı bağılıkları açısından da faydalıdır (Çimen, 2020).

2.3.2 Sağlık Okuryazarlığı

Gün geçtikçe önemi daha iyi anlaşılan halk sağlığı ve sağlık hizmetleri, sağlık okuryazarlığı kavramı ile doğrudan ilişkilidir. 1970'lerde tanımlanan sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlığı etkileyen etmenler ile bu etmenlerin nasıl yönetileceğinin bilinmesi anlamına gelmektedir (Çetinel, 2021). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli seviyede olan bireyler, sadece kendi sağlıkları değil aileleri ve toplum sağlığı için de olumlu etki yaratabilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisi, reçeteli ilaçlara uyum, hastalığın kendi kendine yönetimi, hastalığın ilerlemesinin belirteçleri, genel sağlık durumu ve hayatta kalma ile ilişkilidir. Aynı zamanda yüksek düzeyde hastaneye yatış oranı ve acil bakım kullanımı ile de ilişkilidir (Greenhalgh, 2015).

Sağlık okuryazarlığı hem sağlık hem de okuryazarlık alanlarından insanları bir araya getirmeyi içeren gelişmekte olan bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı hem sağlığın hem de okuryazarlığın günlük yaşam için kritik kaynaklar olduğu fikrine dayanmaktadır. Okuryazarlık seviyemiz, yalnızca sağlık bilgilerine göre hareket etme yeteneğimizi doğrudan etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bireyler, aileler ve topluluklar olarak sağlığımız üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmamızı da etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı için pek çok tanım mevcut olmakla birlikte 'Yaşam boyunca sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için insanların farklı sağlık

bağlamlarının talepleriyle ilgilenmek için bilgiye erişebilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve iletebilme derecesi' bu tanımlardan birisidir (Kanj ve Mitic, 2009).

1990'ların sonlarında daha belirgin sağlık okuryazarlığı tanımları önerilmiştir (Smith ve Ireland, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998'de yaptığı sağlık okuryazarlığı tanımına göre; "Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığı geliştirecek ve sürdürecektir şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerini temsil etmektedir" (Nutbeam, 1998).

2004 yılına gelindiğinde Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan bir çalışma raporunda bu tanım "Bireysel olarak sağlık ile ilgili uygun kararların verilmesi için gerekli sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi" şeklinde ifade edilmiştir (Yıldırım ve Keser, 2015). DSÖ 2013 yılında daha önce yaptığı sağlık okuryazarlığı tanımı gözden geçirerek, bu tanımı şu şekilde revize etmiştir;

"[...] okuryazarlıkla bağlantılı, sağlıkla ilgili günlük yaşamda yargıda bulunmak ve kararlar almak için insanların sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri ile yaşam boyunca yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesini içermektedir" (Kickbusch vd., 2013).

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), sağlık okuryazarlığının tanımını Ağustos 2020'de güncellenmiştir. Güncellenen yeni tanım, kişisel sağlık okuryazarlığı ve kurumsal sağlık okuryazarlığını ele almakta ve aşağıdaki tanımları ortaya koymaktadır:

"Kişisel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek amacıyla bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisine sahip olmasıdır. Örgütsel sağlık okuryazarlığı, kuruluşların, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek için bilgi ve hizmetleri bulmasını,

anlamasını ve kullanmasını adil bir şekilde sağlamasıdır” (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2021).

Sağlık-Sen’in 2014’te yaptığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Raporunda ise sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Tanrıöver vd., 2014).

2.3.2.1 Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı’na göre yetişkinler arasında gelişmiş ülkelerde zayıf okuryazarlık becerileri şaşırtıcı bir şekilde yaygındır. İşlevsel okuryazarlık becerilerinden yoksun Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerindeki nüfus oranının tahminleri %7 ila %47 arasında değişmektedir (BM Kalkınma Programı, 2007).

Bir popülasyondaki düşük okuryazarlık hem doğrudan hem de dolaylı olarak bir dizi kötü sağlık sonucu ile ilişkilidir (Parker, 2000). DeWalt vd.’ne (2004) göre, birçok gelişmiş ülkeden gelen veriler, düşük okuryazarlık seviyeleri ile mevcut sağlık bilgisi ve hizmetlerinin azalan kullanımı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu, sağlık eğitimine yanıt verme, hastalık önleme hizmetlerinin kullanımı ve hastalığın kendi kendine zayıf yönetimi ile ilgili olarak gözlemlenir. Dolaylı olarak, düşük okuryazarlık genellikle zayıf sosyoekonomik koşullarla bağlantılıdır ve bu da diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak sağlık üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkilidir. DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu tarafından yakın zamanda yayınlanan bir bildiriye, okuryazarlığın hem zengin hem de fakir ülkelerde sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesinde “merkezi bir role” sahip olduğu tespit edilmiştir (DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, 2007). Okuryazarlık ve sağlık arasındaki ilişkiye ilişkin kamusal söylem zayıftır ve sağlığın tüm sosyal belirleyicileri konusunda genel

olarak hayal kırıklığı yaratmaktadır (Hayes vd., 2007). DSÖ Komisyon Raporu, “ilköğretime ulaşmanın önündeki sayısız engelin kaldırılması, sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin eylemin çok önemli bir parçası olacaktır” sonucuna varmaktadır. Bu nedenle, bir popülasyonda yüksek düzeyde okuryazarlık elde etmek yalnızca hayati bir kalkınma hedefi değil, aynı zamanda önemli halk sağlığı yararları da sağlayacaktır (DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, 2007).

Sağlık sisteminin daha dar bir perspektifinden bakıldığında, zayıf okuryazarlığın olumsuz etkilerini sağlık iletişiminin kalitesini geliştirerek ya da sağlık çalışanları arasında düşük okuryazarlığın bireyler ve toplumlar üzerindeki potansiyel etkisine karşı daha fazla duyarlılık sağlayarak hafifletmek mümkündür (Coulter ve Ellins, 2007).

2.3.2.2 Toplum Sağlığının Geliştirilmesinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Toplum sağlığının geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının önemi her geçen gün artmaktadır. Sağlıklı İnsanlar 2010 raporunda; “Sağlık okuryazarlığındaki boşluğu kapatmak, temel bir adalet ve eşitlik meselesidir ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için gereklidir” denilmiştir (Department of Health and Human Services, 2000).

Geçtiğimiz 25 yıl sağlık okuryazarlığına ilgide olağanüstü bir artış görülmüş özellikle Avrupa, Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri ve Çin'deki hükümetler, halklarının sağlık okuryazarlığını geliştirmek için ulusal stratejiler ve hedefler geliştirmiştir (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).

Bir popülasyondaki düşük okuryazarlığının, bir dizi kötü sağlık sonucuyla doğrudan ve dolaylı olarak ilişkili olduğu uzun zamandır kabul edilmiştir (Nutbeam 2017). Dolaylı olarak, düşük okuryazarlık genellikle zayıf sosyo-ekonomik koşullarla bağlantılıdır ve bu da diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak sağlık üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkilidir (Nutbeam 2017). DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Komisyonu, okuryazarlığın hem zengin hem de fakir ülkelerde (WHO, 2017) sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesinde “merkezi bir role” sahip olduğunu tanımlamıştır.

Bu bilgiler ışığında sağlık okuryazarlığının son on yılda neden geniş bir ilgi konusu hâline geldiğini anlamak mümkündür. Sağlık ve hastalık ilişkiselliği ile ilgilenen araştırmacılar için sağlık okuryazarlığı, sağlık ve hastalık sonuçlarındaki varyasyonu anlamak ve açıklamak için kullanılabilir önceden var olan bir durum/riskin uygun ve mantıklı bir özet tanımını sunmaktadır (Nutbeam 2017). Kavramın klinik uygulamada ve halk sağlığındaki önemini doğrulayan literatüre giren çok sayıda çalışma vardır. Diğer taraftan bilgi, eğitim ve iletişim müdahalelerinin değerlendirilmesiyle ilgilenenler için, sağlık okuryazarlığı uzun zamandır yararlı bir sonuç ölçüsü olarak önerilmiştir (Nutbeam, 1998).

2.3.2.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Metotları

Sağlık okuryazarlığı kavramı üzerinden oluşturulan ölçekler genel olarak bireylerin genel okuryazarlık bilgi ve becerilerine ek olarak sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarını değerlendirebilmektedir. Kimi ölçekler klinik uygulamalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş kimi ölçekler ise geniş topluluklar üzerinde uygulanabilir ölçeklerdir (Tanrıöver vd., 2014). Birçok toplum için geçerliliği ve güvenilirliği olan sağlık okuryazarlığı ölçekleri arasında şunlar yer almaktadır;

- Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA) (Parker vd., 1995).
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/REALM) (Davis vd, 1993).
- Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults/STOFHLA) (Parker vd., 1995).

Hem yukarıdaki ölçekler hem de var olan diğer ölçekler tüm toplumlar için uygulanabilir ve sağlık okuryazarlığının tüm boyutları ile ölçümünü sağlayamamaktadır. Sağlık okuryazarlığının tüm boyutları göz önüne alınarak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği (Health Literacy Survey – European Union (HLS-EU-Q)) sağlık okuryazarlığını belirlemek üzere Avrupa’daki en geniş kapsamlı anket olarak kullanılmaktadır (Sørensen vd, 2013).

Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık okuryazarlığının ölçüm şekilleri için belirttiği yollar ise aşağıdaki tabloda özetlenmektedir (Kickbusch vd., 2013).

Tablo 2.7: Sağlık okuryazarlığı ölçüm şekilleri

| Ölçüm şekli | Amaç ve sınırlı olduğu yanlar (limitasyonlar) |
|--|---|
| Klinik tarama testleri: okuduğunu anlama, kelime tanıma ve matematiksel beceri | Tıbbi etiketler ve talimatlar dâhil sağlık bilgilerini anlamaya ve kullanmaya çalışırken karşılaşılan zorlukların belirlenmesi. Sınırlı okuryazarlığa sahip insanlar arasında utanç ve damgalanma duygusuyla sonuçlanabilir. Yüz yüze görüşmelerde bireysel düzeyde uygulanmakta ve sağlık okuryazarlığı kavramlarını eksik olarak kapsamaktadır. |
| Nüfus okuryazarlığı anketlerini kullanarak sağlık okuryazarlığının temsili ölçümleri | Günlük yaşamın karmaşık taleplerini karşılamak için yetersiz becerilere sahip nüfusun tahminini sağlar. Sağlık okuryazarlığının eksik kapsamı ve müdahaleleri geliştirmek veya uygulamak için rehber olamama ihtimali. |
| Doğrudan anket, bir kişinin sağlık bilgilerini ve sağlık hizmetlerini anlama, erişme, değerlendirme ve kullanma yeteneğinin ölçümü | Bu hızla gelişen bir alandır. Gruplara/popülasyonlara uygulanan yeni ölçekler, uygulayıcıların, organizasyonların ve planlamacıların sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişilere daha iyi hizmetler sunmasını ve uygulanacak politikalar için bilgi sağlayabilir. |

HLS-EU anketi 47 soruyu içeren bir veri toplama aracı olup, sağlık süreci ve bilgiyi işleme süreçlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyebilmektedir. Ayrıca anketin farklı sosyo-demografik özelliklere ve sağlık sistemlerine sahip birçok Avrupa ülkesinde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği de kanıtlanmıştır. Sağlık-Sen tarafından 2014 yılında yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması için HLS-EU Türkçeye uyarlanmıştır. SOYA-AB-S47 (Sağlık Okuryazarlığı Araştırması-Avrupa Birliği-47 Soru Anketi) adı verilen Türkçe anket 4 ana bölümden oluşmaktadır (Tanrıöver vd., 2014).

2.3.2.4 Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler

Okuryazarlık ve sağlık arasındaki ilişkinin olumsuz etkilerini azaltmak için pek çok çalışma yapılmaktadır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007). Sağlıkla ilgili okuryazarlığın ölçülmesine ilişkin araştırmalar, düşük okuryazarlık ile bir dizi sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi, iletişim yoluyla düşük okuryazarlığın etkilerini hafifletmek için tasarlanmış müdahalelerin aşamalı olarak test edilmesi ve iyileştirilmiş sağlık hizmetlerinin etkisi gibi konulara yönelmiştir (Coulter ve Ellins, 2007). Daha yakın zamanlarda, az sayıda çalışma, düşük okuryazarlığın maliyetlerini ve sağlık sistemi üzerindeki sonuçlarını ortaya koymaya çalışmıştır (Baker vd., 2002, 2004). Düşük okuryazarlığın sağlık üzerindeki maliyetleri ve etkileri üzerine yapılan bu çalışmalar, politika yapıcıların ve sağlık hizmeti sunucularının dikkatini çekmeyi başarmıştır (Nutbeam, 2008).

Pawlak'a göre sağlık okuryazarlığı, yaş, genetik, dil, etnik köken, eğitim hatta sosyo-ekonomik statü gibi belirleyiciler ile birlikte tanımlanması gereken sağlık sorunudur (Pawlack, 2005). Bu bölümde sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerden demografik, toplumsal ve sosyal, sağlık sistemi ve ekonomik faktörlere değinilecektir.

2.3.2.4.1 Demografik, Toplumsal ve Sosyal Faktörler

Sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerin başında demografik, toplumsal ve sosyal faktörler gelmektedir. Bunlardan demografik faktörler; yaş, cinsiyet, etnik kök, medeni durum, sosyo-ekonomik gelir düzeyi ve öğrenim durumu olarak gruplandırılmaktadır. Genel olarak yaşlı bireylerde, siyahi ırk, kadın, bekâr, eğitim ve geliri düşük bireylerde (Bayık , 2014), göçmenler ile çeşitli kamu desteklerine bağımlı bireylerde sağlık okuryazarlığı oranının düşük olduğu ortaya konulmuştur (Kickbusch vd, 2015).

Cinsiyet ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemli belirleyicilerindedir. UNESCO'ya göre tahmini yaklaşık 776 milyon erişkin birey temel okuryazarlık becerilerinden yoksundur. Bu oranın üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (Kanj ve Mitic, 2009).

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen “Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişim Sempozyumu'nda (2011)” sınırlı eğitim ve sağlık okuryazarlığının düşük olmasının nedenlerinden biri de ırk ve etnik köken ile ilgili eşitsizlikler olarak gösterilmiş ve sağlık sorunları konusundaki eşitsizliği aşmak için programlanan stratejik çalışmalar arasında azınlık grupları ve toplumu sürece doğrudan dâhil etmek başlığı öne çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu alanda en savunmasız gruplar ise engelli bireylerdir. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında başta engelli bireyler olmak üzere bu bireylerin ailelerinin de sağlık okuryazarlığının düşük olduğu belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.3.2.4.2 Sağlık Sistemi ile İlgili Faktörler

Bayık'ın (2014) çalışmalarına göre; sağlık sistemi ile direkt ilgili olan konuların başında; sağlık hizmetlerine erişim, sağlıkla ilgili sistemlerin karışıklığı, sağlık güvencelerinin yetersizliği ve hekim-hasta ilişkisi gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerde sağlık profesyonellerince verilen bilgileri

ve talimatları anlayamama, tedaviye uyum sağlamada güçlük, hastalığı ile ilgili bulguları yanlış ifade etme gibi sorunlar öne çıkmaktadır (Erdağ, 2015). Victor Dzau'ya göre; sağlık okuryazarlığı yalnızca bireysel bir problem değil aynı zamanda sistemsal bir sorun olarak tanımlanmıştır (Dzau, 2015).

2.3.2.4.3 Ekonomik Faktörler

Yanlış ilaç kullanımı, hastanede yatış süresinin uzamasına, acil servislerin daha sık kullanımına ve genellikle hastalık düzeyindeki artış ile birlikte sağlık harcamalarının artışına neden olarak sağlık okuryazarlığı düzeyindeki yetersizlik gösterilmektedir (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Sağlık okuryazarlığının düşük olması yüksek tedavi maliyetlerine, zaman kaybı, enerji, sarf malzeme israfı ve tüm bunlara bağlı olarak da yüksek ekonomik sonuçlara neden olmaktadır (Kenneth ve Doyle, 2011).

Friedland ve O'Neill'e (1998) göre; kötü sağlık düzeyi, istihdamın ve dolayısıyla milli gelirin düşmesine neden olurken eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin gelir düzeyi ne olursa olsun sağlık eğiliminin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Diğer bir deyişle sağlık ve eğitimin iç içe kavramlar olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı düşük/yetersiz olan bireylerin güçlendirilmesi için ilköğretimden başlayarak sağlık eğitiminin verilmesi ülke ekonomisine ve milli sermayeye yapılacak en iyi yatırımlardan biri olacaktır.

2.3.2.5 Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Sağlık okuryazarlığı, 1990'lardan beri daha fazla araştırılan sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin kilit bir unsurudur. Bu terim ilk olarak 1974 yılında, kitle iletişimini, sağlık sistemini ve sağlık eğitimi konularını etkileyen sosyal sağlığın belirleyicilerinin tartışıldığı sağlık eğitimi konferansında ortaya atılmıştır. İlgili bulgular bu tanımın karmaşık bir konu olduğunu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık

durumunu, sağlık sonuçlarını ve tedavi talimatlarını yanlış yorumlama riskini artırabileceğini göstermiştir. DSÖ sağlık okuryazarlığını şu şekilde tanımlamaktadır: “Sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelmektedir” (Sany vd., 2021). Bu tanım, sağlık okuryazarlığı kavramının sadece işlevsel bir yetenek olmadığını, insanları topluma daha tam olarak katılmaya ve sağlık eylemleri ve sağlık kararları üzerinde daha yüksek derecede kontrol uygulamaya teşvik eden farklı becerileri içerdiğini doğrulamaktadır (Nutbeam, 2008).

Sağlık okuryazarlığı kavramını incelediğimizde, sırasıyla kişisel bir "varlık" veya klinik bir "risk" olarak tanımlayan iki farklı kökten ortaya çıktığı grlmektedir. Klinik "risk", düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık hizmeti organizasyonu ve klinik bakımın etkinliği üzerinde sahip olabileceği etkinin tanınmasını yansıtmaktadır. Hizmet organizasyonunun ve klinisyenlerin artan duyarlılığı, hasta-sağlık iletişiminin kalitesini artırırken sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebilme potansiyeline sahiptir. Böylece, nerilen klinik bakıma başarılı bir şekilde bağlı kalmayla ilişkili hasta uyumu ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeye yardımcı olacak hasta eğitimi ve yönetimi sağlamak için daha iyi bir sağlık hizmeti sunmaktadır (Khorasani vd., 2020).

Bir “kavram” olarak sağlık okuryazarlığı, halk sağlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve iletişimdeki köklerden gelmiştir. Bu kavramsallaştırma, bireylerin sağlık eylemleri (sosyal, kişisel ve çevresel) ve sağlıkla ilgili karar vermeleri üzerinde daha fazla kontrol uygulama becerilerini ve yeteneklerini geliştirmenin bir aracı olarak grlmektedir. Sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik eylemler, bireyin sağlık bilgisi, öz yeterliliği ve öz yönetimi ile ilgilidir. DSÖ tarafından açıklandığı üzere yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine

ulaşmak asıl amaç olarak düşünöldüğünde, farklı aşamalar ve yaşlar için farklı ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulacaktır. Etkileşimli, kritik ve işlevsel sağlık okuryazarlığı arasında ayırım yapmak için farklı ölçüm araçlarının gerekli olduğu düşünölmektedir (Nutbeam, 2008). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığı geliştirecek ve sürdüreceş şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerini temsil etmektedir (Nutbeam, 1998). Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık durumuna ait bilgilendirici çalışmaların ve mesajların anlaşılmaması veya tam olarak doğru anlaşılammaması, toplumun koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranının düşük olması ve hastalık yükü ile kronik hastalıkların görölme sıklıklarında artışlarla ilişkilidir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeyi hem ölkemizde hem de dünyada oldukça önemli bir beceridir (Avcı ve Özkan, 2020).

Küresel olarak, sağlık okuryazarlığı politikaları ile stratejileri henüz sağlıkla ilgili karar vericiler ve politikacılar arasında iyi bilinmemektedir. DSÖ'ye göre, günümüzün sağlık merkezleri, dünya nüfusunun yarısının düşük kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi olduğundan, son yüzyılın zorluklarına uyum gösterememektedir. Sağlık sistemlerinin toplulukların ve insanların ihtiyaçları etrafında dönüşümü, sağlık okuryazarlığı ve hasta katılımını iyileştirmede daha etkilidir. Bu nedenle, son on yılda, farklı topluluklarda bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini (okuma, yazma, dinleme, konuşma, aritmetik ve eleştirel analiz dâhil) geliştirmeye büyük önem verilmiştir. Benzer şekilde, 40 yıldır sağlık okuryazarlığı müdahalesi, bireyin sağlık durumunu geliştirmek için kilit bir eğitim programı olarak kullanılmaktadır. Çeşitli araştırmalar, sağlık eğitimi müdahalelerinin farklı popölasyonların özellikleriyle uyumsuz olduğunu göstermiştir (Miller, 2016, Bröder vd., 2017).

Önceki araştırmalar, sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin kültürel olarak uyarlanması, kanıta dayalı olması ve sağlık profesyonelleri veya sağlayıcıları tarafından yürütülmesi gerektiğini vurgulamıştır (Bröder vd., 2017; Durand vd., 2014). Sağlık sisteminin daha dar perspektifinden bakıldığında, sağlık eylemindeki metodolojik sınırlamalar ve değişiklikler nedeniyle sağlık okuryazarlığı müdahalesinin etkinliği ve uygulanması farklı topluluklarda hâlâ belirsizliğini korumaktadır (Durand vd., 2014; Nutbeam, 2000).

Mevcut kanıtlara göre, sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliği ve sağlık durumu üzerindeki etkisini netleştirmek ve anlamak için farklı topluluklardaki sağlık okuryazarlığı durumunu değerlendirmek mümkündür. Küresel ölçekte sağlık okuryazarı bir toplum ve sağlık okuryazarlığı vizyonlarını gerçekleştirmek için halk sağlığı politikalarına yönelik artan gelişmeler bulunmaktadır. İnan halkının sağlık okuryazarlığı düzeyine yönelik yakın zamanlı bir meta analiz çalışmasına göre; İnan nüfusunun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diğer sağlık sonuçları arasındaki temel ilişkinin etki büyüklüğünü ölçmeyi ve sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin fonksiyonel boyutunu, öz-etkililiğini ve sağlık durumunu iyileştirme üzerindeki etkinliği incelenmiştir. Sağlıklı popülasyonda ortalama sağlık okuryazarlığı puanı 62.51, hasta popülasyonunda ise puanı 64.04'tür. Çalışma verileri İnan nüfusunda sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi sınırında olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı müdahalesinin, özellikle düşük okuryazarlık/sosyoekonomik statüdeki kişilerde sağlığı geliştirici davranışlar ve öz-yeterlilik üzerindeki yararlı etkisi olduğunu da göstermektedir (Sany vd., 2021).

2003 yılında gerçekleşen Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi (NAAL)'ne göre ABD'li yetişkinlerin yalnızca %12'sinin sağlık okuryazarlığı

düzeşinin yeterli olduğu ve yetişkinlerin üçte birinden fazlasının temel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmektedir (ODPHP, 2003).

Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesi amacıyla 2014 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması yürütölmüştür. Araştırmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Avrupa Birliği (HLS-EU) Anketi kullanılmıştır. Araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1) dikkate alınarak, Türkiye’yi temsilen örnekleme dâhil edilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımı ile yürütölmüştür. Araştırma verilerine göre Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Kategorik değerlendirmeye göre ise Türk toplumunun %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmektedir.

Sonuçta Türkiye toplumunun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görölmektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında ön plana çıkmaktadır. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek üzere, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesi için gerekli aksiyonların en kısa zamanda alınması gerekmektedir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014).

2.4 Sağlık Davranışı ve Medyada Faydalanılan Sağlık Davranışı Geliştirme Teorileri

En geniş anlamda “sağlık davranışı”; sosyal değişim, politika geliştirme ve uygulama, gelişmiş başa çıkma becerileri ve gelişmiş yaşam kalitesi dâhil olmak üzere bireylerin, grupların ve kuruluşların eylemlerinin yanı sıra bunların belirleyicileri, bağlantıları ve sonuçları anlamına gelmektedir (Parkerson vd, 1993). Bu, Gochman'ın

önerdiği sağlık davranışının tanımına benzer bir tanım olmakla birlikte Gochman sadece gözlemlenebilir, açık eylemleri değil, aynı zamanda raporlanabilen ve ölçülebilen zihinsel olayları ve duygu durumlarını da bu tanımın içine dâhil etmiştir.

Gochman'a (1982, 1997) göre sağlık davranışını;

“İnançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar ve diğer bilişsel unsurlar gibi kişisel nitelikler; duygusal ve duygusal durumlar ve özellikler dâhil olmak üzere kişilik özellikleri ve sağlığın korunması, sağlığın restorasyonu ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili açık davranış kalıpları, eylemler ve alışkanlıklar belirlemektedir.”

Gochman'ın tanımı, Kasl ve Cobb tarafından ufuk açıcı makalelerinde (1966a, 1966b) öne sürdükleri sağlık davranışı kategorilerinin tanımlarıyla tutarlıdır. Kasl ve Cobb, üç sağlık davranışı kategorisi tanımlamıştır:

1. Önleyici sağlık davranışı: Kendisinin sağlıklı olduğuna inanan bir kişinin, asemptomatik bir durumda hastalığı önlemek veya tespit etmek amacıyla üstlendiği herhangi bir faaliyettir (Kasl ve Cobb, 1966a).
2. Hastalık davranışı: Kendini hasta olarak algılayan bir bireyin, sağlık durumunu tanımlamak ve uygun bir çare bulmak için giriştiği her türlü faaliyettir (Kasl ve Cobb, 1966a).
3. Hasta rolü davranışı: Kendini hasta sayan bir kişinin iyileşmek amacıyla üstlendiği herhangi bir faaliyettir. Tıbbi hizmet sağlayıcılardan tedavi almayı içerir, genellikle bir dizi bağımlı davranışı içerir ve kişinin olağan sorumluluklarından bir dereceye kadar muafiyete yol açmaktadır (Kasl ve Cobb, 1966b).

Viswanath vd. (2008) tarafından yapılan araştırmada iki büyük sağlık eğitimi dergisinde 1986 ve 1988 yılları arasında yayınlanan 116 teoriye dayalı makalenin gözden geçirilmesinde, sağlık davranışı geliştirmeye yönelik elli bir farklı teorik

formülasyon bulunmuştur. Bunlar arasında en sık bahsedilen üç teori, sosyal bilişsel teori, nedene dayalı eylem teorisi ve sağlık inanç modeli sayılabilir (Glanz vd., 1990).

Sağlık davranışı geliştirmek için kullanılan eğitim platformlarının en önemlileri arasında medya örnek gösterilebilir (Vishwanat, 2008). Bu nedenle yukarıdaki bilgilere dayanılarak bu bölümde medyada faydalanılan sağlık davranışı geliştirme teorilerinden sosyal öğrenme kuramı, nedene dayalı öğrenme kuramı ve sağlık inanç modeline yer verilmiştir.

2.4.1 Sağlık Davranışı

Dünya çapında yaşamı tehdit eden hastalıkların çoğu artık kroniktir ve sağlık davranışlarıyla bağlantılıdır (WHO, 2008). Sağlık açısından riskli davranışlar, hastalık olasılığını artıran veya iyileşmeyi engelleyen zararlı eylemlerdir. En az beş davranış kategorisinin artan morbidite ve mortalite ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur:

(1) kalori, yağ ve sodyumdan yüksek ve besin maddelerinden düşük bir diyet tüketmek (Mente vd.,2009)

(2) düşük düzeyde fiziksel aktivite ve yüksek hareketsiz aktivite seviyeleri (Paffenbarger ve Pollock, 1986)

(3) sigara içmek, (Loyd vd., 2010)

(4) alkol, reçeteli ve yasa dışı uyuşturucular gibi maddeleri kötüye kullanmak (Costanzo vd., 2010) ve

(5) riskli cinsel davranışlarda bulunmak (Johnson vd., 2008)

Buna karşılık, sağlığı koruyucu davranışlar, hastalığa yatkınlığı azaltan veya sağlığın restorasyonunu kolaylaştıran eylemlerdir. Daha iyi sağlık ve hastalıktan iyileşme ile bağlantılı olmak üzere sağlığı koruyucu üç davranış belirlenmiştir:

(1) fiziksel olarak aktif olmak (Qin vd., 2010)

(2) meyve ve sebze yemek (Vans ve Pivonka, 2000) ve

(3) reçeteli ilaçlara bağlı kalmak (Dragomir vd., 2010)

Sağlık açısından riskli davranışların ortadan kaldırılmasının kalp hastalıkları, felç, tip 2 diyabetin %80'ini ve kanserlerin %40'ını önleyeceği öne sürülmüştür (IOM, 2001). Kendinden referanslı düşünce (Self-referent thought), birçok alanda psikolojik araştırmaları kapsayan bir konu hâline gelmiştir. 1977'de, Stanford Üniversitesi'ndeki ünlü psikolog Albert Bandura, bilişsel davranış değişikliği bağlamında algılanan öz-yeterlik kavramını tanıtmıştır. Güçlü bir kişisel yeterlik duygusunun daha iyi sağlık, daha yüksek başarı ve daha fazla sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu kavram okul başarısı, duygusal bozukluklar, zihinsel ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyopolitik değişim gibi çok çeşitli alanlara uygulanmıştır. Klinik, eğitimsel, sosyal, gelişimsel, sağlık ve kişilik psikolojisinde önemli bir değişken hâline gelmiştir (Bandura, 1977, 1986, 1991, 1992).

Davranış değişikliği, kişisel bir kontrol duygusuyla kolaylaştırılmaktadır. İnsanlar bir sorunu araçsal olarak çözmek için harekete geçebileceklerine inanırlarsa, bunu yapmaya daha yatkın hâle gelirler ve kendilerini bu karara daha bağlı hissetmektedirler. Sonuç beklentileri, kişinin eyleminin olası sonuçlarının algısına atıfta bulunurken, algılanan öz-yeterlik, kişisel eylem kontrolü veya eylemlilik ile ilgilidir (Bandura, 1992; Maddux, 1991, 1993; Wallston, 1994). Bir olaya sebep olabileceğine inanan bir insan, daha aktif ve kendi kaderini tayin eden bir hayat sürdürebilmektedir. Bu "yapabilir" bilişi, kişinin çevresi üzerindeki kontrol duygusunu yansıtır. Uyarlanabilir eylem yoluyla zorlu taleplerin üstesinden gelebilme inancını yansıtır. Aynı zamanda kişinin stresle başa çıkma kapasitesinin iyimser bir görünümü olarak da kabul edilmektedir.

Öz yeterlilik, insanların nasıl hissettiği, düşündüğü ve davrandığı konusunda bir fark yaratmaktadır. Duygu açısından, düşük bir öz-yeterlik duygusu, depresyon, kaygı ve çaresizlik ile ilişkilidir. Bu tür bireyler aynı zamanda düşük benlik saygısına sahiptir ve başarıları ve kişisel gelişimleri hakkında karamsar düşüncelere sahiptir. Düşünme açısından, güçlü bir yeterlilik duygusu, bilişsel süreçleri ve akademik performansı kolaylaştırır. Öz yeterlilik seviyeleri, harekete geçme motivasyonunu artırabilir veya engelleyebilir. Öz yeterliliği yüksek bireyler daha zorlu görevleri yerine getirmeyi seçerler. Kendilerine daha yüksek hedefler koyarlar ve onlara bağlı kalırlar (Locke ve Latham, 1990).

Eylemler düşüncede önceden şekillenir ve insanlar öz-yeterlik düzeylerine göre ya iyimser ya da kötümser senaryolar beklemektedir. Bir kez harekete geçildiğinde, öz yeterliliği yüksek kişiler, öz yeterliliği düşük olanlardan daha fazla çaba harcarlar ve daha uzun süre dayanırlar. Aksilikler meydana geldiğinde, eskiler daha çabuk iyileşir ve hedeflerine bağlılığı sürdürürler. Öz yeterlilik aynı zamanda insanların zorlu ortamları seçmesine, çevrelerini keşfetmesine veya yeni durumlar yaratmasına olanak tanımaktadır. Yeterlilik duygusu, ustalık deneyimi, dolaylı deneyim, sözlü ikna veya fizyolojik geri bildirim yoluyla kazanılmaktadır (Bandura, 1977). Bununla birlikte, öz-yeterlik, deneyime dayandığından ve mantıksız risk almaya yol açmadığından, pozitif yanılsamalar veya gerçekçi olmayan iyimserlik ile aynı şey değildir. Bunun yerine, kişinin yeteneklerinin ulaşabileceği mesafede olan cesur davranışlara yol açmaktadır.

Durum-sonuç beklentileri, dünyanın kişinin kendi kişisel katılımı olmadan değiştiği inancını temsil etmektedir. Riskler algılanır ve kişiler kendilerini öngördükleri kritik olaylara karşı az ya da çok savunmasız hissedebilmektedir. Örneğin, insanlar bir hastalığı tahmin ettiklerinde, ortaya çıkma olasılığını

çarpıtılabilmektedir. Bu, savunmacı bir iyimserlik olarak görülmektedir. Savunma, sosyal karşılaştırma yanlılığı açısından yapılmaktadır; örneğin, "Hastalığa karşı diğerlerinden daha az savunmasızım." Öte yandan, eylem-sonuç beklentileri ile öz-yeterlik beklentileri, dünyayı değiştirme ve önleyici tedbirler olarak sağlık tehditleriyle araçsal olarak başa çıkma seçeneğini içermektedir. Bu eylem inançları ve kişisel kaynak inançları, işlevsel bir iyimserliği yansıtır. Sağlıkla ilgili hedefler hakkında yargıda bulunurken, insanlar genellikle kişisel failliği araçlarla birleştirmektedir. Algılanan öz-yeterlik, bireyler arzu edilen sonuçlar için gerekli tepkileri üretebileceklerine inandıklarından, dolaylı olarak bir dereceye kadar sonuç beklentilerini içermektedir (Bandura, 1977).

Bandura'ya göre; sağlığı geliştirici davranışları benimsemek ve sağlığı bozan davranışlardan kaçınmak zordur. Çoğu insan, değişim kararı vermekte ve daha sonra ayartmalarla karşılaştıklarında benimsenen değişiklikleri sürdürmekte zorlanmaktadır. İnsanların değerli bir sağlık davranışını benimseme (fiziksel egzersiz gibi) veya zararlı bir alışkanlığı değiştirme (sigarayı bırakmak gibi) olasılığı bu nedenle üç grup bilişle bağlıdır:

(1) Kişinin risk altında olduğu beklentisi ("Benim riskim")

(2) Davranış değişikliğinin tehdidi azaltacağı beklentisi ("Sigarayı bırakırsam, riskimi azaltacağım") ve

(3) Kişinin yeterince yetenekli olduğu beklentisi olumlu bir davranış benimsemek veya riskli bir alışkanlıktan kaçınmak ("Sigarayı kalıcı olarak bırakabiliyorum") (Bandura, 1992).

Sağlık davranışlarını başlatmak ve sürdürmek için bir eylem-sonuç olasılığını algılamak yeterli değildir. Ayrıca kişi, gerekli davranışı gerçekleştirme kabiliyetine sahip olduğuna da inanmalıdır. Geniş bir araştırma grubu, sağlık alanındaki davranış

değişikliğinin bir yordayıcısı olarak iyimser öz inançların rolünü incelemiştir (Bandura, 1992; Maddux, 1993; O'Leary, 1992; Schwarzer, 1992). Davranış değişikliği hedefleri, etkilerini iyimser öz inançlar aracılığıyla göstermektedir.

Hem sonuç beklentileri hem de etkinlik inançları, sağlık davranışlarını benimsemeye, zararlı alışkanlıkları ortadan kaldırmada ve değişimi sürdürmede etkili roller oynamaktadır. İstenen bir davranışı benimsemeye bireyler önce bir niyet oluştururlar ve ardından eylemi gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar. Sonuç beklentileri, niyetlerin oluşumunda önemli belirleyicilerdir, ancak eylem kontrolünde daha az belirleyicidir. Öte yandan öz-yeterlik, sağlık davranışının öz-düzenlemesinin her iki aşamasında da çok önemli görünmektedir. Olumlu sonuç beklentileri, kişinin davranışını değiştirme kararını teşvik etmektedir. Bundan sonra, davranışın gerçek performansı ve sürdürülmesi gibi yeni bir sorun ortaya çıktığı için sonuç beklentilerinden vazgeçilme olasılığı yüksektir. Bu aşamada, algılanan öz-yeterlik, kontrol edici bir etki olarak işlemeye devam etmektedir (Maddux, 1993; O'Leary, 1992).

Algılanan öz-yeterlik, kişinin riskli sağlık davranışlarını kişisel eylemlerle, örneğin kişinin yeteneklerini kullanarak günaha karşı direnerek değiştirebileceği inancını temsil etmektedir. Davranış değişikliği, kişinin stres ve can sıkıntısı ile başa çıkma ve durumsal talepleri karşılamak için gereken kaynakları ve hareket tarzlarını harekete geçirme konusundaki algılanan yeteneğine bağlı olarak görülmektedir. Yeterlik inançları, riskli davranışı değiştirme niyetini, bu amaca ulaşmak için harcanan çaba miktarını ve motivasyonu zayıflatabilecek engellere ve aksiliklere rağmen çabalamaya devam etme ısrarını etkilemektedir. Algılanan öz-yeterlik, bağımlılık ve nüksetme modellerinde yaygın olarak uygulanan teorik bir yapı hâline gelmiştir (Donovan ve Marlatt, 1988). Bu görüş, yüksek riskli durumlarla başa çıkmadaki

başarının, kısmen insanların kendi eylemlerinin aktif ajanları olarak hareket ettiklerine ve bir kayma olması durumunda kontrolü yeniden sağlamak için gerekli becerilere sahip olduklarına dair inançlarına bağlı olduğunu ileri sürmektedir.

Yıllar geçtikçe, öz-yeterlik kavramı sağlık psikologları için o kadar çekici hâle gelmiştir ki, bu kavram çoğu sağlık davranışı teorisinin bir parçası olarak benimsenmiştir. Becker ve Rosenstock (1987), esas olarak eylemin önündeki “engelleri” yeniden yorumlayarak, Sağlık İnanç Modellerine dâhil etmişlerdir.

Sağlık İnanç Modeli'nde varsayıldığı gibi, bir hastalığın algılanan şiddeti, algılanan savunmasızlık ve sonuçta ortaya çıkan tehdit arasındaki etkileşim hâlâ belirlenmemiştir. Korku çağrılarının değeri sınırlıdır; mesajın, bireylerin sağlık tehditlerini kontrol etmek için baş etme kaynaklarını kullanmalarına ve becerilerini kullanmalarına izin verecek şekilde çerçevelenmesi gerekmektedir. İkna edici iletişimde, etkili önlem stratejilerini yönetmek için kişisel başa çıkma yeteneklerinin kendi algılarına odaklanılmalıdır (Bandura, 1991). Bu, tehdidin, öz yeterliliği daha da teşvik eden sonuç beklentilerini canlandırmaya yardımcı olan uzak bir öncül olarak belirtildiği bir nedensel düzen önermektedir. İnsanlar olası eylemlerin faydalarını düşünmeye başlamadan ve bunları fiilen gerçekleştirmek için yeterliliklerini gözden geçirmeden önce asgari düzeyde bir tehdit veya endişe mevcut olmalıdır. Beklentiler zaten iyi kurulmuşsa, tehditten niyete giden doğrudan yol ihmal edilebilir hâle gelebilmektedir.

2.4.2 Medyada Sağlık İletişiminde Kullanılan Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli ilk olarak 1950'lerde ABD Halk Sağlığı Hizmetindeki sosyal psikologlar tarafından, insanların hastalıkları önleme ve teşhis etme programlarına katılma konusundaki yaygın başarısızlığını açıklamak için geliştirilmiştir (Hochbaum, 1958). Daha sonra model, insanların semptomlara

tepkilerini (Kirscht, 1974) ve teşhis edilmiş bir hastalığa, özellikle tıbbi rejimlere bağlılıklarına tepki olarak davranışlarını incelemek için genişletilmiştir (Becker, 1974).

Sağlık davranışına ilişkin en yaygın olarak uygulanan teorilerden biri olarak (Glanz ve Bishop, 2010), Sağlık İnanç Modeli altı yapının sağlık davranışını öngördüğünü varsaymaktadır: (1) risk duyarlılığı, (2) risk şiddeti, (3) eyleme geçmenin faydaları, (4) eylemin önündeki engeller, (5) kendi kendine etkinlik ve (6) harekete geçme ipuçları ([36] Becker, 1974; Champion ve Skinner, 2008; Rosenstock, 1974).

Sağlık İnanç Modeli yapılarının tanımları aşağıdaki gibidir (Viswanat, 2008);

- (1) Risk Duyarlılığı: Algılanan duyarlılık, bir hastalığa veya duruma yakalanma olasılığı hakkındaki inançları ifade etmektedir. Örneğin, bir kadın mamografi yaptırmakla ilgilenmeden önce meme kanseri olma olasılığı olduğuna inanmalıdır (Viswanat, 2008).
- (2) Risk Şiddeti: Bir hastalığa yakalanmanın veya tedavi edilmeden bırakmanın ciddiyeti hakkındaki hisler hem tıbbi hem de klinik sonuçların (örneğin ölüm, sakatlık ve ağrı) ve olası sosyal sonuçların (koşulların iş, aile hayatı, sosyal ilişkiler ve yaşam üzerindeki etkileri gibi) değerlendirmelerini içermektedir (Viswanat, 2008).
- (3) Eyleme geçmenin faydaları: Bir kişi ciddi bir sağlık durumuna (algılanan tehdit) kişisel yatkınlık algılasa bile, bu algının davranış değişikliğine yol açıp açmadığı, kişinin hastalık tehdidini azaltmak için mevcut çeşitli eylemlerin algılanan faydalarına ilişkin inançlarından etkilenecektir. Sigarayı bırakmakla ilgili mali tasarruflar veya bir aile üyesini mamografi yaptırmakla ilgili memnun etmek gibi sağlıkla ilgili olmayan diğer algılar da

davranışsal kararları etkileyebilmektedir. Bu nedenle, duyarlılık ve ciddiyet konusunda optimal inançlar sergileyen bireylerin, eylemi tehdidi azaltarak potansiyel olarak faydalı olarak algılamadıkları sürece, önerilen herhangi bir sağlık eylemini kabul etmeleri beklenmemektedir (Viswanat, 2008).

(4) Eylemin önündeki engeller: Belirli bir sağlık eyleminin potansiyel olumsuz yönleri – algılanan engeller – önerilen davranışların gerçekleştirilmesine engel teşkil edebilmektedir. Bireylerin eylemin beklenen faydalarını algılanan engellerle tarttığı bir tür bilinçsiz, maliyet-fayda analizi ortaya çıkmaktadır: "Bana yardımcı olabilir, ancak pahalı olabilir, olumsuz yan etkileri olabilir, hoş olmayan, uygunsuz veya zaman alıcı olabilir." Böylece, "birlikte duyarlılık ve ciddiyet seviyeleri, harekete geçmek için enerji veya kuvvet sağlar ve faydaların algılanması (eksi engeller) tercih edilen bir eylem yolu sağlar" (Rosenstock, 1974).

(5) Kendi kendine etkinlik: Öz-yeterlik, "sonuçları üretmek için gereken davranışları başarılı bir şekilde uygulayabileceğine dair inanç" olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1997).

(6) Harekete geçme ipuçları: Modelin çeşitli erken formülasyonları, eylemleri tetikleyebilecek ipuçları kavramını içermektedir. Örneğin, Hochbaum (1958), harekete geçmeye hazır olmanın (algılanan duyarlılık ve algılanan faydalar) yalnızca diğer faktörler, özellikle de bedensel olaylar gibi eylemi teşvik eden ipuçları veya medya gibi çevresel olaylar tarafından güçlendirilebileceğini düşünmüştür.

Başlangıçta Amerika Birleşik Devletleri'nde koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesini modellemek için formüle edilen bu model, çeşitli kültürel ve güncel bağlamlara uyacak şekilde başarıyla uyarlanmıştır (Griffin, 2012; Scarinci vd., 2012).

Slater ve Gleason'a (2012) göre diğer alanlarda yaygın olarak kullanılan model, iletişim araştırmaları için ideal görünmektedir. 1974 ve 1984 yılları arasında yürütölen Sağlık İnanç Modeli çalışmalarının eleştirel bir incelemesi, model performansının genel bir değerlendirmesine izin vermek için yeni sonuçları önceki bulgularla birleştirmiştir (Janz ve Becker, 1984). Janz ve Becker'ın çalışmasının özet sonuçları model için önemli ampirik destek sağlamıştır. Algılanan engeller, tüm çalışmalarda ve davranışlarda en güçlü tek belirleyici olarak ortaya çıkmıştır. Algılanan duyarlılık ve algılanan faydalar genel olarak önemli olsa da algılanan duyarlılık, koruyucu sağlık davranışının hastalık rolü davranışından daha güçlü bir yordayıcısı olarak ortaya koyulmuştur. Algılanan faydalar için bunun tersi doğruyken genel olarak, algılanan ciddiyet en az güçlü yordayıcı olarak tanımlanmıştır. Diğer taraftan bu boyut, hasta rolü davranışıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir sonucu çıkmıştır (Janz ve Becker, 1984). 1984'ten beri HBM çalışmalarının güncellenmiş bir kanıt incelemesi olmadığı için, bu mevcut en güncel sentezdir (Vishwanat, 2008).

Bireysel analiz düzeyinde, medya çalışmaları, toplumun medyaya maruz kalmasından kaynaklanan motivasyonlar, bilişler, katılım, tutumlar ve davranışlar üzerindeki etkileri vurgulamaktadır (Vishwanat, 2008). Bryant ve Mirron'a göre (2004) medyaya maruz kalmanın bireysel düzeydeki etkilerini anlamak için araştırmalar, Sağlık İnanç Modeli gibi sıklıkla kullanılan sağlık davranışı teorilerinden yararlanmıştır. Bu model ağırlıklı olarak topluluk gündemlerinin ve sosyal sistem analiz düzeylerinin ortaya koyulabilmesi için kullanılmıştır (Bryant ve Miron, 2004). Bu modelin halk sağlığı ile doğrudan bağlantısı vardır; rehberli toplumsal değişim, toplumsal hareketler ve toplum temelli sağlık müdahaleleri, iletişim stratejilerini test etmek için önemli olanaklar sunmaktadır (Vishwanat, 2008). Bu nedenle, bu tezin dayandığı araştırma modeli sečilirken bu bilgi esas alınmıştır.

Bölüm 3

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Tezin bu bölümünde, "çalışmanın amaçlarına nasıl ulaşacağını" göstermek için araştırma yönteminin yapısı ortaya konulmaktadır. Bu bölümde araştırma modeli, evren ve örneklem, araştırma grubu, verilerin nasıl toplandığı, analiz edildiği ve son olarak da ölçeklere uygulanan güvenilirlik ve geçerlilik testlerinin detaylarına yer verilmiştir.

3.1 Araştırmanın Yöntem ve Modeli

Bu araştırmada benimsenen yöntem nicel araştırma yöntemi olup betimsel tarama modeli uygulanmıştır. Nicel araştırma yöntemi sistematik, düzenli ve sayısal bir veri analizi yapılmasına olanak sunmaktadır (Williams, 2011). Yapılan araştırmalar nicel araştırma yönteminin güvenilir ve verimli bir yol olduğunu ortaya koymanın yanı sıra elde edilen sonuçlar gelecek araştırmalar için öneri sunmaya olanak sağlamakta ve mevcut araştırmanın geliştirilebileceği yeni araştırmalara da ışık tutmaktadır (Cook ve Cook, 2008). Nicel araştırmalar araştırmacıya sonuçların veya bulguların istatistiksel nicelleştirilmesine olanak sunarken aynı zamanda tanımlayıcı ve düzenlenmiş sonuçlarla araştırmaya yol gösterebilmektedir (Daley, Martin, ve Roessger, 2018).

Nicel araştırma yönteminin seçilmesinin bir diğer nedeni de; geniş bir evrende ve çok sayıda örneklemin yer aldığı bir evrende araştırma yapmaya olanak tanınmasıdır. Özellikle stratejik sınırlılıklar içerisinde genel nüfusu temsil düzeyinde yürütülen araştırmalarda tercih edilen bir yöntem olması da bu araştırmada yöntem olarak

seçilme nedenidir, zira nicel araştırma, araştırmacının makul sayıda insanı temsil edemeyecek birkaç kişiden ziyade daha fazla sayıda insana bakmasını sağlamaktadır (Kozlowski vd., 2013).

Araştırmada nicel yöntem kullanılarak araştırmaya katılan örneklemin sağlık okuryazarlığı düzeyi, bilgi kaynaklarına güven düzeyi ve pandemiden korunmaya yönelik gösterdiği tutum ve davranışları ölçümlenmeye çalışılmıştır.

3.2 Araştırma Grubu

İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS), bir coğrafi kodlama sistemidir ve Avrupa'da 1970'lerde başlamıştır. Sistemin amacı, istatistikleri bölgesel tabanlı olacak şekilde toplamak, sosyo-ekonomik analizlere imkân sunmak ve bölgesel politikaların çerçevesini topluma yönelik oluşturmaktır. İBBS'nin Türkiye'de de örnek bölge birimi uygulaması olarak kabul edilmesinin ana gerekçesi AB genelinde tek bir veri tabanı oluşturmak, bölgesel istatistikleri standartlaştırmak ve bunu yaparken de karşılaştırılabilir bir tablo ortaya çıkarmak için bölgelerin sahip oldukları benzer niteliklere göre oluşturmaktır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun desteği ile Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 2002 yılında yayınlanmıştır (DPT, 2002, <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/biid/ibbs.html>).

İBB sınıflandırmasında iller "Düzyey 3" olarak tanımlanmış; ekonomik, sosyal ve coğrafi yönden benzerlik gösteren komşu iller ise bölgesel kalkınma planları ve nüfus büyüklükleri dikkate alınarak "Düzyey 1" ve "Düzyey 2" olarak gruplandırılmıştır.

Yapılan bu çalışma, Türkiye'de yaşayan erişkin grubu kapsayan İBBS-Düzyey 1 (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması – Düzyey 1) düzeyinde 12 ilde (Adana, Ankara, Bursa, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Malatya, Samsun, Balıkesir ve Trabzon) ikamet eden, A, B, C1, C2, D ve E sosyo-ekonomik statü grubu

mensubu, son 1 sene içerisinde sağlık hizmeti almış, 18 yaş ve üzeri 784 yetişkin birey ile yrtlmştir.

A, B, AB, C1, C2, D ve E sosyo-ekonomik statü grubu mensubu bireylerin özellikleri aşağıdaki gibidir (TK, 2012);

A SES GRUBU

% Hemen hepsi niversite mezunu, %30 dolayında lisansüstü

Yarıya yakın kısmı ücretli çalışan nitelikli uzman (avukat, doktor, mühendis vb.)

%10'a yakın 20'den fazla çalışanı olan beyaz yakalı

¼' irili ufaklı işyeri sahibi (bunların yarıya yakınının yanında çalışanı yok)

Eşi olanların AGG'lerin %40'a yakınının eşi alışıyor

Hanelerin %20'si para biriktiriyor

%30'u tatilini tatil köyü/otele giderek değerlendiriyor

Hanelerin yarısına yakınında kitaplık/kütüphane var.

B SES GRUBU

Üniversite /lisansüstü oranı %60'larda

%35 civarında 2 yıllık meslek yüksekokulu veya lise mezunu

%60'ı memur, teknik personel, uzman (yönetici olmayan)

%15'i irili ufaklı işyeri sahibi (bunların çoğunun yanında 1-5 arası çalışanı var)

Eşi olanların AGG'lerin %30'unun eşi alışıyor

Hanelerin %13' para biriktiriyor

%20'si tatilini tatil köyü/otele giderek değerlendiriyor

Hanelerin %30'unda kitaplık/kütüphane var.

C1 SES GRUBU

%60'ı lise mezunu (bunun içinde %20 Meslek Lisesi); %10'u Yüksekokul ve üstü.

%40'ı esnaf, dükkân sahibi; %30'u nitelikli işçi (lise eğitimi)

%15'e yakını memur, teknik eleman.

%15'e yakını emekli

Eşi olanların AGG'lerin %13'ünün eşi çalışıyor.

Hanelerin %5'i para biriktiriyor

%20'si tatilini tatil köyü/otele giderek, %40'a yakını yakınlarını ziyaret ederek değerlendiriyor

Hanelerin %20'ye yakınında kitaplık/kütüphane var.

C2 SES GRUBU

%20'ye yakını lise mezunu

Ortaokul ve daha düşük eğitilmiş oranı %80

Çoğunlukla ilkokul mezunu, düzenli çalışan işçi (%60'lar dolayında)

%10 kadarı tek başına seyyar olarak çalışıyor

%20'si emekli, çalışmıyor

Eşi olanların AGG'lerin eşinin çalışma oranı %10'un altında

%70'i tatile çıkmıyor, çıkanlar yakınlarını ziyaret etmek için memlekete gidiyorlar (%25)

Hanelerin %10'unda kitaplık/kütüphane var.

D SES GRUBU

%70'in üzerinde ilkokul mezunu veya ilkokul terk, gerisi ortaokul.

%30 kadar emekli, çalışmıyor

%20'nin üzerinde işçi (çoğunlukla parça-başı çalışan),

%30'u küçük çaplı çiftçi

%10'a yakını ev kadını

%80'i tatile çıkmıyor, gerisi memlekete gidiyor.

E SES Grubu

%95'i ilkokul mezunu veya ilkokul terk

%30'a yakını işsiz (çoğu yardımla geçiniyor)

%40'ı emekli, çalışmıyor; yüzde 30'u emekli, işçi olarak çalışıyor

Geri kalan %20'nin üzerinde hanede AGG ev-kadını (düzenli geliri olmayan yardımla geçinen)

Örneklem büyüklüğü ölçek madde sayısının 10 katı alınması kuralına göre hesaplanmış (DeVellis, 2003) olup, çalışma $\pm 3,5$ hata payı ve %95 güven aralığı ile yürütülmüştür.

Araştırmanın örnekleminin Türkiye'nin nüfusunu kapsadığına dair açıklama aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Örneklem Hata Payına Göre Alınabilecek Örneklem Büyüklüğünü Gösteren Tablo (Erdoğan-Yazıcıoğlu, 2004):

| Evren Büyüklüğü | ± 0.03 örnekleme hatası (d) | | | ± 0.05 örnekleme hatası (d) | | | ± 0.10 örnekleme hatası (d) | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------|-----------------|----------------|
| | p=0.5 q=0.5 (heterojen) | p=0.8 q= 0.2 | p=0.3 q=0.7 | p=0.5 q=0.5 (heterojen) | p=0.8 q= 0.2 | p=0.3 q=0.7 | p=0.5 q=0.5 (heterojen) | p=0.8 q= 0.2 | p=0.3 q=0.7 |
| 100 | 92 | 87 | 90 | 80 | 71 | 77 | 49 | 38 | 45 |
| 500 | 341 | 289 | 321 | 217 | 165 | 196 | 81 | 55 | 70 |
| 750 | 441 | 358 | 409 | 254 | 185 | 226 | 85 | 57 | 73 |
| 1.000 | 516 | 406 | 473 | 278 | 198 | 244 | 88 | 58 | 75 |
| 2.500 | 748 | 537 | 660 | 333 | 224 | 286 | 93 | 60 | 78 |
| 5.000 | 880 | 601 | 760 | 357 | 234 | 303 | 94 | 61 | 79 |
| 10.000 | 964 | 639 | 823 | 370 | 240 | 313 | 95 | 61 | 80 |
| 25.000 | 1023 | 665 | 865 | 378 | 244 | 319 | 96 | 61 | 80 |
| 50.000 | 1045 | 674 | 881 | 381 | 245 | 321 | 96 | 61 | 81 |
| 100.000 | 1056 | 678 | 888 | 383 | 245 | 322 | 96 | 61 | 81 |
| 1.000.000 | 1066 | 682 | 896 | 384 | 246 | 323 | 96 | 61 | 81 |
| 100 milyon | 1067 | 683 | 896 | 384 | 245 | 323 | 96 | 61 | 81 |

p=gerçekleşme olasılığı

q=gerçekleşmeme olasılığı

Şekil 3.1: Örneklem Hata Payına Göre Alınabilecek Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın istatistiksel olarak geçerli olabilmesi için Şekil 3.1'de görüleceği üzere %95 güven aralığında 100 milyon evren büyüklüğü için minimum 384 gözleme ihtiyaç vardır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004). Bu çalışmanın evreni Türkiye'nin mevcut nüfusu olan 84.680.273 kişiyi kapsamaktadır (TÜİK, 2021). Erdoğan ve

Yazıcıoğlu'na göre araştırmanın 784 kişi ile yapılması örneklemin evreni temsil ettiğini göstermektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

3.3 Verilerin Toplanması ve İncelenmesi

Araştırmada basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılmış ve ankete katılacak kişileri belirleyebilmek adına örneklem; il, ilçe ve mahallelere nüfus bazında dağıtılmış olup akabinde rassal bir şekilde başlangıç noktası belirlenerek her n. hane kapsama alınarak anketler, yüz yüze görüşme (C.A.P.I. – Computer Assisted Personal Interview) tekniği ile yapılmıştır.

Çalışmaya gönüllü olarak katılan bireylerin çalışmaya dâhil olabilmeleri için gereken kriterler; araştırmaya katılmak için gönüllü olmak, 18 yaş ve üzeri bir yaşta olmak, okuryazar olmak, COVID-19 salgın dönemi boyunca Türkiye’de olmak, sağlık profesyoneli olmamaktır. Verilerin değerlendirilmesi sırasında, eksik veri ve diğer benzeri sorunlar nedeni ile çalışmayı olumsuz yönde etkileyebileceği öngörülen ve buna ek olarak kendi isteği doğrultusunda çalışmaya devam etmek istemeyen bireyler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma; İletişim Fakültesi Etik Alt Kurulu'nun 08.10.2021 tarihinde 2021/106 sayılı toplantısında incelenerek Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek 1).

3.3.1 Veri Toplama Araç ve Teknikler

Araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla veri toplama aracının belirlenmesi için bu doğrultuda kapsamlı bir literatür taraması ile küresel ölçekte sağlık okuryazarlığının ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçekler/anketler incelenmiş ve Türkiye'ye uygulanabilirliği açısından değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olan anket 4 bölümden oluşmuştur;

- (1) Birinci bölümde örnekleme oluşturan bireylerin demografik yapısını ortaya koyabilmek için, ikamet edilen il, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek bilgisi, medeni durum, aylık gelir durumu ve sağlıkla ilgili (sigara-nargile kullanımı, spor yapma sıklığı, kronik hastalık durumu ve bağışıklığı etikleyen ilaç kullanımı durumu) sorular yer almıştır.
- (2) İkinci bölümde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
- (3) Üçüncü bölümde ise Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır.
- (4) Anketin dördüncü ve son bölümünde ise COVID-19 döneminde sağlık haberlerine güven ve sağlıkla ilgili bilgiye erişimde sosyal medyanın yeri başlıklı anket soruları yer almıştır. Buna göre;

Türkiye'deki sağlık okuryazarlığının belirlenmesi amacıyla TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, kavramsal çerçeveye dayanan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış formudur. 2016 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı iş birliği ile hazırlanan bu ölçek, 15 yaş ve üzeri okuryazar bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından 2016 yılında yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için uygulanan TSOY-32'den elde edilen veriler aşağıda belirtilen dört kategoride değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Değerlendirme Kategorileri

| Puan Aralığı | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi |
|--------------|-----------------------------|
| 0-25 | Yetersiz |
| >25-33 | Sorunlu-Sınırlı |
| >33-42 | Yeterli |
| >42-50 | Mükemmel |

TSOY-32 ölçeğinde toplamda 32 ifade bulunmaktadır. Her ifadenin karşılık geldiği alt ölçekler Tablo 3.2’de gösterilmektedir.

Tablo 3.2: TSOY-32 Alt Ölçek Grupları

| Alt Ölçekler | Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma | Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama | Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme | Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| Tedavi ve hizmet Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi | 1,4,5,7 18,20,22,27 | 2,8,11,13 19,21,22,27 | 3,9,12,15 24,26,28,32 | 6,10,14,16 17,29,30,31 |

Aşağıda Tablo 3.3, Tablo 3.4, Tablo 3.5 ve Tablo 3.6’da her alt ölçeğe ait ifadeler gösterilmektedir.

Tablo 3.3: Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma

| Alt Ölçekler | Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma |
|---|---|
| Tedavi ve hizmet | 1. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak 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 7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak 18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak 20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak |
| Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi | 22. Sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak 27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak |

Tablo 3.4: Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama

| | |
|---|---|
| Alt Ölçekler | Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama |
| | 2. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak |
| Tedavi ve hizmet | 8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak |
| | 11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak |
| | 13. Tahlil/tetik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak |
| | 19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak |
| Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi | 21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak |
| | 22. Sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak |
| | 27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak |

Tablo 3.5: Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme

| | |
|---|--|
| Alt Ölçekler | Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme |
| | 3. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek |
| Tedavi ve hizmet | 9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek |
| | 12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek |
| | 15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek |
| | 24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek |
| Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi | 26. Yaşadığınız çevrenin sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek |
| | 28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek |
| | 32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak |

Tablo 3.6: Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama

| | |
|---|--|
| Alt Ölçekler | Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulanma |
| Tedavi ve hizmet | 6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak 10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak 14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak 16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırarak 17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak 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 |
| Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi | |

Araştırmada sağlık inanç modeline göre COVID-19'a yönelik inançlar ve medyada yer alan bilgilerin COVID-19'dan korunmaya yönelik toplumda yarattığı davranışsal değişikliğe etkileri incelenmiştir. Araştırmada kullanılan sağlık inanç modeli ölçeği;

(1) Sağlık hurafeleri ve genel inanışlar

(2) Kadercilik soruları,

(3) Klinik semptom tanıma soruları ve

(4) COVID-19'dan koruyucu tutum ve davranışlarla ilgili sorularını içeren 4 bölümden oluşmuştur. Anketteki 4 bölümde; algılanan duyarlılık, algılanan şiddet, algılanan faydalar, algılanan engeller, öz yeterlilik duygusu ve eylem ipuçları hakkında sorular dâhil olmak üzere sağlık inanç modeli yapıları hakkında sorular yer almıştır (Noghabi vd., 2021). Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Türkçe formunun COVID-19 salgınında önleyici davranışlar ve ilişkili faktörlerde kullanımının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeği kullanım izni 2021 yılında COVID-19 salgını

döneminde sağlık inanç modeline araştırmasında yer veren Nooshin Yoshany'den e-posta yoluyla alınmıştır. İlgili çalışma İran'da yürütüldüğü için kullanılan sağlık inanç modeli ölçeği Türkçe değildir. Bu nedenle bu çalışmada anketin Türkçe formunun kullanımını öncesinde pilot çalışma yürütülmüş olup, yürütülen pilot çalışmaya ilişkin veriler aşağıda yer almaktadır. Bu ölçeğin seçilmesinin nedenlerinin başında İran'daki toplumun pandemi döneminde hastalığın seyrinin Türkiye ile paralellik göstermesi ve kültürel olarak Türk toplumu ile benzer desene sahip olması söylenebilir. Sağlık inanç modeli ölçeğinde toplamda 72 ifade bulunmaktadır. Her ifadenin karşılık geldiği alt ölçekler aşağıda Tablo 3.7'de gösterilmektedir.

Tablo 3.7: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

| Alt Ölçekler | İfadeler |
|---------------------------|----------|
| Yetkinlik İşlev | 1-14 |
| Yapı Algılanan Duyarlılık | 15-25 |
| Algılanan Önem | 26-42 |
| Algılanan Fayda | 43-54 |
| Algılanan Engeller | 55-64 |
| Uygulama Kılavuzu | 65-72 |

3.3.2 Veri Toplama Süreci

Araştırmaya ait saha çalışması İletişim Fakültesi Etik Alt Kurulu'nun 08.10.2021 tarihinde 2021/106 sayılı toplantısında alınan Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onay kararı sonrasında başlatılmıştır. Araştırma 11 Ekim 2021 – 15 Kasım 2021 tarihleri arasında, 12 ilde (Adana, Ankara, Bursa, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Malatya, Samsun, Balıkesir ve Trabzon) ikamet eden bireyler ile yürütülmüştür. Veri toplama sürecinde kullanılan anket formları Ek3'te sunulmuştur.

3.4 Verilerin Analizi

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formundan elde edilen bilgiler elektronik ortama aktarılarak Statistical Package for Social Science (SPSS) 24.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin tablolarda sunulması için SPSS kullanılmıştır. Genel fikir, bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi tespit etmektir (Freund, Wilson ve Sa, 2006). Ayrıca, araştırmanın hipotez testleri için;

- (1) H1 ve H2 hipotezlerini test etmek için Kruskal Wallis Testi uygulanmış olup,
- (2) H3 ve H4 hipotezleri için değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik Pearson korelasyon testi uygulanmıştır.
- (3) H5 hipotezini test etmek için ise, çoklu regresyon modeli kullanılmıştır.
- (4) Sağlık davranışları ve sağlık haberlerinin doğru anlaşılması değişkenlerinin normalliklerini incelemek için Shapiro-Wilk Testi yapılmıştır.

3.5 Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Bir ölçeğin herhangi bir istatistiksel analiz sonucunun geçerli olabilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmalıdır. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olabilmesi için Cronbach's Alpha katsayısı adı verilen bir katsayı hesaplanmaktadır.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Türkçe formunun COVID-19 salgınında önleyici davranışlar ve ilişkili faktörlerde kullanımına ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Alt ölçekler bazında Cronbach's Alpha değerleri ve ölçeklerin güvenilirlikleri aşağıda incelenmiştir.

Pilot çalışma, İstanbul'da 18 yaş ve üzeri farklı sosyo-ekonomik statüleri sahip rastgele seçilen 30 kişi ile yüz yüze görüşme tekniği (C.A.P.I) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda ölçek için Güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach Alfa değerleri elde edilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini etkileyen bazı öğeler (sorular) ise ölçekten çıkartılmıştır.

Ankette yer alan bilgi kaynaklarına güven anketinde yer alan soruların doğru anlaşılıp anlaşılmadığına dair çalışmada kullanılan ifadelerin (iş yeri, doktor, sağlık bakanlığı vb. bunların hepsi bir ifadedir.) soruyu doğru ölçümleyip ölçümlemediğini görmek için faktör analizi uygulanmıştır.

3.5.1 Yetkinlik İşlev Alt Ölçeği

14 ifadeden oluşan Yetkinlik İşlev alt ölçeğinin güvenilirlik değeri: 0,871 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.8: Yetkinlik İşlev Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach Alfa | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öge sayısı |
|---------------|--|------------|
| 0,871 | 0,878 | 14 |

Ölçeğe ait 14 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach's Alpha değeri 0,871'den daha büyük bir değere ulaşmamaktadır. Ancak, "Korona pandemisi sırasında, eğer koronaya yakalanırsam kendimi suçlamalıyım." ifadesi çıkartıldığında Cronbach Alfa değeri 0,877 olmaktadır.

Tablo 3.9: Yetkinlik İşlev Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Yetkinlik İşleve ait İfadeler | Öge çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|--|----------------------------------|
| Korona pandemisi sırasında hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi davranışlarım belirler. | ,864 |
| Korona pandemisi sırasında, eğer hastalanmam kederde varsa ne yaparsam yapayım hasta olurum. | ,864 |
| Korona pandemisi sırasında, benim için koronadan korunmanın en iyi yolu bir doktorla düzenli irtibatta olmak, hastane ve sağlık merkezlerine başvurmaktır. | ,863 |
| Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen şeylerin çoğu tesadüfen başıma geliyor. | ,859 |
| Korona pandemisi sırasında, iyi hissetmediğimde bir uzmana başvurmalıyım. | ,863 |
| Korona pandemisi sırasında, sağlığım kendi kontrolüm altındadır. | ,858 |

| Yetkinlik İşleve ait İfadeler | Öğe çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|--|----------------------------------|
| Korona pandemisi sırasında, ailem hasta olmam veya sağlıklı kalmam konusunda önemli bir rol oynuyor. | ,860 |
| Korona pandemisi sırasında, eğer koronaya yakalanırsam kendimi suçlamalıyım. | ,877 |
| Korona pandemisi sırasında, hastalığa yakalanırsam ne zaman iyileşeceğim konusunda şans ve kader önemli bir rol oynar. | ,861 |
| Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen en önemli etken bireysel önlemlerimdir. | ,860 |
| Korona pandemisi sırasında, kendime iyi bakıp dikkat edersem hastalanmayı önleyebilirim. | ,862 |
| Koronaya yakalanmadıysam veya yakalanıp iyileştiysem, bunun nedeni genellikle diğer insanların bana iyi bakmalarıdır. | ,859 |
| Korona pandemisi sırasında, ne yaparsam yapayım hastalanabilirim. | ,866 |
| Korona pandemisi sırasında, hastalığı önlemek için önerilen önlemlere uyarsam sağlıklı kalabilirim. | ,863 |

Tablo 3.9’da yer alan ifadelerden herhangi birinin çıkartılmasıyla Cronbach Alfa değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 14 ifade ile devam edilmiştir.

3.5.2 Yapı Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeği

11 ifadeden oluşan Yapı Algılanan Duyarlılık alt ölçeğinin güvenilirlik değeri 0,911 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.10: Yapı Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach Alfa | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öğe sayısı |
|---------------|--|------------|
| 0,910 | 0,911 | 11 |

Ölçeğe ait 11 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach’s Alpha değeri 0,91’den daha büyük bir değere ulaşamamaktadır. Ancak, “Diğer

insanlarla 2 metre sosyal mesafeyi koruyorum” ve “Evden dışarı çıktığımda eldiven kullanıyorum” İfadesi çıkartıldığında Cronbach’s Alpha değeri 0,912 olmaktadır.

Tablo 3.11: Yapı Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Yapı Algılanan Duyarlılığa ait İfadeler | Öge çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|---|----------------------------------|
| Diğer insanlarla 2 metre sosyal mesafeyi koruyorum | ,911 |
| Her an koronaya yakalanabilirim | ,898 |
| Yüzüme dokunmadan önce ellerimi iyice yıkarım | ,901 |
| Koronaya yakalanmaktan korkuyorum | ,902 |
| Benim yaşadığım bölgede korona çok yaygındır | ,901 |
| Evdeki bütün yüzeyleri sürekli dezenfekte ediyorum | ,904 |
| Meyve ve sebzeleri iyice dezenfekte ediyorum | ,898 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yemekleri iyi pişiriyorum | ,895 |
| Ekmeği yemeden önce iyice ısıtıyorum | ,897 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum | ,896 |
| Evden dışarı çıktığımda eldiven kullanıyorum | ,912 |

İfade çıkartılmasıyla Cronbach’s Alpha değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 11 ifade ile devam edilmiştir. Bu alt ölçek bireylerin sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu için çalışmanın devamında yapı algılanan duyarlılık yerine sağlık davranışları olarak isimlendirilmiştir.

3.5.3 Algılanan Önem Alt Ölçeği

12 ifadeden oluşan Algılanan Önem alt ölçeğinin güvenilirlik değeri: 0,91 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.12: Algılanan Önem Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach Alfa | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öge sayısı |
|---------------|--|------------|
| 0,942 | 0,943 | 12 |

Ölçeğe ait 12 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach Alfa değeri 0,91'den daha büyük bir değere ulaşmamaktadır.

Tablo 3.13: Algılanan Önem Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Algılanan Öneme ait İfadeler | Öğe çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|--|----------------------------------|
| Koronaya yakalanırsam hastanede yatmak zorunda kalırım | ,937 |
| Koronaya yakalanırsam ölürüm | ,938 |
| Koronaya yakalanırsam ciğerlerimde kalıcı hasar oluşur | ,934 |
| Bence korona sağlık için ciddi bir tehdittir | ,937 |
| Koronaya yakalanan ölüme mahkûmdur, koronanın herhangi bir tedavisi yoktur | ,940 |
| Koronaya yakalanan ölüme mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir aşısı yoktur | ,940 |
| Korona ekonomik iflasıma sebep olabilir | ,936 |
| Korona, ailemdeki yaşlıları ve kronik hastalığı olanları öldürür | ,936 |
| Ölümcül bir hastalık olduğu için ellerimi sık sık sabun ve su ile yıkıyorum | ,938 |
| Yaşlılar için ölümcül olduğu için yaşlı tanıdıklarımın evlerine gitmiyorum | ,937 |
| Korona akciğer yetmezliğine neden olur | ,936 |
| Koronaya yakalanırsam rahat nefes alamam | ,936 |

İfade çıkartılmasıyla Cronbach's Alpha değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 12 ifade ile devam edilmiştir.

3.5.4 Algılanan Fayda Alt Ölçeği

5 ifadeden oluşan Algılanan Fayda alt ölçeğinin güvenilirlik değeri: 0,935 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.14: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach Alfa | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öğe sayısı |
|---------------|--|------------|
| 0,935 | ,936 | 5 |

Ölçeğe ait 5 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach Alfa değeri 0,935'ten daha büyük bir değere ulaşamamaktadır.

Tablo 3.15: Algılanan İşlev Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Algılanan Faydaya ait İfadeler | Öğe çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|---|----------------------------------|
| Korona grip gibi az tehlikeli bir hastalıktır | ,911 |
| Koronaya yakalanırsam, sadece birkaç gün öksüreceğim | ,919 |
| Koronaya yakalanırsam, sadece bir gün hafif ateşim çıkacak | ,913 |
| Korona çok ciddi ve tehlikeli bir hastalık değildir | ,912 |
| Korona çok tehlikeli bir hastalık olmadığı için maske kullanmıyorum | ,944 |

Ancak, “Korona çok tehlikeli bir hastalık olmadığı için maske kullanmıyorum” ifadesi çıkartıldığında Cronbach Alfa değeri 0,944 olmaktadır. İfade çıkartılmasıyla Cronbach Alfa değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 5 ifade ile devam edilmiştir.

3.5.5 Algılanan Engel Alt Ölçeği

10 ifadeden oluşan Algılanan Engel alt ölçeğinin güvenilirlik değeri: 0,913 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.16: Algılanan Engel Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach's Alpha | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öğe sayısı |
|------------------|--|------------|
| 0,913 | ,914 | 10 |

Ölçeğe ait 10 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach Alfa değeri 0,913'ten daha büyük bir değere ulaşamamaktadır.

Tablo 3.17: Algılanan Engel Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Algılanan Engele ait İfadeler | Öğe çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|--|----------------------------------|
| Maske taktığımda boğulduğumu hissediyorum. | ,906 |
| Eldiven giydiğimde ellerim terliyor. | ,902 |
| Aşırı el yıkama, cildimin kurumasına ve yara olmasına neden oluyor. | ,903 |
| Alkol gibi dezenfektanlar çok pahalı ve zor bulunuyor. | ,907 |
| Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek onların bozulmasına sebep olur. | ,900 |
| Ekmeği ısıtmanın korona virüsünü yok etmede etkisi yoktur. | ,901 |
| İnsanlara mesafeli durmak ve onlarla tokalaşmamak, onların bana darılmasına ve benim için kötü düşünmesine neden olur. | ,906 |
| Çok korkup endişelendiğim için ateş ve öksürüğüm varsa hemen hastaneye gidiyorum. | ,915 |
| Dezenfektanlarla cep telefonunu temizlemek telefona zarar verir. | ,899 |
| Yemekleri iyi pişirmenin korona virüse hiçbir etkisi yoktur. | ,900 |

Ancak, “Çok korkup endişelendiğim için ateş ve öksürüğüm varsa hemen hastaneye gidiyorum.” ifadesi çıkartıldığında Cronbach Alfa değeri 0,915 olmaktadır. İfade çıkartılmasıyla Cronbach Alfa değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 10 ifade ile devam edilmiştir.

3.5.6 Algılanan Fayda Alt Ölçeği

12 ifadeden oluşan Algılanan Fayda alt ölçeğinin güvenilirlik değeri: 0,927 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.18: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach Alfa | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öğe sayısı |
|---------------|--|------------|
| 0,927 | ,926 | 12 |

Ölçeğe ait 12 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach Alpha değeri 0,927’den daha büyük bir değere ulaşamamaktadır.

Tablo 3.19: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Algılanan Faydaya ait İfadeler | Öge çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|--|----------------------------------|
| Kalabalık yerlerde maske takmak beni koronaya karşı korur | ,927 |
| Eldiven takmak beni koronaya karşı korur | ,918 |
| Ellerimi su ve sabunla yıkamak beni koronaya karşı korur | ,922 |
| Evdeki yüzeyleri dezenfektanlarla dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur | ,919 |
| Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur | ,918 |
| Ekmeği kullanmadan önce ısıtmak korona virüsünü öldürür | ,921 |
| Diğer insanlarla iki metre mesafeyi korumak beni koronadan koruyor | ,924 |
| Dışarıdan giyilen giysileri yaşam alanı dışında tutmak koronadan koruyor | ,917 |
| 14 gün boyunca izole olmak, başkalarının enfekte olmasını önler | ,927 |
| Evde kalmak koronanın daha çabuk son bulmasını sağlar | ,923 |
| Telefon ekranını dezenfekte etmek koronaya yakalanmayı önler | ,918 |
| Yemeği iyi pişirmek korona virüsü öldürür | ,920 |

İfade çıkartılmasıyla Cronbach Alfa değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 12 ifade ile devam edilmiştir.

3.5.7 Algılanan Uygulama Alt Ölçeği

8 ifadeden oluşan Algılanan Uygulamaya alt ölçeğinin güvenilirlik değeri: 0,856 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3.20: Algılanan Uygulama Alt Ölçeğine Ait Güvenilirlik Katsayısı

| Cronbach Alfa | Standartlaştırılmış Ögelere Dayalı Cronbach Alfa | Öge sayısı |
|---------------|--|------------|
| 0,856 | ,863 | 8 |

Ölçeğe ait 8 ifadenin herhangi birinin çıkartılması durumunda Cronbach's Alpha değeri 0,856'dan daha büyük bir değere ulaşmamaktadır. Bu sebeple çalışmaya 8 ifade ile devam edilmektedir.

Tablo 3.21: Algılanan Uygulama Alt Ölçeğine Ait İfadelerin Güvenilirlik Katsayısına Etkisi

| Algılanan Uygulamaya ait İfadeler | Öge çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|--|----------------------------------|
| Çeşitli televizyon kanallarında korona ile ilgili programları takip ettim. | ,832 |
| Şehirdeki eğitim panolarında korona ile ilgili bilgilendirmeler gördüm. | ,842 |
| Sosyal medyada koronayı önleme hakkında yazılar okudum. | ,831 |
| Radyoda koronayı önleme hakkında bilgiler dinledim. | ,841 |
| Koronadan korunma ile ilgili makaleler okudum. | ,829 |
| Yakınımdaki insanlarda öksürük ve ateş gördüğümde onlarla görüşmem. | ,842 |
| Öksürük, ateş gibi belirtiler başladığında hemen 4030 veya 115'i arayıp bilgi alırım | ,850 |
| Öksürük, ateş gibi semptomlarım varsa, çevremdekilere bulaştırmamak için maske takarım | ,840 |

İfade çıkartılmasıyla Cronbach Alfa değerinde büyük bir artış olmadığı için çalışmaya 8 ifade ile devam edilmiştir. Bir ölçeğin bilimsel çalışmaya dâhil edilmeden önce geçerlilik ve güvenilirliklerinin yapılması gereklidir. Geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmamış ölçekler ile yapılan istatistiksel testlerin sonuçları hatalıdır. Bu çalışmada yer alan sağlık inanç modeli ölçeği tüm alt ölçekler bazında yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüş ve çalışmanın devamında yapılacak olan istatistiksel testlerin uygulanabilmesi için gerekli şartlar sağlanmıştır.

3.5.8 Bilgi Kaynaklarına Güven Anketi Faktör Analizi

Faktör Analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yeterlilik ölçümüne ve Bartlett's Küresellik testine bakılmıştır. (KMO)

ölçümü 1'e ne kadar yakın ise eldeki veri grubuna faktör analizinin yapılmasının uygun olduğu kabul edilmektedir (Živadinović; 2004).

Tablo 3.22: Bilgi Kaynakları KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

| | | |
|--|------------|-----------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçütü | | 0,950 |
| | Chi-Square | 11335,357 |
| | Df | 105 |
| | Sig. | <0.000 |

Tablo 3.23: Bilgi Kaynakları Faktör Analizi Sonuçları

| Boyutlar | Faktör Yükleri | Öz Değer | Açıklanan Varyans (%) |
|--|----------------|----------|-----------------------|
| Bilgi Kaynakları | | | |
| Aile, akrabalar, arkadaş, komşu gibi yakın çevre | 0,335 | | |
| İş yeri | 0,528 | | |
| Doktorlar | 0,495 | | |
| Sağlık Bakanlığı | 0,695 | | |
| Televizyon programları | 0,810 | | |
| İnternet | 0,843 | | |
| Sosyal medya | 0,857 | 9,336 | 62,237 |
| Gazete reklamları | 0,867 | | |
| Televizyon reklamları | 0,853 | | |
| Dergi reklamları | 0,888 | | |
| Radyo reklamları | 0,889 | | |
| Gazete haberleri | 0,875 | | |
| Televizyon haberleri | 0,872 | | |
| Dergi haberleri | 0,888 | | |
| Radyo haberleri | 0,895 | | |

Bu çalışmada Tablo 3.22’de de gösterildiği gibi 0,950 olarak hesaplanmış olup, veri grubuna analiz yapılması uygun görülmüştür.

Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre bilgi kaynakları soruları, 1 faktörden oluşmaktadır. Bilgi kaynaklarının özdeğeri ve varyans açıklama oranı Tablo 3.23’de verilmiştir. Toplam varyans açıklama oranı %62,237 olarak hesaplanmıştır. Analiz sonucunda ortaya çıkan varyans oranı ne kadar büyükse faktör yapısının güçlü olduğu ve bu değerin %40 ile %60 olmasının yeterli bulunduğu kabul edilmektedir (Karagöz, 2017). Bilgi kaynakları için uygulanan analizde soruların her bir değişken üzerindeki ortak varyansı, maddelerin faktör yükleri ve açıklanan varyans oranları incelenmiştir. Bir maddenin, bir sorunun, bir yapıyı ya da faktörü iyi ölçtüğünü söyleyebilmek için bu yüklerin değerinin 0.30 ya da üstünde bir değer olması beklenmektedir (Stevens, 2002). Bilgi kaynaklarına ait soruların yükleri 0.30 ve üzeri bulunmuş olup, Tablo 3.23’te gösterilmiştir.

Bölüm 4

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde, araştırma bulgularının analizi sunulmaktadır. Araştırma kapsamında IBBS-1 düzeyinde Türkiye'yi temsilen 12 ilde (Adana, Ankara, Bursa, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Malatya, Samsun, Balıkesir ve Trabzon) ikamet eden, A, B, C1, C2, D ve E sosyo-ekonomik statü grubu mensubu, son 1 sene içerisinde sağlık hizmeti almış, 18 yaş ve üzeri 784 kişi ile gerçekleştirilen çalışmaya ait betimleyici istatistiklere yer verilmiştir. Tüm tablolarda yer alan F değeri Frekans göstermektedir.

4.1 Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1: Demografik Bilgilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

| | | F | % |
|-----------------|-------|-----|------|
| Cinsiyet | Erkek | 392 | 50,0 |
| | Kadın | 392 | 50,0 |

Araştırmaya katılan bireylerin yarısının erkek, yarısının kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Cinsiyete Göre İllerin Dağılımları

| İller | Cinsiyet | | | |
|-----------|----------|------|-------|------|
| | Kadın | | Erkek | |
| | F | % | F | % |
| Adana | 23 | 5,9 | 23 | 5,9 |
| Ankara | 54 | 13,8 | 60 | 15,3 |
| Balıkesir | 10 | 2,6 | 12 | 3,1 |
| Bursa | 32 | 8,2 | 31 | 7,9 |
| Erzurum | 8 | 2 | 6 | 1,5 |
| Gaziantep | 21 | 5,4 | 21 | 5,4 |
| İstanbul | 156 | 39,8 | 156 | 39,8 |
| İzmir | 44 | 11,2 | 44 | 11,2 |
| Kayseri | 14 | 3,6 | 14 | 3,6 |
| Malatya | 8 | 2 | 8 | 2 |
| Samsun | 14 | 3,6 | 9 | 2,3 |
| Trabzon | 8 | 2,0 | 8 | 2,0 |

Araştırmaya katılanların illere göre cinsiyet durumları Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Erkeklerin en yoğun olarak %39,8’i İstanbul’dan, %13,8’i Ankara’dan ve %11,2’si İzmir’den katılım göstermiştir. Kadınların %39,8’i İstanbul’dan, %15,3’ü Ankara’dan ve %11,2’si İzmir’den katılım göstermiştir. Katılımcıların %41,1’i bekâr, %54,2’si evli bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4.3: Medeni Duruma Göre Dağılım

| | F | % |
|-------------------|-----|------|
| Bekâr | 322 | 41,1 |
| Medeni Durum Evli | 425 | 54,2 |
| Diğer | 37 | 4,7 |

Tablo 4.4: Medeni Duruma Göre İllerin Dağılımları

| | | Medeni Durum | | | | | |
|--------------|-----------|---------------------|----------|-------------|----------|--------------|----------|
| | | Bekâr | | Evli | | Diğer | |
| | | F | % | F | % | F | % |
| İller | Adana | 19 | 5,9 | 26 | 6,1 | 1 | 2,7 |
| | Ankara | 42 | 13 | 70 | 16,5 | 2 | 5,4 |
| | Balıkesir | 12 | 3,7 | 10 | 2,4 | 0 | 0 |
| | Bursa | 27 | 8,4 | 34 | 8 | 2 | 5,4 |
| | Erzurum | 8 | 2,5 | 6 | 1,4 | 0 | 0 |
| | Gaziantep | 8 | 2,5 | 26 | 6,1 | 8 | 21,6 |
| | İstanbul | 127 | 39,4 | 176 | 41,4 | 9 | 24,3 |
| | İzmir | 47 | 14,6 | 31 | 7,3 | 10 | 27,0 |
| | Kayseri | 12 | 3,7 | 15 | 3,5 | 1 | 2,7 |
| | Malatya | 4 | 1,2 | 9 | 2,1 | 3 | 8,1 |
| Samsun | 10 | 3,1 | 12 | 2,8 | 1 | 2,7 | |
| Trabzon | 6 | 1,9 | 10 | 2,4 | 0 | 0 | |

Araştırmaya katılanların illere göre medeni durumları Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Buna göre araştırmada yer alan bekâr bireylerin en yoğun olduğu il %39,4 ile İstanbul'dur. Evlilerin en yoğun olduğu il ise %41,4 ile yine İstanbul'dur.

Tablo 4.5: Yaş Gruplarına Göre Dağılım

| | F | % |
|-----------------|-----|------|
| 18-29 yaş | 213 | 27,2 |
| 30-39 yaş | 201 | 25,6 |
| 40-49 yaş | 183 | 23,3 |
| 50-59 yaş | 138 | 17,6 |
| 60 yaş ve üzeri | 49 | 6,3 |

Araştırmaya katılan bireyler ortalama 39 yaşındadır. Tablo 4.5'e bakıldığında hemen hemen her yaş grubunda eşit bireylerle görüşüldüğü görülmektedir.

Tablo 4.6: Yaş Gruplarına Göre İllerin Dağılımları

| | Yaş Grupları | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|----------|------|
| | 18-29 yaş | | 30-39 yaş | | 40-49 yaş | | 50-59 yaş | | ≥ 60 yaş | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Adana | 13 | 6,1 | 11 | 5,5 | 10 | 5,5 | 9 | 6,5 | 3 | 6,1 |
| Ankara | 31 | 14,6 | 36 | 17,9 | 26 | 14,2 | 18 | 13 | 3 | 6,1 |
| Balıkesir | 6 | 2,8 | 6 | 3,0 | 6 | 3,3 | 4 | 2,9 | 0 | 0 |
| Bursa | 18 | 8,5 | 15 | 7,5 | 14 | 7,7 | 12 | 8,7 | 4 | 8,2 |
| Erzurum | 3 | 1,4 | 4 | 2,0 | 4 | 2,2 | 2 | 1,4 | 1 | 2,0 |
| Gaziantep | 11 | 5,2 | 11 | 5,5 | 10 | 5,5 | 7 | 5,1 | 3 | 6,1 |
| İstanbul | 85 | 39,9 | 76 | 37,8 | 73 | 39,9 | 55 | 39,9 | 23 | 46,9 |
| İzmir | 25 | 11,7 | 21 | 10,4 | 20 | 10,9 | 16 | 11,6 | 6 | 12,2 |
| Kayseri | 7 | 3,3 | 8 | 4,0 | 6 | 3,3 | 5 | 3,6 | 2 | 4,1 |
| Malatya | 4 | 1,9 | 4 | 2,0 | 4 | 2,2 | 3 | 2,2 | 1 | 2,0 |
| Samsun | 6 | 2,8 | 5 | 2,5 | 6 | 3,3 | 4 | 2,9 | 2 | 4,1 |
| Trabzon | 4 | 1,9 | 4 | 2,0 | 4 | 2,2 | 3 | 2,2 | 1 | 2,0 |

Araştırmaya katılanların illere göre yaş dağılımları Tablo 4.6'da gösterilmiştir. 18-29 yaş grubunun en yoğun olduğu il %39,9 ile İstanbul'dur. 30-39 yaş grubunun yoğun olduğu il %37,8 ile İstanbul'dur.

Tablo 4.7: Aylık Hane Gelirine Göre Dağılım

| | | F | % |
|-------------------|--------------------|-----|------|
| Aylık Hane Geliri | 2.999 TL ve altı | 43 | 5,5 |
| | 3.000-3.999 TL | 284 | 36,2 |
| | 4.000-4.999 TL | 173 | 22,1 |
| | 5.000 TL ve üzeri | 185 | 23,6 |
| | Belirtmek istemedi | 99 | 12,6 |

Bireylerin hane geliri ortalaması 4.471 TL olarak ifade edilmektedir. Katılımcıların %36,2'si aylık hane gelirinin 3.000 – 3.999 TL arasında olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4.8: Aylık Hane Gelirine Göre İllerin Dağılımları

| | Aylık Hane Geliri | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------|------|----------------|------|----------------|------|-------------------|------|--------------------|-----|
| | 2.999 TL ve altı | | 3.000-3.999 TL | | 4.000-4.999 TL | | 5.000 TL ve üzeri | | Belirtmek İstemedi | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Adana | 7 | 16,3 | 19 | 6,7 | 11 | 6,4 | 8 | 4,3 | 1 | 1,0 |
| Ankara | 5 | 11,6 | 41 | 14,4 | 21 | 12,1 | 47 | 25,4 | 0 | 0 |
| Balıkesir | 2 | 4,7 | 6 | 2,1 | 4 | 2,3 | 5 | 2,7 | 5 | 5,1 |
| Bursa | 8 | 18,6 | 22 | 7,7 | 12 | 6,9 | 16 | 8,6 | 5 | 5,1 |
| Erzurum | 0 | 0 | 5 | 1,8 | 4 | 2,3 | 1 | 0,5 | 4 | 4,0 |
| Gaziantep | 3 | 7 | 24 | 8,5 | 4 | 2,3 | 9 | 4,9 | 2 | 2,0 |

| | Aylık Hane Geliri | | | | | | | | | |
|----------|-------------------|------|----------------|-----|----------------|------|-------------------|------|--------------------|------|
| | 2.999 TL ve altı | | 3.000-3.999 TL | | 4.000-4.999 TL | | 5.000 TL ve üzeri | | Belirtmek İstemedi | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| İstanbul | 9 | 20,9 | 108 | 38 | 93 | 53,8 | 43 | 23,2 | 59 | 59,6 |
| İzmir | 4 | 9,3 | 24 | 8,5 | 15 | 8,7 | 27 | 14,6 | 18 | 18,2 |
| Kayseri | 1 | 2,3 | 3 | 1,1 | 1 | 0,6 | 23 | 12,4 | 0 | 0 |
| Malatya | 2 | 4,7 | 12 | 4,2 | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 1 | 1,0 |
| Samsun | 0 | 0 | 16 | 5,6 | 3 | 1,7 | 4 | 2,2 | 0 | 0 |
| Trabzon | 2 | 4,7 | 4 | 1,4 | 5 | 2,9 | 1 | 0,5 | 4 | 4,0 |

Araştırmaya katılanların illere göre aylık hane geliri durumları Tablo 4.8'de gösterilmiştir. İstanbul'da yaşayanların gelir durumlarının oransal olarak daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9: Sosyo-Ekonomik Statüye Göre Dağılım

| | F | % |
|-----------------------------|-----|------|
| A | 28 | 3,6 |
| B | 80 | 10,2 |
| Sosyo-Ekonomik Statü | | |
| C1 | 213 | 27,2 |
| C2 | 294 | 37,5 |
| DE | 169 | 21,6 |

Araştırmaya katılanların %3,6'sı A statüde, %10,2'si B statüde, %27,2'si C1 statüde, %37,5'i C2 statüde ve %21,6'sı DE sosyo-ekonomik statüde yer almaktadır.

Tablo 4.10: Sosyo-Ekonomik Statülerine Göre İllerin Dağılımları

| | Sosyo-Ekonomik Statü | | | | | | | | | |
|-----------|----------------------|------|----|------|----|------|---------|------|----|------|
| | A | | B | | C1 | | C2 | | DE | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Adana | 2 | 7,1 | 4 | 5 | 12 | 5,6 | 18 | 6,1 | 10 | 5,9 |
| Ankara | 1 | 3,6 | 11 | 13,8 | 36 | 16,9 | 46 | 15,6 | 20 | 11,8 |
| Balıkesir | 0 | 0 | 2 | 2,5 | 4 | 1,9 | 11 | 3,7 | 5 | 3 |
| Bursa | 3 | 10,7 | 6 | 7,5 | 17 | 8 | 23 | 7,8 | 14 | 8,3 |
| Erzurum | 1 | 3,6 | 2 | 2,5 | 4 | 1,9 | 3 | 1 | 4 | 2,4 |
| Gaziantep | 2 | 7,1 | 4 | 5 | 12 | 5,6 | 16 | 5,4 | 8 | 4,7 |
| İstanbul | 1 1 | 39,3 | 32 | 40 | 85 | 39,9 | 11 4 | 38,8 | 70 | 41,4 |
| İzmir | 2 | 7,1 | 10 | 12,5 | 24 | 11,3 | 33 | 11,2 | 19 | 11,2 |
| Kayseri | 2 | 7,1 | 3 | 3,8 | 8 | 3,8 | 10 | 3,4 | 5 | 3 |
| Malatya | 1 | 3,6 | 2 | 2,5 | 4 | 1,9 | 5 | 1,7 | 4 | 2,4 |
| Samsun | 2 | 7,1 | 2 | 2,5 | 2 | 0,9 | 11 | 3,7 | 6 | 3,6 |
| Trabzon | 1 | 3,6 | 2 | 2,5 | 5 | 2,3 | 4 | 1,4 | 4 | 2,4 |

Araştırmaya katılanların illere göre sosyo-ekonomik statüleri Tablo 4.10'da gösterilmiştir. İstanbul'da yaşayanların sosyo-ekonomik statüleri diğer illere göre daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.11: Eğitim Durumuna Göre Dağılım

| | F | % |
|---------------------|-----|------|
| İlköğretim | 372 | 47,4 |
| Lise | 272 | 34,7 |
| Üniversite ve üzeri | 140 | 17,9 |

Araştırmaya katılanların %47,4'ü ilköğretim, %34,7'si lise ve %17,9'u üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahiptir.

Tablo 4.12: Eğitim Durumuna Göre İllerin Dağılımları

| | Eğitim Durumu | | | | | |
|-----------|---------------|------|------|------|---------------------|------|
| | İlköğretim | | Lise | | Üniversite ve üzeri | |
| | F | % | F | % | F | % |
| Adana | 22 | 5,9 | 16 | 5,9 | 8 | 5,7 |
| Ankara | 57 | 15,3 | 38 | 14 | 19 | 13,6 |
| Balıkesir | 8 | 2,2 | 11 | 4 | 3 | 2,1 |
| Bursa | 27 | 7,3 | 11 | 4 | 25 | 17,9 |
| Erzurum | 6 | 1,6 | 2 | 0,7 | 6 | 4,3 |
| Gaziantep | 24 | 6,5 | 12 | 4,4 | 6 | 4,3 |
| İstanbul | 160 | 43,0 | 116 | 42,6 | 36 | 25,7 |
| İzmir | 25 | 6,7 | 44 | 16,2 | 19 | 13,6 |
| Kayseri | 7 | 1,9 | 15 | 5,5 | 6 | 4,3 |
| Malatya | 11 | 3 | 4 | 1,5 | 1 | 0,7 |
| Samsun | 17 | 4,6 | 2 | 0,7 | 4 | 2,9 |
| Trabzon | 8 | 2,2 | 1 | 0,4 | 7 | 5,0 |

Araştırmaya katılanların illere göre eğitim durumları Tablo 4.12'de gösterilmiştir. Üniversite ve üzerinde eğitim durumuna sahip olanların en yoğun olduğu il %25,7 ile İstanbul'dur. Lise eğitim durumuna sahip olanların %42,6'sı İstanbul ve ilköğretim eğitim durumuna sahip olanların %43,0'ı yine İstanbul'da yaşamaktadır.

Tablo 4.13: Sigara/Nargile Kullanım Durumuna Göre Dağılım

| | | F | % |
|-----------------------|-------|----------|----------|
| Sigara/Nargile | Evet | 391 | 49,9 |
| | Hayır | 366 | 46,7 |
| | Bazen | 27 | 3,4 |

Çalışmaya katılan 784 bireyin %53,3'ü sigara ve/veya nargile kullandıklarını belirtirken, %46,7'si sigara ve/veya nargile kullanmadıklarını belirtmektedir. Bu bulgulara göre örneklemin çoğunluğunun yarısının tütün ve tütün mamulleri kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.14: Sigara/Nargile Kullanım Durumuna Göre İllerin Dağılımları

| | | Sigara/Nargile Durumu | | | | | |
|--------------|-----------|------------------------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | | Evet | | Hayır | | Bazen | |
| | | F | % | F | % | F | % |
| İller | Adana | 18 | 4,6 | 26 | 7,1 | 2 | 7,4 |
| | Ankara | 78 | 19,9 | 35 | 9,6 | 1 | 3,7 |
| | Balıkesir | 2 | 0,5 | 9 | 2,5 | 11 | 40,7 |
| | Bursa | 25 | 6,4 | 37 | 10,1 | 1 | 3,7 |
| | Erzurum | 4 | 1 | 10 | 2,7 | 0 | 0 |
| | Gaziantep | 17 | 4,3 | 24 | 6,6 | 1 | 3,7 |
| | İstanbul | 157 | 40,2 | 148 | 40,4 | 7 | 25,9 |
| | İzmir | 48 | 12,3 | 36 | 9,8 | 4 | 14,8 |
| | Kayseri | 14 | 3,6 | 14 | 3,8 | 0 | 0 |
| | Malatya | 9 | 2,3 | 7 | 1,9 | 0 | 0 |
| | Samsun | 13 | 3,3 | 10 | 2,7 | 0 | 0 |
| | Trabzon | 6 | 1,5 | 10 | 2,7 | 0 | 0 |

Araştırmaya katılanların illere göre sigara/nargile kullanım durumları Tablo 4.14'te gösterilmiştir. Sigara/nargile kullananların en yoğun olduğu il %40,2 ile İstanbul'dur. Sigara/nargile kullanmayanların en yoğun olduğu il %40,4 ile yine İstanbul'dur. Sigara/nargile bazen kullananların en yoğun olduğu il %40,7 ile Balıkesir'dir.

Tablo 4.15: Spor Yapma Sıklıklarına Göre İllerin Dağılımları

| | Spor Yapma Sıklığı | | | | | | | |
|-----------|--------------------|------|----|------|------|------|--------|------|
| | Hiç | | Az | | Orta | | Yüksek | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Adana | 19 | 4,7 | 16 | 6,9 | 7 | 5,6 | 4 | 15,4 |
| Ankara | 81 | 20,1 | 27 | 11,7 | 6 | 4,8 | 0 | 0 |
| Balıkesir | 2 | 0,5 | 14 | 6,1 | 6 | 4,8 | 0 | 0 |
| Bursa | 22 | 5,5 | 26 | 11,3 | 10 | 8 | 5 | 19,2 |
| Erzurum | 6 | 1,5 | 4 | 1,7 | 4 | 3,2 | 0 | 0 |
| Gaziantep | 21 | 5,2 | 16 | 6,9 | 5 | 4 | 0 | 0 |
| İstanbul | 183 | 45,5 | 85 | 36,8 | 44 | 35,2 | 0 | 0 |
| İzmir | 33 | 8,2 | 23 | 10 | 26 | 20,8 | 6 | 23,1 |
| Kayseri | 15 | 3,7 | 7 | 3 | 1 | 0,8 | 5 | 19,2 |
| Malatya | 7 | 1,7 | 3 | 1,3 | 6 | 4,8 | 0 | 0 |
| Samsun | 8 | 2 | 8 | 3,5 | 5 | 4 | 2 | 7,7 |
| Trabzon | 5 | 1,2 | 2 | 0,9 | 5 | 4 | 4 | 15,4 |

Araştırmaya katılanların illere spor yapma sıklıkları Tablo 4.15'te gösterilmektedir. Spor yapmayanların en yoğun olduğu il %45,5 ile İstanbul'dur. Yüksek sıklıkta spor yapanların en yoğun olduğu il %19,2 ile Bursa'dır.

Tablo 4.16: Spor Yapma Sıklığına Göre Dağılım

| | | F | % |
|---------------------------|--------|----------|----------|
| Spor Yapma Sıklığı | Hiç | 402 | 51,3 |
| | Az | 231 | 29,5 |
| | Orta | 125 | 15,9 |
| | Yüksek | 26 | 3,3 |

Katılımcıların %51,3'ü hiç spor yapmadıklarını, %29,5'i az spor yaptığını belirtilmektedir. Bu bulgulara göre örneklemin çoğunluğunun spor yapmadığı görülmektedir.

Tablo 4.17: Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılım

| | | F | % |
|------------------------|-------|----------|----------|
| Kronik Hastalık | Evet | 56 | 7,1 |
| | Hayır | 728 | 92,9 |

Araştırmaya katılanların %7,1'inin kronik hastalığı bulunurken, %92,9'u kronik hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 4.18: Kortizon İçerikli Bağışıklık Sistemini Zayıflatan İlaçları Kullanım Durumuna Göre Dağılım

| | | F | % |
|-----------------|-------|----------|----------|
| Kortizon | Evet | 16 | 2,0 |
| | Hayır | 768 | 98,0 |

Araştırmaya katılanların %2,0'ı kortizon içerikli bağışıklık sistemini zayıflatan bir ilaç kullandığını belirtirken, %98,0'ı kortizon içerikli bağışıklık sistemini zayıflatan bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.19: Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre İllerin Dağılımları

| | Kronik Hastalık | | | | |
|--------------|------------------------|----------|--------------|----------|------|
| | Evet | | Hayır | | |
| | F | % | F | % | |
| İller | Adana | 6 | 10,7 | 40 | 5,5 |
| | Ankara | 14 | 25,0 | 100 | 13,7 |
| | Balıkesir | 0 | 0 | 22 | 3 |
| | Bursa | 1 | 1,8 | 62 | 8,5 |
| | Erzurum | 3 | 5,4 | 11 | 1,5 |
| | Gaziantep | 7 | 12,5 | 35 | 4,8 |
| | İstanbul | 1 | 1,8 | 311 | 42,7 |
| | İzmir | 13 | 23,2 | 75 | 10,3 |
| | Kayseri | 2 | 3,6 | 26 | 3,6 |
| | Malatya | 1 | 1,8 | 15 | 2,1 |
| | Samsun | 6 | 10,7 | 17 | 2,3 |
| | Trabzon | 2 | 3,6 | 14 | 1,9 |

Araştırmaya katılanların illere göre kronik hastalığa sahip olma durumları Tablo 4.19’da gösterilmiştir. Kronik hastalığa sahip en yoğun il %25,0 ile Ankara olurken, kronik hastalığa sahip olmayan en yoğun il %42,7 ile İstanbul’dur.

Tablo 4.20: Kortizon İçerikli Bağışıklık Sistemini Zayıflatan İlaçları Kullanma Durumuna Göre İllerin Dağılımları

| İller | Kortizon | | | |
|-----------|----------|------|-------|------|
| | Evet | | Hayır | |
| | F | % | F | % |
| Adana | 0 | 0 | 46 | 6 |
| Ankara | 2 | 12,5 | 112 | 14,6 |
| Balıkesir | 0 | 0 | 22 | 2,9 |
| Bursa | 0 | 0 | 63 | 8,2 |
| Erzurum | 2 | 12,5 | 12 | 1,6 |
| Gaziantep | 0 | 0 | 42 | 5,5 |
| İstanbul | 0 | 0 | 312 | 40,6 |
| İzmir | 10 | 62,5 | 78 | 10,2 |
| Kayseri | 1 | 6,3 | 27 | 3,5 |
| Malatya | 0 | 0 | 16 | 2,1 |
| Samsun | 0 | 0 | 23 | 3 |
| Trabzon | 1 | 6,3 | 15 | 2 |

Araştırmaya katılanların illere göre kortizon içerikli bağışıklık sistemini zayıflatan ilaçları kullanma durumları Tablo 4.20’de gösterilmiştir. Kortizon ilaç kullananların en yoğun il %62,5 ile İzmir olurken, Kortizon ilaç kullanmayanların en yoğun il %40,6 ile İstanbul’dur

4.2 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Betimleyici İstatistikler

Araştırmanın bu kısmında bireylerin Sağlık İnanç Modeli ölçeklerine ve TSOY-32 verdikleri cevaplar tablo hâline getirilmiştir. Şekillerde yer alan PDT kısaltması pozitif değerler toplamı anlamına gelirken, kesinlikle katılıyorum, katılıyorum gibi pozitif ifadelerin toplamını vermektedir.

Tablo 4.21: Yetkinlik ve İşlev Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Kesinlikle katılmıyorum % | PDT |
|---|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|------|
| Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen en önemli etken bireysel önlemlerimdir | 32,7 | 50,4 | 11,9 | 2,8 | 2,3 | 83,0 |
| Korona pandemisi sırasında, ailem hasta olmam veya sağlıklı kalmam konusunda önemli bir rol oynuyor | 34,3 | 48,3 | 12,5 | 2,3 | 2,6 | 82,7 |
| Korona pandemisi sırasında, iyi hissetmediğimde bir uzmana başvurmalıyım | 32,5 | 49,4 | 13,4 | 2,6 | 2,2 | 81,9 |
| Korona pandemisi sırasında hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi davranışlarım belirler | 24,4 | 56,8 | 12,8 | 2,6 | 3,6 | 81,1 |
| Koronaya yakalanmadıysam veya yakalanıp iyileştiysem, bunun nedeni genellikle diğer insanların bana iyi bakmalarıdır | 30,9 | 48,7 | 12,6 | 4,6 | 3,2 | 79,6 |
| Korona pandemisi sırasında, kendime iyi bakıp dikkat edersem hastalanmayı önleyebilirim | 31,6 | 47,3 | 14,4 | 3,7 | 2,9 | 79,0 |
| Korona pandemisi sırasında, benim için koronadan korunmanın en iyi yolu bir doktorla düzenli irtibatla olmak, hastane ve sağlık merkezlerine başvurmaktır | 38,8 | 39,0 | 12,5 | 5,2 | 4,5 | 77,8 |
| Korona pandemisi sırasında, sağlığım kendi kontrolüm altındadır | 31,8 | 43,4 | 16,8 | 5,1 | 2,9 | 75,1 |
| Korona pandemisi sırasında, eğer hastalanmam kaderde varsa ne yaparsam yapayım hasta olurum | 28,4 | 46,2 | 10,8 | 10,7 | 3,8 | 74,6 |

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Kesinlikle katılmıyorum % | PDT |
|---|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|------|
| Korona pandemisi sırasında, hastalığa yakalanırsam ne zaman iyileşeceğim konusunda şans ve kader önemli bir rol oynar | 29,7 | 44,3 | 13,0 | 7,3 | 5,7 | 74,0 |
| Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen şeylerin çoğu tesadüfen başıma geliyor | 27,0 | 44,0 | 15,8 | 10,1 | 3,1 | 71,0 |
| Korona pandemisi sırasında, ne yaparsam yapayım hastalanabilirim | 27,9 | 36,2 | 19,8 | 11,1 | 5,0 | 64,2 |
| Korona pandemisi sırasında, eğer koronaya yakalanırsam kendimi suçlamalıyım | 19,9 | 32,4 | 12,8 | 19,3 | 15,7 | 52,3 |

Tablo 4.21’de yetkinlik ve işlev alt ölçeğine ait bireylerin cevap yüzdeleri gösterilmektedir. Katılımcıların %83,0’ü “Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen en önemli etken bireysel önlemlerimdir.” cevabını vermektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise %52,3 ile “Korona pandemisi sırasında, eğer koronaya yakalanırsam kendimi suçlamalıyım.” olarak gözlemlenmektedir.

Tablo 4.22: Algılanan Duyarlılık Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Kesinlikle katılmıyorum % | PDT |
|--|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|------|
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için diğer insanlarla 2 metre sosyal mesafeyi koruyorum | 38,1 | 43,6 | 10,8 | 4,6 | 2,8 | 81,8 |
| Her an koronaya yakalanabilirim | 23,6 | 52,6 | 16,6 | 4,7 | 2,6 | 76,1 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yüzüme dokunmadan önce ellerimi iyice yıkarım | 31,3 | 40,3 | 11,1 | 11,5 | 5,9 | 71,6 |
| Koronaya yakalanmaktan korkuyorum | 32,0 | 38,1 | 11,9 | 12,2 | 5,7 | 70,2 |
| Benim yaşadığım bölgede korona çok yaygındır | 27,9 | 37,0 | 14,0 | 16,6 | 4,5 | 64,9 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evdeki bütün yüzeyleri sürekli dezenfekte ediyorum | 26,4 | 35,2 | 15,2 | 15,1 | 8,2 | 61,6 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için meyve ve sebzeleri iyice dezenfekte ediyorum | 26,0 | 35,2 | 11,7 | 17,7 | 9,3 | 61,2 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yemekleri iyi pişiriyorum | 20,0 | 35,8 | 11,7 | 20,7 | 11,7 | 55,9 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için ekmeği yemeden önce iyice ısıtıyorum | 20,0 | 31,5 | 12,6 | 21,3 | 14,5 | 51,5 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum | 18,5 | 27,3 | 11,2 | 28,6 | 14,4 | 45,8 |
| Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıktığımda eldiven kullanıyorum | 19,6 | 24,5 | 14,0 | 29,0 | 12,9 | 44,1 |

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi katılımcıların %81,8’i “Koronaya yakalanmaktan korktuğum için diğer insanlarla 2 metre sosyal mesafeyi koruyorum.” cevabını vermektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise “Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıktığımda eldiven kullanıyorum.” olarak gözlemlenmektedir.

Tablo 4.23: Algılanan Önem Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | PDT |
|---|------------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|------|
| | % | % | % | % | % | |
| Bence korona sağlık için ciddi bir tehdittir | 31,4 | 41,7 | 11,0 | 7,5 | 8,4 | 73,1 |
| Korona ölümcül bir hastalık olduğu için ellerimi sık sık ve 20 saniye boyunca sabun ve su ile yıkıyorum | 31,1 | 41,7 | 12,1 | 8,8 | 6,3 | 72,8 |
| Koronaya yakalanırsam rahat nefes alamam | 28,6 | 39,0 | 18,5 | 8,7 | 5,2 | 67,6 |
| Korona yaşlılar için ölümcül olduğu için yaşlı tanıdıklarımın evlerine gitmiyorum | 29,3 | 36,9 | 14,0 | 13,1 | 6,6 | 66,2 |
| Korona, ailemdeki yaşlıları ve kronik hastalığı olanları öldürür | 24,9 | 36,6 | 20,0 | 11,7 | 6,8 | 61,5 |
| Korona akciğer yetmezliğine neden olur | 23,3 | 37,8 | 22,8 | 9,9 | 6,1 | 61,1 |
| Koronaya yakalanırsam ciğerlerimde kalıcı hasar oluşur | 26,4 | 32,5 | 22,8 | 10,6 | 7,7 | 58,9 |
| Korona ekonomik iflasıma sebep olabilir | 25,1 | 30,0 | 20,5 | 14,4 | 9,9 | 55,1 |
| Koronaya yakalanırsam, sadece bir gün hafif ateşim çıkacak | 22,8 | 27,9 | 20,4 | 13,6 | 15,2 | 50,8 |
| Koronaya yakalanırsam hastanede yatmak zorunda kalırım | 21,6 | 29,0 | 18,9 | 19,6 | 11,0 | 50,5 |
| Korona çok ciddi ve tehlikeli bir hastalık değildir | 22,8 | 27,2 | 8,0 | 23,2 | 18,8 | 50,0 |
| Koronaya yakalanırsam, sadece birkaç gün öksüreceğim | 21,6 | 28,1 | 20,9 | 15,9 | 13,5 | 49,6 |
| Korona grip gibi az tehlikeli bir hastalıktır | 21,2 | 27,9 | 12,6 | 19,8 | 18,5 | 49,1 |
| Koronaya yakalanan ölüme mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir tedavisi yoktur | 15,9 | 28,2 | 11,6 | 27,8 | 16,5 | 44,1 |
| Koronaya yakalanırsam ölürüm | 14,5 | 26,3 | 21,0 | 25,9 | 12,2 | 40,8 |
| Koronaya yakalanan ölüme mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir aşısı yoktur | 20,2 | 19,6 | 10,2 | 31,4 | 18,6 | 39,8 |
| Korona çok tehlikeli bir hastalık olmadığı için maske kullanmıyorum | 15,3 | 21,7 | 6,5 | 26,1 | 30,4 | 37,0 |

Tablo 4.23'te algılanan önem alt ölçeğine ait bireylerin cevap yüzdeleri verilmektedir. Katılımcıların %73,1'i "Bence korona sağlık için ciddi bir tehdittir." cevabını vermektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise %50,8 ile "Korona çok tehlikeli bir hastalık olmadığı için maske kullanmıyorum." olarak gözlemlenmektedir.

Tablo 4.24: Algılanan Fayda Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Kesinlikle katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum | PDT |
|--|------------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|------|
| | % | % | % | % | % | |
| Kalabalık yerlerde maske takmak beni koronaya karşı korur | 36,0 | 49,5 | 8,0 | 2,8 | 3,7 | 85,5 |
| Koronaya yakalanıldığında 14 gün boyunca izole olmak, başkalarının enfekte olmasını önler | 36,0 | 47,1 | 8,5 | 4,3 | 4,1 | 83,0 |
| Yüzüme temas etmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkamak beni koronaya karşı korur | 38,5 | 40,6 | 8,9 | 6,9 | 5,1 | 79,1 |
| Diğer insanlarla iki metre mesafeyi korumak beni koronadan koruyor | 32,4 | 43,8 | 11,2 | 7,5 | 5,1 | 76,1 |
| Evde kalmak koronanın daha çabuk son bulmasını sağlar | 30,1 | 44,9 | 12,9 | 6,6 | 5,5 | 75,0 |
| Evdeki yüzeyleri dezenfektanlarla dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur | 27,2 | 41,1 | 11,9 | 12,9 | 7,0 | 68,2 |
| Eldiven takmak beni koronaya karşı korur | 26,7 | 36,1 | 13,0 | 16,3 | 7,9 | 62,8 |
| Dışarıdan giyilen giysileri yaşam alanı dışında tutmak koronadan koruyor | 24,2 | 37,5 | 12,9 | 16,3 | 9,1 | 61,7 |
| Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur | 22,1 | 38,5 | 13,4 | 15,4 | 10,6 | 60,6 |
| Korona virüsü telefon ekranında uzun süre hayatta kalır, bu nedenle telefon ekranını dezenfekte etmek koronaya yakalanmayı önlemekte büyük rol oynar | 24,7 | 35,3 | 14,0 | 13,9 | 12,0 | 60,1 |
| Yemeği iyi pişirmek korona virüsü öldürür | 23,9 | 31,6 | 12,4 | 21,7 | 10,5 | 55,5 |
| Ekmeği kullanmadan önce ısıtmak korona virüsünü öldürür | 21,2 | 30,9 | 14,2 | 20,9 | 12,9 | 52,0 |

Tablo 4.24’te algılanan fayda alt ölçeğine ait bireylerin cevap yüzdeleri verilmektedir. Katılımcıların %85,5’i “Kalabalık yerlerde maske takmak beni koronaya karşı korur.” cevabını vermektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise %52,0 ile “Ekmeği kullanmadan önce ısıtmak korona virüsünü öldürür.” olarak gözlemlenmektedir.

Tablo 4.25: Algılanan Engel Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Kesinlikle katılmıyorum % | PDT |
|---|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|------|
| Eldiven giydiğimde ellerim terliyor | 28,7 | 39,9 | 10,2 | 15,2 | 6,0 | 68,6 |
| Aşırı el yıkama, cildimin kurummasına ve yara olmasına neden oluyor | 27,4 | 39,3 | 14,9 | 13,0 | 5,4 | 66,7 |
| Ekmeği ısıtmanın korona virüsünü yok etmede etkisi yoktur | 29,0 | 35,1 | 14,8 | 13,4 | 7,8 | 64,0 |
| Dezenfektanlarla cep telefonunu temizlemek telefona zarar verir | 28,4 | 33,7 | 14,0 | 13,1 | 10,7 | 62,1 |
| Yemekleri iyi pişirmenin korona virüse hiçbir etkisi yoktur | 25,5 | 36,4 | 14,9 | 15,4 | 7,8 | 61,9 |
| Çok korkup endişelendiğim için ateş ve öksürüğüm varsa hemen hastaneye gidiyorum | 24,9 | 36,9 | 12,5 | 15,9 | 9,8 | 61,7 |
| Maske taktığımda boğulduğumu hissediyorum | 24,6 | 36,6 | 12,1 | 20,2 | 6,5 | 61,2 |
| Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek onların bozulmasına sebep olur | 23,9 | 36,6 | 17,5 | 13,9 | 8,2 | 60,5 |
| İnsanlara mesafeli durmak ve onlarla tokalaşmamak, onların bana darılmasına ve benim için kötü düşünmesine neden olur | 23,7 | 30,4 | 10,6 | 22,7 | 12,6 | 54,1 |
| Alkol gibi dezenfektanlar çok pahalı ve zor bulunuyor | 20,7 | 33,2 | 13,0 | 22,7 | 10,5 | 53,8 |

Tablo 4.25’te algılanan engel alt ölçeğine ait bireylerin cevap yüzdeleri verilmektedir. Katılımcıların %68,6’sı “Eldiven giydiğimde ellerim terliyor.” cevabını vermektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise %53,8 ile “Alkol gibi dezenfektanlar çok pahalı ve zor bulunuyor.” olarak gözlemlenmektedir.

Tablo 4.26: Uygulama Kılavuzu Alt Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Kesinlikle katılmıyorum % | PDT |
|--|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|------|
| Öksürük, ateş gibi semptomlarım varsa, çevremdekilere bulaştırmamak için maske takarım | 37,1 | 48,5 | 8,4 | 1,8 | 4,2 | 85,6 |
| Yakınımdaki insanlarda öksürük ve ateş gördüğümde onlarla görüşmem | 36,2 | 44,9 | 12,1 | 3,1 | 3,7 | 81,1 |
| Şehirdeki eğitim panolarında korona ile ilgili bilgilendirmeler gördüm | 30,9 | 49,7 | 10,8 | 4,6 | 4,0 | 80,6 |
| Çeşitli televizyon kanallarında korona ile ilgili programları takip ettim | 25,4 | 54,3 | 10,2 | 6,1 | 4,0 | 79,7 |
| Sosyal medyada koronayı önleme hakkında yazılar okudum | 28,4 | 43,5 | 12,4 | 9,9 | 5,7 | 71,9 |
| Koronadan korunma ile ilgili makaleler okudum | 23,7 | 42,0 | 11,9 | 15,9 | 6,5 | 65,7 |
| Öksürük, ateş gibi belirtiler başladığında hemen 4030 veya 115’i arayıp bilgi alırım | 25,5 | 34,4 | 9,9 | 17,7 | 12,4 | 59,9 |
| Radyoda koronayı önleme hakkında bilgiler dinledim | 21,3 | 33,7 | 11,2 | 21,4 | 12,4 | 55,0 |

Tablo 4.26’da uygulama kılavuzu alt ölçeğine ait bireylerin cevap yüzdeleri verilmektedir. Katılımcıların %85,6’sı “Öksürük, ateş gibi semptomlarım varsa, çevremdekilere bulaştırmamak için maske takarım.” cevabını vermektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise %55,0 ile “Radyoda koronayı önleme hakkında bilgiler dinledim.” olarak gözlemlenmektedir.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği betimleyici istatistikler cinsiyet kırılımında kadın ve erkek olarak yetkinlik, duyarlılık, algılanan önlem, algılanan fayda ve algılanan engel alt gruplarında değerlendirilmiş olup bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.27: Cinsiyete göre Yetkinlik ve İşlev Alt Ölçeği Dağılımı

| | | Kadın % | Erkek % |
|---|-------------------------|------------|------------|
| 1. Korona pandemisi sırasında hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi davranışlarım belirler. | Kesinlikle Katılmıyorum | 5,1 | 2,0 |
| | Katılmıyorum | 3,1 | 2,0 |
| | Kararsızım | 10,7 | 14,8 |
| | Katılıyorum | 60,5 | 53,1 |
| 2. Korona pandemisi sırasında, eğer hastalanmam kaderde varsa ne yaparsam yapayım hasta olurum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 5,4 | 2,3 |
| | Katılmıyorum | 11,7 | 9,7 |
| | Kararsızım | 11,7 | 9,9 |
| | Katılıyorum | 43,4 | 49,0 |
| 3. Korona pandemisi sırasında, benim için koronadan korunmanın en iyi yolu bir doktorla düzenli irtibatla olmak, hastane ve sağlık merkezlerine başvurmaktır. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,1 | 2,8 |
| | Katılmıyorum | 4,6 | 5,9 |
| | Kararsızım | 13,8 | 11,2 |
| | Katılıyorum | 39,3 | 38,8 |
| 4. Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen şeylerin çoğu tesadüfen başıma geliyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 3,8 | 2,3 |
| | Katılmıyorum | 10,7 | 9,4 |
| | Kararsızım | 17,6 | 14,0 |
| | Katılıyorum | 42,6 | 45,4 |
| 5. Korona pandemisi sırasında, iyi hissetmediğimde bir uzmana başvurmalıyım. | Kesinlikle Katılmıyorum | 3,1 | 1,3 |
| | Katılmıyorum | 3,3 | 1,8 |
| | Kararsızım | 12,5 | 14,3 |
| | Katılıyorum | 49,0 | 49,7 |
| 6. Korona pandemisi sırasında, sağlığım kendi kontrolüm altındadır. | Kesinlikle Katılmıyorum | 3,8 | 2,0 |
| | Katılmıyorum | 5,6 | 4,6 |
| | Kararsızım | 19,4 | 14,3 |
| | Katılıyorum | 42,1 | 44,6 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 29,1 | 34,4 |

| | | Kadın % | Erkek % |
|--|-------------------------|------------|------------|
| 7. Korona pandemisi sırasında, ailem hasta olmam veya sağlıklı kalmam konusunda önemli bir rol oynuyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 3,8 | 1,3 |
| | Katılmıyorum | 2,6 | 2,0 |
| | Kararsızım | 12,8 | 12,2 |
| | Katılıyorum | 50,5 | 46,2 |
| 8. Korona pandemisi sırasında, eğer koronaya yakalanırsam kendimi suçlamalıyım. | Kesinlikle Katılmıyorum | 17,6 | 13,8 |
| | Katılmıyorum | 20,7 | 17,9 |
| | Kararsızım | 13,3 | 12,2 |
| | Katılıyorum | 32,4 | 32,4 |
| 9. Korona pandemisi sırasında, hastalığa yakalanırsam ne zaman iyileşeceğim konusunda şans ve kader önemli bir rol oynar. | Kesinlikle Katılmıyorum | 7,4 | 4,1 |
| | Katılmıyorum | 8,9 | 5,6 |
| | Kararsızım | 11,5 | 14,5 |
| | Katılıyorum | 48,7 | 39,8 |
| 10. Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen en önemli etken bireysel önlemlerimdir. | Kesinlikle Katılmıyorum | 23,5 | 36,0 |
| | Katılmıyorum | 3,6 | 1,0 |
| | Kararsızım | 2,6 | 3,1 |
| | Katılıyorum | 14,3 | 9,4 |
| 11. Korona pandemisi sırasında, kendime iyi bakıp dikkat edersem hastalanmayı önleyebilirim. | Katılıyorum | 49,5 | 51,3 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 30,1 | 35,2 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 3,8 | 2,0 |
| | Katılmıyorum | 4,1 | 3,3 |
| 12. Koronaya yakalanmadıysam veya yakalanıp iyileştiysem, bunun nedeni genellikle diğer insanların (örneğin: doktorlar, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi bakmalarıdır. | Kararsızım | 13,0 | 15,8 |
| | Katılıyorum | 48,0 | 46,7 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 31,1 | 32,1 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 4,1 | 2,3 |
| 13. Korona pandemisi sırasında, ne yaparsam yapayım hastalanabilirim. | Katılmıyorum | 4,8 | 4,3 |
| | Kararsızım | 11,7 | 13,5 |
| | Katılıyorum | 49,5 | 48,0 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 29,8 | 31,9 |
| 14. Korona pandemisi sırasında, hastalığı önlemek için önerilen önlemlere uyarsam sağlıklı kalabilirim. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,9 | 3,1 |
| | Katılmıyorum | 14,3 | 7,9 |
| | Kararsızım | 18,4 | 21,2 |
| | Katılıyorum | 37,2 | 35,2 |
| 14. Korona pandemisi sırasında, hastalığı önlemek için önerilen önlemlere uyarsam sağlıklı kalabilirim. | Kesinlikle katılıyorum | 23,2 | 32,7 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 4,1 | 3,1 |
| | Katılmıyorum | 3,6 | 4,3 |
| | Kararsızım | 14,3 | 12,5 |
| 14. Korona pandemisi sırasında, hastalığı önlemek için önerilen önlemlere uyarsam sağlıklı kalabilirim. | Katılıyorum | 48,2 | 45,7 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 29,8 | 34,4 |

Araştırmaya katılanların illere göre yetkinlik ve işlev alt ölçeği dağılımları tablo 4.27’de gösterilmektedir. Kadınların %78’i, erkeklerin %80,1’i korona pandemisi sırasında, hastalığı önlemek için önerilen önlemlere uyarlırsa sağlıklı kalabileceklerini düşünmektedir. Kadınların %79,6’sı, erkeklerin ise %86,5’i Korona

pandemisi sırasında, sağlığı etkileyen en önemli etkenin bireysel önlemler olduğunu düşünmektedir. Erkeklerin korona döneminde bireysel önlemlere karşı daha duyarlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.28: Cinsiyete Göre Algılanan Duyarlık Alt Ölçeği Dağılımı

| | | Kadın % | Erkek % |
|--|-------------------------|------------|------------|
| 1. Her an koronaya yakalanabilirim. | Kesinlikle Katılmıyorum | 4,1 | 1,0 |
| | Katılmıyorum | 4,3 | 5,1 |
| | Kararsızım | 16,1 | 17,1 |
| | Katılıyorum | 55,4 | 49,7 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 20,2 | 27,0 |
| 2. Koronaya yakalanmaktan korkuyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,9 | 4,6 |
| | Katılmıyorum | 10,5 | 14,0 |
| | Kararsızım | 10,5 | 13,3 |
| | Katılıyorum | 38,0 | 38,3 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 34,2 | 29,8 |
| 3. Benim yaşadığım bölgede korona çok yaygındır. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,4 | 2,6 |
| | Katılmıyorum | 15,6 | 17,6 |
| | Kararsızım | 15,1 | 13,0 |
| | Katılıyorum | 35,7 | 38,3 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 27,3 | 28,6 |
| 4. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 14,3 | 14,5 |
| | Katılmıyorum | 30,9 | 26,3 |
| | Kararsızım | 11,2 | 11,2 |
| | Katılıyorum | 28,8 | 25,8 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 14,8 | 22,2 |
| 5. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıktığımda eldiven kullanıyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 13,3 | 12,5 |
| | Katılmıyorum | 30,4 | 27,6 |
| | Kararsızım | 15,8 | 12,2 |
| | Katılıyorum | 23,7 | 25,3 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 16,8 | 22,4 |
| 6. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yüzüme dokunmadan önce ellerimi iyice yıkırım. | Kesinlikle Katılmıyorum | 5,6 | 6,1 |
| | Katılmıyorum | 11,7 | 11,2 |
| | Kararsızım | 10,5 | 11,7 |
| | Katılıyorum | 41,6 | 39,0 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 30,6 | 31,9 |
| 7. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evdeki bütün yüzeyleri sürekli dezenfekte ediyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 9,4 | 6,9 |
| | Katılmıyorum | 10,5 | 19,6 |
| | Kararsızım | 16,3 | 14,0 |
| | Katılıyorum | 38,3 | 32,1 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 25,5 | 27,3 |
| 8. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yemekleri iyi pişiriyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 10,2 | 13,3 |
| | Katılmıyorum | 21,4 | 19,9 |
| | Kararsızım | 12,2 | 11,2 |
| | Katılıyorum | 37,8 | 33,9 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 18,4 | 21,7 |

| | | Kadın % | Erkek % |
|---|-------------------------|------------|------------|
| 9. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için ekmeği yemeden önce iyice ısıtıyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 15,3 | 13,8 |
| | Katılmıyorum | 21,7 | 20,9 |
| | Kararsızım | 15,3 | 9,9 |
| | Katılıyorum | 30,6 | 32,4 |
| 10. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için meyve ve sebzeleri iyice dezenfekte ediyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 10,5 | 8,2 |
| | Katılmıyorum | 16,8 | 18,6 |
| | Kararsızım | 11,2 | 12,2 |
| | Katılıyorum | 37,8 | 32,7 |
| 11. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için diğer insanlarla 2 metre sosyal mesafeyi koruyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 4,1 | 1,5 |
| | Katılmıyorum | 4,1 | 5,1 |
| | Kararsızım | 9,4 | 12,2 |
| | Katılıyorum | 44,9 | 42,3 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 37,5 | 38,8 |

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre algılanan duyarlık alt ölçeği dağılımları Tablo 4.28’de gösterilmiştir. Kadınların %75,6’sı, erkeklerin %76,7’si her an koronaya yakalanabileceklerini düşünmektedir. Koronaya yakalanmaktan korktuğu için evden dışarı çıkmadığını belirtenlerin oranı kadınlarda %43,6, erkeklerde ise %48 iken meyve ve sebzeleri iyice dezenfekte ettiğini belirtenlerin oranı ise kadınlarda %61,5, erkeklerde ise %61 olarak gerçekleşmektedir. Diğer insanlarla iki metre sosyal mesafeyi koruduğunu dile getirenlere bakıldığında bu oran kadınlarda %82,4, erkeklerde %81,1 olarak gerçekleşmektedir.

Tablo 4.29: Cinsiyete Göre Algılanan Önem Alt Ölçeği Dağılımı

| | | Kadın % | Erkek % |
|---|-------------------------|------------|------------|
| 1. Koronaya yakalanırsam hastanede yatmak zorunda kalırım. | Kesinlikle Katılmıyorum | 13,0 | 8,9 |
| | Katılmıyorum | 20,9 | 18,4 |
| | Kararsızım | 20,4 | 17,3 |
| | Katılıyorum | 28,3 | 29,6 |
| 2. Koronaya yakalanırsam ölürüm. | Kesinlikle katılıyorum | 17,3 | 25,8 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 12,5 | 12,0 |
| | Katılmıyorum | 29,1 | 22,7 |
| | Kararsızım | 21,9 | 20,2 |
| 3. Koronaya yakalanırsam ciğerlerimde kalıcı hasar oluşur. | Katılıyorum | 24,7 | 27,8 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 11,7 | 17,3 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 8,2 | 7,1 |
| | Katılmıyorum | 11,2 | 9,9 |
| 4. Bence korona sağlık için ciddi bir tehdittir. | Kararsızım | 23,5 | 22,2 |
| | Katılıyorum | 32,7 | 32,4 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 24,5 | 28,3 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 8,7 | 8,2 |
| 5. Koronaya yakalanan ölümüne mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir tedavisi yoktur. | Katılmıyorum | 7,7 | 7,4 |
| | Kararsızım | 10,2 | 11,7 |
| | Katılıyorum | 43,9 | 39,5 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 29,6 | 33,2 |
| 6. Koronaya yakalanan ölümüne mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir aşısı yoktur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 18,4 | 14,5 |
| | Katılmıyorum | 28,8 | 26,8 |
| | Kararsızım | 11,0 | 12,2 |
| | Katılıyorum | 27,6 | 28,8 |
| 7. Korona ekonomik iflasına sebep olabilir. | Kesinlikle katılıyorum | 14,3 | 17,6 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 20,4 | 16,8 |
| | Katılmıyorum | 33,7 | 29,1 |
| | Kararsızım | 10,2 | 10,2 |
| 8. Korona, ailemdeki yaşlıları ve kronik hastalığı olanları öldürür. | Katılıyorum | 19,1 | 20,2 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 16,6 | 23,7 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 9,9 | 9,9 |
| | Katılmıyorum | 15,3 | 13,5 |
| 9. Korona ölümcül bir hastalık olduğu için ellerimi sık sık ve 20 saniye boyunca sabun ve su ile yıkıyorum. | Kararsızım | 24,5 | 16,6 |
| | Katılıyorum | 29,1 | 30,9 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 21,2 | 29,1 |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,9 | 6,6 |
| 9. Korona ölümcül bir hastalık olduğu için ellerimi sık sık ve 20 saniye boyunca sabun ve su ile yıkıyorum. | Katılmıyorum | 10,7 | 12,8 |
| | Kararsızım | 19,9 | 20,2 |
| | Katılıyorum | 38,5 | 34,7 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 24,0 | 25,8 |
| 9. Korona ölümcül bir hastalık olduğu için ellerimi sık sık ve 20 saniye boyunca sabun ve su ile yıkıyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 7,4 | 5,1 |
| | Katılmıyorum | 7,1 | 10,5 |
| | Kararsızım | 10,2 | 14,0 |
| | Katılıyorum | 45,9 | 37,5 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 29,3 | 32,9 |

| | | Kadın % | Erkek % |
|--|-------------------------|------------|------------|
| 10. Korona yaşlılar için ölümcül olduğu için yaşlı tanıdıklarımın evlerine gitmiyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 7,7 | 5,6 |
| | Katılmıyorum | 13,5 | 12,8 |
| | Kararsızım | 14,0 | 14,0 |
| | Katılıyorum | 34,4 | 39,3 |
| 11. Korona akciğer yetmezliğine neden olur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,6 | 5,6 |
| | Katılmıyorum | 11,0 | 8,9 |
| | Kararsızım | 22,2 | 23,5 |
| | Katılıyorum | 39,0 | 36,5 |
| 12. Koronaya yakalanırsam rahat nefes alamam. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,9 | 3,6 |
| | Katılmıyorum | 7,4 | 9,9 |
| | Kararsızım | 16,6 | 20,4 |
| | Katılıyorum | 43,1 | 34,9 |
| 13. Korona grip gibi az tehlikeli bir hastalıktır. | Kesinlikle Katılmıyorum | 21,2 | 15,8 |
| | Katılmıyorum | 23,2 | 16,3 |
| | Kararsızım | 11,5 | 13,8 |
| | Katılıyorum | 27,8 | 28,1 |
| 14. Koronaya yakalanırsam, sadece birkaç gün öksüreceğim. | Kesinlikle Katılmıyorum | 16,3 | 10,7 |
| | Katılmıyorum | 20,2 | 11,7 |
| | Kararsızım | 21,4 | 20,4 |
| | Katılıyorum | 23,5 | 32,7 |
| 15. Koronaya yakalanırsam, sadece bir gün hafif ateşim çıkacak. | Kesinlikle Katılmıyorum | 17,9 | 12,5 |
| | Katılmıyorum | 18,9 | 8,4 |
| | Kararsızım | 20,2 | 20,7 |
| | Katılıyorum | 25,3 | 30,6 |
| 16. Korona çok ciddi ve tehlikeli bir hastalık değildir. | Kesinlikle Katılmıyorum | 23,2 | 14,3 |
| | Katılmıyorum | 24,7 | 21,7 |
| | Kararsızım | 8,4 | 7,7 |
| | Katılıyorum | 27,6 | 26,8 |
| 17. Korona çok tehlikeli bir hastalık olmadığı için maske kullanmıyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 34,9 | 25,8 |
| | Katılmıyorum | 26,8 | 25,5 |
| | Kararsızım | 6,9 | 6,1 |
| | Katılıyorum | 19,1 | 24,2 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 12,2 | 18,4 |

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre algılanan önem alt ölçeği dağılımları Tablo 4.29'da gösterilmiştir. Koronanın çok tehlikeli bir hastalık olmadığını düşündüğü için maske kullanmayanların oranı kadınlarda %31,3 iken erkeklerde ise

%42,6'dır. Koronanın ölümcül bir hastalık olarak düşündüğü için ellerini sık sık sabun ve suyla yıkadığını belirtenlerin oranı ise kadınlarda %75,2, erkeklerde %70,4 olarak gerçekleşmektedir. Kadınların koronaya karşı maske kullanma ve el hijyenine dikkat etme açısından erkeklere nazaran daha duyarlı oldukları görülmektedir.

Tablo 4.30: Cinsiyete Göre Algılanan Fayda Alt Ölçeği Dağılımı

| | | Kadın % | Erkek % |
|---|-------------------------|------------|------------|
| 1. Kalabalık yerlerde maske takmak beni koronaya karşı korur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 4,8 | 2,6 |
| | Katılmıyorum | 3,1 | 2,6 |
| | Kararsızım | 7,9 | 8,2 |
| | Katılıyorum | 51,8 | 47,2 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 32,4 | 39,5 |
| 2. Eldiven takmak beni koronaya karşı korur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 8,9 | 6,9 |
| | Katılmıyorum | 16,6 | 16,1 |
| | Kararsızım | 12,2 | 13,8 |
| | Katılıyorum | 34,7 | 37,5 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 27,6 | 25,8 |
| 3. Yüziime temas etmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkamak beni koronaya karşı korur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,6 | 3,6 |
| | Katılmıyorum | 6,6 | 7,1 |
| | Kararsızım | 9,7 | 8,2 |
| | Katılıyorum | 39,0 | 42,1 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 38,0 | 39,0 |
| 4. Evdeki yüzeyleri dezenfektanlarla dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 8,2 | 5,9 |
| | Katılmıyorum | 11,7 | 14,0 |
| | Kararsızım | 11,2 | 12,5 |
| | Katılıyorum | 43,6 | 38,5 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 25,3 | 29,1 |
| 5. Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 12,2 | 8,9 |
| | Katılmıyorum | 16,1 | 14,8 |
| | Kararsızım | 13,0 | 13,8 |
| | Katılıyorum | 38,0 | 39,0 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 20,7 | 23,5 |
| 6. Ekmeği kullanmadan önce ısıtmak korona virüsünü öldürür. | Kesinlikle Katılmıyorum | 14,0 | 11,7 |
| | Katılmıyorum | 22,7 | 19,1 |
| | Kararsızım | 15,6 | 12,8 |
| | Katılıyorum | 30,4 | 31,4 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 17,3 | 25,0 |
| 7. Diğer insanlarla iki metre mesafeyi korumak beni koronadan koruyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,6 | 3,6 |
| | Katılmıyorum | 7,7 | 7,4 |
| | Kararsızım | 11,2 | 11,2 |
| | Katılıyorum | 42,3 | 45,2 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 32,1 | 32,7 |
| 8. Dışarıdan giyilen giysileri yaşam alanı dışında tutmak koronadan koruyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 8,9 | 9,2 |
| | Katılmıyorum | 18,9 | 13,8 |
| | Kararsızım | 12,8 | 13,0 |
| | Katılıyorum | 38,8 | 36,2 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 20,7 | 27,8 |

| | | Kadın % | Erkek % |
|--|-------------------------|------------|------------|
| 9. Koronaya yakalanıldığında, 14 gün boyunca izole olmak, başkalarının enfekte olmasını önler. | Kesinlikle Katılmıyorum | 5,4 | 2,8 |
| | Katılmıyorum | 5,4 | 3,3 |
| | Kararsızım | 8,9 | 8,2 |
| | Katılıyorum | 45,9 | 48,2 |
| 10. Evde kalmak koronanın daha çabuk son bulmasını sağlar. | Kesinlikle Katılmıyorum | 7,7 | 3,3 |
| | Katılmıyorum | 7,4 | 5,9 |
| | Kararsızım | 14,5 | 11,2 |
| | Katılıyorum | 44,6 | 45,2 |
| 11. Korona virüsü telefon ekranında uzun süre hayatta kalır, bu nedenle telefon ekranını dezenfekte etmek koronaya yakalanmayı önlemede büyük rol oynar. | Kesinlikle Katılmıyorum | 12,2 | 11,7 |
| | Katılmıyorum | 16,6 | 11,2 |
| | Kararsızım | 14,8 | 13,3 |
| | Katılıyorum | 32,1 | 38,5 |
| 12. Yemeği iyi pişirmek korona virüsü öldürür. | Kesinlikle Katılmıyorum | 24,2 | 25,3 |
| | Katılmıyorum | 13,0 | 7,9 |
| | Kararsızım | 21,2 | 22,2 |
| | Katılıyorum | 12,5 | 12,2 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 33,2 | 30,1 |
| | | 20,2 | 27,6 |

Araştırmaya katılanların illere göre algılanan fayda alt ölçeği dağılımları Tablo 4.30'da gösterilmiştir. Dışarıda giyilen giysileri yaşam alanı dışında tutmanın kişiyi korona virüsten koruduğunu düşünenlerin oranı kadınlarda %59,5, erkeklerde ise %64 olarak gerçekleşmektedir. Yemeği iyi pişirmenin korona virüsü öldürdüğü algısı kadınlarda %53,4 iken, erkeklerde %57,7'dir. Her iki konuda erkeklerin daha duyarlı olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 4.31: Cinsiyete Göre Algılanan Engel Alt Ölçeği Dağılımı

| | | Kadın % | Erkek % |
|---|-------------------------|------------|------------|
| 1. Maske taktığımda boğulduğumu hissediyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 8,2 | 4,8 |
| | Katılmıyorum | 21,2 | 19,1 |
| | Kararsızım | 11,0 | 13,3 |
| | Katılıyorum | 36,2 | 37,0 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 23,5 | 25,8 |
| 2. Eldiven giydiğimde ellerim terliyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 7,7 | 4,3 |
| | Katılmıyorum | 16,3 | 14,0 |
| | Kararsızım | 10,7 | 9,7 |
| | Katılıyorum | 36,2 | 43,6 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 29,1 | 28,3 |
| 3. Aşırı el yıkama, cildimin kurumasına ve yara olmasına neden oluyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 6,1 | 4,6 |
| | Katılmıyorum | 14,5 | 11,5 |
| | Kararsızım | 13,8 | 16,1 |
| | Katılıyorum | 41,6 | 37,0 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 24,0 | 30,9 |
| 4. Alkol gibi dezenfektanlar çok pahalı ve zor bulunuyor. | Kesinlikle Katılmıyorum | 12,2 | 8,7 |
| | Katılmıyorum | 24,7 | 20,7 |
| | Kararsızım | 13,0 | 13,0 |
| | Katılıyorum | 31,4 | 34,9 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 18,6 | 22,7 |
| 5. Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek onların bozulmasına sebep olur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 11,5 | 4,8 |
| | Katılmıyorum | 14,0 | 13,8 |
| | Kararsızım | 17,3 | 17,6 |
| | Katılıyorum | 34,7 | 38,5 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 22,4 | 25,3 |
| 6. Ekmeği ısıtmanın korona virüsünü yok etmede etkisi yoktur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 9,7 | 5,9 |
| | Katılmıyorum | 13,5 | 13,3 |
| | Kararsızım | 15,8 | 13,8 |
| | Katılıyorum | 35,2 | 34,9 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 25,8 | 32,1 |
| 7. İnsanlara mesafeli durmak ve onlarla tokalaşmamak, onların bana darılmasına ve benim için kötü düşünmesine neden olur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 14,5 | 10,7 |
| | Katılmıyorum | 21,9 | 23,5 |
| | Kararsızım | 10,5 | 10,7 |
| | Katılıyorum | 32,9 | 27,8 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 20,2 | 27,3 |
| 8. Çok korkup endişelendiğim için ateş ve öksürüğüm varsa hemen hastaneye gidiyorum. | Kesinlikle Katılmıyorum | 10,2 | 9,4 |
| | Katılmıyorum | 17,6 | 14,3 |
| | Kararsızım | 11,0 | 14,0 |
| | Katılıyorum | 37,2 | 36,5 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 24,0 | 25,8 |
| 9. Dezenfektanlarla cep telefonunu temizlemek telefona zarar verir. | Kesinlikle Katılmıyorum | 14,5 | 6,9 |
| | Katılmıyorum | 13,3 | 13,0 |
| | Kararsızım | 15,3 | 12,8 |
| | Katılıyorum | 33,9 | 33,4 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 23,0 | 33,9 |
| 10. Yemekleri iyi pişirmenin korona virüse hiçbir etkisi yoktur. | Kesinlikle Katılmıyorum | 10,5 | 5,1 |
| | Katılmıyorum | 16,8 | 14,0 |
| | Kararsızım | 13,5 | 16,3 |
| | Katılıyorum | 36,7 | 36,0 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 22,4 | 28,6 |

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre algılanan engel alt ölçeği dağılımları Tablo 4.31’de gösterilmiştir. Maske taktığında boğulduğunu hissedenerin oranı kadınlarda %59,7, erkeklerde ise %62,8’dir. Ateş ve öksürük gibi belirtileri olup hemen hastaneye gidenlerin oranı kadınlarda %61,2, erkeklerde %62,3’tür.

4.3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 (TSOY-32) Ölçeği Betimleyici İstatistikler

Bu başlık altında Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine (TSOY-32) ait katılımcıların cevapları verilmektedir.

Tablo 4.32: TSOY-32-1 Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Çok kolay % | Kolay % | Fikrim yok % | Zor % | Çok zor % | PDT |
|--|----------------|------------|--------------------|----------|--------------|------|
| Hastaneye gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırmak | 23,6 | 36,7 | 10,3 | 17,3 | 12,0 | 60,3 |
| Rahatsızlandığınızda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırmak | 16,6 | 43,1 | 5,7 | 18,6 | 15,9 | 59,7 |
| Rahatsızlığınız olduğunda, bu konuda ailenizin tavsiyelerini değerlendirmek | 19,8 | 37,9 | 11,9 | 20,4 | 10,1 | 57,7 |
| Sağlıkçıların önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak | 19,1 | 38,5 | 8,8 | 18,1 | 15,4 | 57,7 |
| Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak | 19,9 | 37,8 | 9,6 | 19,0 | 13,8 | 57,7 |
| Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla ilgili bilgileri anlamak | 19,0 | 37,9 | 8,7 | 18,2 | 16,2 | 56,9 |
| Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde telefon ile randevu almak | 18,2 | 38,4 | 9,4 | 20,2 | 13,8 | 56,6 |
| Hastaneye gitmek istediğinizde başvurunuzu nasıl yapacağınızı araştırmak | 18,9 | 37,5 | 4,7 | 19,9 | 19,0 | 56,4 |
| Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerini değerlendirmek | 17,9 | 38,5 | 11,4 | 19,8 | 12,5 | 56,4 |
| Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak | 20,7 | 35,6 | 11,1 | 18,4 | 14,3 | 56,3 |
| İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak | 20,7 | 35,3 | 7,3 | 19,5 | 17,2 | 56,0 |
| Acil bir durumda ne yapabileceğine karar vermek | 16,6 | 39,2 | 9,1 | 19,0 | 16,2 | 55,7 |

| | Çok kolay % | Kolay % | Fikrim yok % | Zor % | Çok zor % | PDT |
|---|----------------|------------|--------------------|----------|--------------|------|
| Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin yerini arayıp bulmak | 21,2 | 34,3 | 8,7 | 18,8 | 17,1 | 55,5 |
| Rahatsızlandığınızda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırmak | 20,9 | 34,3 | 5,0 | 19,9 | 19,9 | 55,2 |
| Düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak | 18,8 | 36,5 | 8,2 | 18,9 | 17,7 | 55,2 |
| Rahatsızlandığınızda, rahatsızlığı konusunda herhangi bir yazıyı okuyup anlamak | 20,9 | 33,9 | 2,8 | 21,3 | 21,0 | 54,8 |

Tablo 4.32’de Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine (TSOY-32) ait bireylerin cevap yüzdeleri verilmektedir. Katılımcıların %60,3’ü “Hastaneye gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırmak” kolay-çok kolay cevabını vermektedir.

Tablo 4.33: TSOY-32-2 Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımları

| | Çok kolay % | Kolay % | Fikrim yok % | Zor % | Çok zor % | PDT |
|---|----------------|------------|--------------------|----------|--------------|------|
| Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya karar vermek | 19,3 | 34,7 | 11,7 | 21,0 | 13,3 | 54,0 |
| Kitle iletişim araçları ile önerilen sağlıklı yaşam bilgilerinin anlamak | 17,5 | 35,6 | 9,2 | 20,4 | 17,3 | 53,1 |
| Yaptırmanız gereken sağlık taramaları ile ilgili araştırma yapmak | 17,6 | 35,1 | 9,7 | 19,4 | 18,2 | 52,7 |
| Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak | 15,6 | 37,1 | 10,3 | 20,4 | 16,6 | 52,7 |
| Gıda ambalajları üzerinde sağlığımızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak | 18,2 | 33,8 | 8,5 | 21,8 | 17,6 | 52,0 |
| Yaşadığımız çevrenin sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek | 18,4 | 33,4 | 9,3 | 21,4 | 17,5 | 51,8 |
| Sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak | 18,0 | 33,8 | 10,1 | 21,3 | 16,8 | 51,8 |

| | Çok kolay % | Kolay % | Fikrim yok % | Zor % | Çok zor % | PDT |
|---|----------------|------------|--------------------|----------|--------------|------|
| Sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak | 17,1 | 34,4 | 9,7 | 24,0 | 14,8 | 51,5 |
| Sağlığınız için yaşam tarzınızı değiştirmek | 18,4 | 33,2 | 10,6 | 20,2 | 17,7 | 51,5 |
| Kitle iletişim araçlarından yapılan önerilerinin güvenilir olup olmadığına karar vermek | 17,1 | 34,3 | 10,5 | 20,9 | 17,2 | 51,4 |
| Yaşadığınız çevrenin daha sağlıklı olması için neler yapılabileceğini araştırmak | 15,9 | 35,3 | 8,5 | 20,3 | 19,9 | 51,3 |
| Günlük davranışlarınızdan hangilerinin sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek | 17,6 | 32,9 | 10,8 | 21,2 | 17,5 | 50,5 |
| Sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak | 19,4 | 30,7 | 10,2 | 23,1 | 16,6 | 50,1 |
| Sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili araştırma yapmak | 18,1 | 32,0 | 8,3 | 23,9 | 17,7 | 50,1 |
| Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak | 15,3 | 33,2 | 13,4 | 22,3 | 15,8 | 48,5 |
| Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek | 16,8 | 31,4 | 10,1 | 21,9 | 19,8 | 48,2 |

Tablo 4.33'te Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine (TSOY-32) ait ifadelerin devamı yer almakta ve bireylerin cevap yüzdeleri verilmektedir. En düşük PDT skoruna sahip ifade ise %48,2 ile "Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek." kolay-çok kolay cevabını vermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için uygulanmış Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'den elde edilen veriler aşağıda belirtilen dört kategoride değerlendirilmiştir. Ölçek puanlamasına ilişkin her madde "1: Çok Kolay, 2: Kolay, 3: Zor ve 4: Çok Zor" olacak şekilde her ifadeye göre kodlaması yapılmış ve her katılımcıya ilişkin sağlık okuryazarlığı puanı elde edilmiştir (Bakan, 2019). Ölçeğe göre (0-25) puan yetersiz, (>25-33) puan sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) puan yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) puan ise mükemmel sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Tablo 4.34'te 784 kişiye uygulanmış TSOY-32 ölçeğinin sonuçları verilmektedir. Katılımcıların %44,8'i yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipken, %16,3'ü sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına, %29,3'ü yeterli sağlık okuryazarlığına ve %9,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Tablo 4.34: TSOY-32 Ölçek Değerlendirmesi

| Puan Aralığı | Frekans | Oran |
|--------------|---------|------|
| 0-25 | 351 | 44,8 |
| >25-33 | 128 | 16,3 |
| >33-42 | 230 | 29,3 |
| >42-50 | 75 | 9,6 |
| Toplam | 784 | 100 |

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ilişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit edebilmek için ölçeğin değerlendirilmesinde; puanlama 0-50 arasında olacak şekilde aşağıda belirtilen formül kullanılarak indeks puanı hesaplanmıştır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Tablo 4.35'te gösterildiği üzere sağlık okuryazarlığı düzeyi dört kategoride incelenmektedir. Araştırma sonucunda genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 24,6 yani yetersiz sağlık okuryazarlığı olarak gözlemlenmektedir.

Tablo 4.35: Matris Bileşenlerinin İndeks Puanlarının Ortalama ve %95 Güven Aralığı Değerleri

| Boyut | Ortalama Puan | %95 Güven Aralığı | | Puan Aralığı | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi |
|---|---------------|-------------------|-----------|--------------|-----------------------------|
| | | Alt Sınır | Üst Sınır | | |
| Genel | 24,6 | 23,4 | 25,7 | 0-25 | Yetersiz |
| Tedavi ve Hizmet | 25,4 | 24,2 | 26,5 | | |
| Bilgiye Ulaşma | 26,2 | 25,0 | 27,2 | >25-33 | Sorunlu Sınırlı |
| Bilgiyi Anlama | 25,2 | 24,0 | 26,3 | | |
| Bilgiyi Değerlendirme | 24,8 | 23,5 | 25,9 | >33-42 | Yeterli |
| Bilgiyi Kullanma/Uygulama | 25,4 | 24,2 | 26,5 | | |
| Hastalıklarından Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi | 23,8 | 22,6 | 24,9 | >42-50 | Mükemmel |
| Bilgiye Ulaşma | 23,8 | 22,6 | 24,9 | | |
| Bilgiyi Anlama | 24,1 | 22,9 | 25,2 | | |
| Bilgiyi Değerlendirme | 23,4 | 22,3 | 24,6 | | |
| Bilgiyi Kullanma/Uygulamam | 24,0 | 22,8 | 25,1 | | |

En yüksek puan tedavi ve hizmet alt kategorisinde bilgiye ulaşma ölçeğine ait ortalama 26,2 yani sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak tespit edilmektedir. Tablo 4.36’da bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma içerisinde olduğu görülmektedir ($p<0.00$). Kadınların genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,3 olarak hesaplanırken, erkeklerin 20,5 puan aldıkları görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı sınıflamasında kadınlar sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahipken, erkekler yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Tablo 4.36: Matris Bileşenlerinde Cinsiyete Göre İndeks Puanları

| Boyut | Ortalama Puanı (%95 Güven Aralığı) | | | |
|---|------------------------------------|-------------|---------------|-------------|
| | Kadın (n:392) | | Erkek (n:392) | |
| Genel | 29,3 | 28,1 - 30,7 | 19,9 | 18,2 - 21,7 |
| Tedavi Hizmet | 30,2 | | 20,5 | |
| Bilgiye Ulaşma | 30,7 | 29,3 - 32,1 | 21,7 | 20,1 - 23,3 |
| Bilgiyi Anlama | 30,0 | 28,5 - 31,4 | 20,3 | 18,6 - 22,1 |
| Bilgiyi Değerlendirme | 29,7 | 28,3 - 31,1 | 19,8 | 18,0 - 21,7 |
| Bilgiyi Kullanma/Uygulama | 30,3 | 28,9 - 31,7 | 20,5 | 18,8 - 22,3 |
| Hastalıklarından Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi | 28,5 | | 19,2 | |
| Bilgiye Ulaşma | 28,1 | 28,5 - 29,1 | 19,6 | 17,8 - 21,2 |
| Bilgiyi Anlama | 28,7 | 27,3 - 30,1 | 19,5 | 17,7 - 21,2 |
| Bilgiyi Değerlendirme | 28,3 | 26,8 - 29,7 | 18,6 | 16,8 - 20,3 |
| Bilgiyi Kullanma/Uygulamam | 28,8 | 27,3 - 30,2 | 19,1 | 17,4 - 20,8 |

Tablo 4.37: Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| | | Cinsiyet | | | |
|-----------------------------------|-----------------|----------|------|---------|------|
| | | Kadın | | Erkek | |
| | | Frekans | % | Frekans | % |
| Sağlık Okuryazar Düzeyleri | Yetersiz | 160 | 40,8 | 191 | 48,7 |
| | Sorunlu-Sınırlı | 65 | 16,6 | 63 | 16,1 |
| | Yeterli | 126 | 32,1 | 104 | 26,5 |
| | Mükemmel | 41 | 10,5 | 34 | 8,7 |

Tablo 4.37’de cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri verilmektedir. Erkeklerin %48,7’si yetersiz, %16,1’i sorunlu-sınırlı, %26,5’i yeterli, %8,7’si mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kadınların %40,8’i yetersiz, %16,6’sı sorunlu-sınırlı, %32,1’i yeterli, %10,5’i mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Tablo 4.38: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| | | Sağlık Okuryazar Düzeyleri | | | | | | | |
|-----|-----------------|----------------------------|------|-----------------|------|---------|------|----------|------|
| | | Yetersiz | | Sorunlu-Sınırlı | | Yeterli | | Mükemmel | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Yaş | 18-24 yaş | 51 | 43,2 | 10 | 8,5 | 44 | 37,3 | 13 | 11 |
| | 25-29 yaş | 37 | 38,9 | 23 | 24,2 | 25 | 26,3 | 10 | 10,5 |
| | 30-34 yaş | 37 | 37,8 | 17 | 17,3 | 31 | 31,6 | 13 | 13,3 |
| | 35-39 yaş | 46 | 44,7 | 21 | 20,4 | 26 | 25,2 | 10 | 9,7 |
| | 40-44 yaş | 44 | 45,4 | 12 | 12,4 | 32 | 33 | 9 | 9,3 |
| | 45-49 yaş | 35 | 40,7 | 13 | 15,1 | 30 | 34,9 | 8 | 9,3 |
| | 50-54 yaş | 43 | 57,3 | 13 | 17,3 | 14 | 18,7 | 5 | 6,7 |
| | 55-59 yaş | 36 | 57,1 | 10 | 15,9 | 12 | 19 | 5 | 7,9 |
| | 60 yaş ve üzeri | 22 | 44,9 | 9 | 18,4 | 16 | 32,7 | 2 | 4,1 |

Tablo 4.38’de yaşa göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde 50-54 yaş aralığı bireylerin %57,3’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları, 30-34 yaş grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranlarının %37,8’e kadar düştüğü görülmektedir. Bu sonuçlar bireyler de artan yaşın sağlık okuryazarlığında yetersizliği arttırdığını düşündürmektedir.

Tablo 4.39: Sosyo-Ekonomik Statülerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| | | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri | | | | | | | |
|----------------------|------|--------------------------------|------|-----------------|------|---------|------|----------|------|
| | | Yetersiz | | Sorunlu-Sınırlı | | Yeterli | | Mükemmel | |
| | | Frekans | % | Frekans | % | Frekans | % | Frekans | % |
| Sosyo-Ekonomik Statü | AB | 42 | 38,9 | 22 | 20,4 | 33 | 30,6 | 11 | 10,2 |
| | C1C2 | 219 | 43,2 | 84 | 16,6 | 156 | 30,8 | 48 | 9,5 |
| | DE | 90 | 53,3 | 22 | 13 | 41 | 24,3 | 16 | 9,5 |

Tablo 4.39’da sosyo-ekonomik statüye göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri gösterilmektedir. AB sosyo-ekonomik statü grubunda sağlık okuryazarlığı yetersizlik seviyesi %38,9 oranındayken DE grubu sağlık okuryazarlığı yetersizlik seviyesi %53,3’e kadar artmaktadır. Bireylerin sosyo-ekonomik statü grubu arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyelerinde de iyileşme gözlemlenmektedir.

Tablo 4.40: Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| | | Yetersiz | | Sorunlu-Sınırlı | | Yeterli | | Mükemmel | |
|----------------------|------------|----------|------|-----------------|------|---------|------|----------|------|
| | | Frekans | % | Frekans | % | Frekans | % | Frekans | % |
| Eğitim Durumu | İlkokul | 171 | 46,0 | 55 | 14,8 | 108 | 29 | 38 | 10,2 |
| | Lise | 117 | 43,0 | 48 | 17,6 | 83 | 30,5 | 24 | 8,8 |
| | Üniversite | 63 | 45,0 | 25 | 17,9 | 39 | 27,9 | 13 | 9,3 |

Tablo 4.40’ta görüldüğü üzere eğitim durumu ilkokul olan bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersizliği %46,0 olarak gösterilmektedir. Lise seviyesinde bireylerin %43,0’ü yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipken, üniversite seviyesinde bu oran %45,0’e ulaşmaktadır.

Tablo 4.41: İllere Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| | | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri | | | | | | | |
|-------|-----------|--------------------------------|---------|-----------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | | Yetersiz | | Sorunlu-Sınırlı | | Yeterli | | Mükemmel | |
| İller | Frekans | % | Frekans | % | Frekans | % | Frekans | % | Frekans |
| | | Adana | 25 | 7,1 | 2 | 1,6 | 5 | 2,2 | 14 |
| | Ankara | 100 | 28,5 | 7 | 5,5 | 6 | 2,6 | 1 | 1,3 |
| | Balıkesir | 22 | 6,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Bursa | 61 | 17,4 | 2 | 1,6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Erzurum | 1 | 0,3 | 6 | 4,7 | 7 | 3 | 0 | 0 |
| | Gaziantep | 6 | 1,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 | 48,0 |
| | İstanbul | 111 | 31,6 | 54 | 42,2 | 146 | 63,5 | 1 | 1,3 |
| | İzmir | 9 | 2,6 | 33 | 25,8 | 38 | 16,5 | 8 | 10,7 |
| | Kayseri | 3 | 0,9 | 18 | 14,1 | 7 | 3 | 0 | 0 |
| | Malatya | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 20,0 |
| | Samsun | 12 | 3,4 | 5 | 3,9 | 6 | 2,6 | 0 | 0 |
| | Trabzon | 0 | 0 | 1 | 0,8 | 15 | 6,5 | 0 | 0 |

Araştırmaya katılanların illere göre sağlık okuryazarlığı durumları Tablo 4.41’de gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan en yoğun il %31,6 ile İstanbul olurken, sağlık okuryazarlığı yeterli olan il %63,5 ile yine İstanbul’dur. Sağlık okuryazarlığı mükemmel olan il ise %48,0 ile Gaziantep’tir.

4.4 Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Sosyal Medyanın Yeri

Araştırmanın bu kısmında ankete katılan bireylere yöneltilen sağlıkla ilgili bilgiye erişimde sosyal medyanın yeri başlığı altında verilen cevaplar incelenecektir.

Tablo 4.42: Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Sosyal Medyanın Yeri

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Hiç katılmıyorum % | PDT |
|---|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|------|
| İnternette bulunduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim | 22,2 | 40,2 | 20,5 | 10,6 | 6,5 | 62,4 |
| İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum | 8,8 | 53,4 | 21,0 | 13,0 | 3,7 | 62,2 |
| İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden bulacağımı biliyorum | 23,3 | 38,0 | 18,9 | 12,1 | 7,7 | 61,4 |
| İnternette bana yardımcı olması için bulunduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum | 21,0 | 39,8 | 20,3 | 12,0 | 6,9 | 60,8 |
| İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum | 20,8 | 39,5 | 20,2 | 13,4 | 6,1 | 60,3 |
| İnternetteki bilimsel sağlık haberlerini, bilimsel olmayan sağlık haberlerinden ayırabilirim | 21,7 | 38,5 | 20,8 | 11,9 | 7,1 | 60,2 |
| Sosyal medyada COVID-19 pandemisi ile ilgili Türkçe sayfaların, güncel olduğunu düşünüyorum | 19,4 | 39,2 | 22,3 | 12,8 | 6,4 | 58,5 |
| Sağlığım ile ilgili sorularımın cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı bilmiyorum | 22,4 | 35,8 | 22,4 | 11,9 | 7,4 | 58,3 |
| COVID-19'a ile ilgili daha fazla haber yayınlamanın insanlar arasında korku ve panik yaydığını düşünüyor musunuz? | 20,7 | 25,8 | 21,3 | 23,9 | 8,4 | 46,4 |
| Sosyal medyada yer alan COVID-19 paylaşımlarının salgını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? | 17,3 | 27,6 | 21,3 | 25,0 | 8,8 | 44,9 |

Tablo 4.42’de internette yer alan sağlık kaynakları hakkında değerlendirme ifadeleri incelendiğinde bireylerin %62,4’ü “İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.” ifadesine katıldıklarını belirtmektedir. PDT değeri en düşük olan “Sosyal medyada yer alan COVID-19 paylaşımlarının salgını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?” sorusuna bireylerin %44,9’u katıldıklarını belirtmektedir.

Tablo 4.43: Sosyal Medyada Sağlık Haberlerini Takip Etme Nedenleri

| | Kesinlikle katılıyorum % | Katılıyorum % | Kararsızım % | Katılmıyorum % | Hiç katılmıyorum % | PDT |
|---|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|------|
| Sağlık ile ilgili önemli bilgiler veriyorlar | 21,7 | 38,6 | 19,4 | 14,2 | 6,1 | 60,3 |
| Hakkında bir şeyler bilmediğim pek çok hastalık ve sağlık bilgisini bu haberlerden öğrendim/öğreniyorum | 11,2 | 48,7 | 19,4 | 17,1 | 3,6 | 59,9 |
| Diğer bilgi kaynaklarıyla kıyaslandığında sosyal medya kanallarında uzman konuklar daha anlaşılır türde bilgiler veriyorlar | 22,3 | 33,9 | 21,7 | 15,8 | 6,3 | 56,3 |
| Sağlığımı koruma ve geliştirmede yararlı bilgiler sunuyorlar | 21,0 | 34,4 | 23,3 | 15,4 | 5,7 | 55,5 |
| Benim veya yakınlarımın rahatsızlıkları hakkında çok şey öğreniyorum | 20,7 | 34,8 | 22,8 | 14,7 | 7,0 | 55,5 |
| Kişisel sağlık bilgimi artırdıklarını düşünüyorum | 21,3 | 33,7 | 27,2 | 12,8 | 5,1 | 55,0 |
| Benim için sağlık haberleri önemli olduğundan çoğunlukla verilen önerileri uyguluyorum | 22,4 | 32,1 | 25,1 | 15,1 | 5,2 | 54,6 |
| Sağlık ve tıpla ilgili pek çok teknolojik yeniliği ya da gelişmeyi sosyal medyadaki sağlık haberlerinden öğreniyorum | 22,8 | 30,9 | 24,1 | 13,3 | 8,9 | 53,7 |
| Sosyal medyada yer alan sağlık bilgilendirmeleri sayesinde sağlığa zararlı bazı alışkanlıklarımı bıraktım | 16,2 | 33,8 | 24,6 | 14,9 | 10,5 | 50,0 |
| Bu haberlere doktorlardan daha çok güveniyorum | 18,5 | 27,7 | 17,0 | 28,1 | 8,8 | 46,2 |

Tablo 4.43’te sosyal medyada yer alan sağlık haberlerini takip etme nedenleri incelendiğinde, bireylerin %60,3’ü “Sağlık ile ilgili önemli bilgiler veriyorlar.” ifadesine katıldıklarını belirtmektedir. En düşük PDT skoruna sahip “Bu haberler doktorlardan daha çok güveniyorum.” ifadesine bireylerin %46,2’si katıldıklarını belirtmektedir.

4.5 Bilgi Kaynaklarına Güven Durumu

Bireylere sağlık haberlerine erişim kaynaklara duydukları güven durumunu incelemek için sorular yöneltilmiştir.

Tablo 4.44: Bilgi Kaynaklarına Güven Durumu

| | Çok güveniyorum | Güveniyorum | Ne güveniyorum ne güvenmiyorum | Güvenmiyorum | Hiç güvenmiyorum | PDT |
|---------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------|--------------|---------------------|------|
| | % | % | % | % | % | |
| Doktorlar | 38,5 | 47,4 | 9,2 | 0,8 | 4,1 | 86,0 |
| Yakın çevre | 26,5 | 52,6 | 14,8 | 2,4 | 3,7 | 79,1 |
| Sağlık Bakanlığı | 27,7 | 44,9 | 15,2 | 5,4 | 6,9 | 72,6 |
| Televizyon programları | 19,0 | 41,8 | 22,6 | 7,8 | 8,8 | 60,8 |
| İş yeri | 17,2 | 35,2 | 25,3 | 17,2 | 5,1 | 52,4 |
| İnternet | 18,5 | 33,0 | 31,3 | 9,4 | 7,8 | 51,5 |
| Televizyon haberleri | 15,8 | 34,1 | 29,7 | 11,2 | 9,2 | 49,9 |
| Sosyal medya | 17,1 | 31,6 | 31,4 | 9,2 | 10,7 | 48,7 |
| Televizyon reklamları | 15,4 | 31,5 | 28,6 | 14,9 | 9,6 | 46,9 |
| Gazete reklamları | 12,0 | 32,1 | 25,6 | 20,9 | 9,3 | 44,1 |
| Gazete haberleri | 12,9 | 30,6 | 29,5 | 17,1 | 9,9 | 43,5 |
| Dergi haberleri | 13,0 | 29,8 | 26,1 | 20,4 | 10,6 | 42,9 |
| Radyo haberleri | 17,6 | 25,1 | 28,3 | 19,1 | 9,8 | 42,7 |
| Dergi reklamları | 16,5 | 24,7 | 25,3 | 23,9 | 9,7 | 41,2 |
| Radyo reklamları | 15,6 | 25,5 | 25,1 | 23,6 | 10,2 | 41,1 |

Tablo 4.44’te katılımcıların bilgi kaynaklarına güvenme durumu verilmektedir. Ankete katılan bireylere COVID-19 döneminde kişi ve kurumlardan aldıkları bilgilere ne derece güvendikleri sorulduğunda, doktorlar en yüksek güvenme oranına sahip

olurken, ardından sağlık bakanlığı ve yakın evre gelmektedir. En az güvenilen bilgi kaynakları ise dergi, gazete haberleri ve gazete reklamları olmaktadır.

4.6 Hipotez Testleri

Çalışmanın bu kısmında araştırmanın hipotezleri test edilecektir. H1 ve H2 hipotezlerini test etmek için Kruskall Wallis Testi uygulanmış olup, H3 ve H4 hipotezleri için değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. H5 hipotezini test etmek için ise, bir çoklu regresyon modeli kullanılmıştır.

Sağlık davranışları ve sağlık haberlerinin doğru anlaşılması değişkenlerinin normalliklerini incelemek için Shapiro-Wilk Testi yapılmıştır. Test sonucunda her iki değişkenin de normal dağılmadıkları grlmektedir ($p < 0,00$).

Tablo 4.45: Normallik Testi

| Değişkenler | | Shapiro-Wilk | |
|---------------------|-------|--------------|-------|
| | | df | p |
| Sağlık Davranışları | 0,939 | 784 | 0,000 |
| Sağlık Haberleri | 0,927 | 784 | 0,000 |

Sağlık davranışlarının ve sağlık haberlerinin doğru anlaşılmasının sağlık okuryazarlığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını incelemek için Kruskall Wallis Testi uygulanmıştır. Yapılan test sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında sağlık davranışları ve sağlık haberlerinin doğru anlaşılması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,00$).

Tablo 4.46: Kruskall Wallis Testi

| | Sağlık Davranışları | Sağlık Haberleri |
|---------|---------------------|------------------|
| Ki-Kare | 35,818 | 25,475 |
| Df | 3 | 3 |
| Sig. | 0,000 | 0,000 |

Farklılaşmanın hangi düzeyler arasında olduğunu incelemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Tukey testi sonucuna göre; yetersiz sağlık okuryazarlığı ile sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı arasında sağlık davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır. Buna göre, sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanlara kıyasla sağlık davranışları açısından farklılıklar göstermektedir. Ayrıca, benzer şekilde yetersiz sağlık okuryazarlığı ile yeterli-sağlık okuryazarlığı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlık davranışlarına uyum artmaktadır.

Tablo 4.47: Sağlık Davranışları için Tukey Testi

| I | J | Ortalama Farkı (I-J) | P |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------|-------|
| Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı | Sınırlı-Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı | 0,24866 | 0,003 |
| | Yeterli Sağlık Okuryazarlığı | 0,21075 | 0,002 |

Tukey testi sağlık haberleri için de uygulanmış olup testin sonucuna göre; yetersiz sağlık okuryazarlığı ile sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı arasında sağlık haberlerinin doğru anlaşılması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bununla birlikte, benzer farklılık yetersiz sağlık okuryazarlığı ile yeterli-sağlık okuryazarlığı arasında da bulunmaktadır. Buna göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlık haberlerinin doğru anlaşılma oranı artmaktadır.

Tablo 4.48: Sağlık Haberleri için Tukey Testi

| I | J | Ortalama Farkı (I-J) | P |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------|-------|
| Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı | Sınırlı-Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı | 0,29860 | 0,006 |
| | Yeterli-Sağlık Okuryazarlığı | 0,23897 | 0,008 |

COVID-19 ile ilgili algılanan fayda derecesi ve sağlık davranışları arasında ilişkinin yönü ve derecesini ölçmek için pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Tablo 4.48’de gösterildiği üzere COVID-19 ile ilgili algılanan fayda derecesi ve sağlık davranışları arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.000$). Bu sonuca göre, COVID-19’a ilişkin algılanan fayda derecesi arttıkça bireylerin sağlık davranışları da olumlu yöne evrilmektedir.

Tablo 4.49: Algılanan Fayda ile Sağlık Davranışları Arasındaki Korelasyon Katsayısı

| | Sağlık Davranışları |
|-----------------|---------------------|
| Algılanan Fayda | 0,767 |
| P | 0,000 |
| N | 784 |

COVID-19 ile ilgili algılanan önem derecesi ve sağlık davranışları arasında ilişkinin yönü ve derecesini ölçmek için pearson korelasyon testi yapılmıştır. Tablo 4.49’da gösterildiği üzere COVID-19 ile ilgili algılanan önem derecesi ve sağlık davranışları arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişki olduğu tespit edilmektedir ($p<0.000$). Bu sonuca göre, COVID-19’a ilişkin algılanan önem arttıkça bireylerin sağlık davranışları da olumlu yöne evrilmektedir.

Tablo 4.50: Algılanan Önem ile Sağlık Davranışları Arasındaki Korelasyon Katsayısı

| | Sağlık Davranışları |
|----------------|---------------------|
| Algılanan Önem | 0,679 |
| P | 0,000 |
| N | 784 |

COVID-19’un hastalığa yakalanan kişilerde nasıl etkilere sebep olduğunun, hastalığın öneminin bireylerce anlaşılmasını gösteren; algılanan önem değişkeni, COVID-19 için alınan önlemlerin faydalarına ilişkin; algılanan fayda değişkeni ve

bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin sağlık davranışları üzerinde etkilerini incelemek için bir çoklu regresyon modeli kullanılmıştır. Değişkenlere ilişkin kısaltmalar ve değişken açıklamaları Tablo 4.50'de verilmektedir. Buna göre, sağlık davranışları bağımlı değişken iken, algılanan fayda, sağlık okuryazarlığı ve algılanan önem bağımsız değişkenler arasında yer almaktadır.

Kurulan regresyon modeline ilişkin denklem ise aşağıda gösterilmektedir.

$$Y_i = 1,008 + 0,410X_{1i} + 0,003X_{2i} + 0,299X_{3i}$$

Tablo 4.51: Kullanılan Değişkenlere İlişkin Kısaltmalar

| Değişken İsimleri | Değişkenler | Değişken Açıklamaları |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|
| Bağımlı Değişken | Y _i | Sağlık Davranışları |
| | X _{1i} | Algılanan Fayda |
| Bağımsız Değişkenler | X _{2i} | Sağlık Okuryazarlığı |
| | X _{3i} | Algılanan nem |

Modele ilişkin genel başarıyı ölçmek için kullanılan belirlilik katsayısı incelendiğinde, model başarısının %65 olarak gerçekleştiği grlmektedir. Sağlık davranışlarındaki değişmelerin %65'i algılanan önem, algılanan fayda ve sağlık okuryazarlığı değişkenleriyle açıklanmaktadır. Regresyonun varsayımlarından biri olan hata terimleri arasında otokorelasyon olmamasının değerlendirilmesi için Durbin-Watson Testi uygulanmıştır. Hesaplanan Durbin-Watson d istatistiğinin tablo kritik değerlerinin ($d_L: 1,73$ $d_U: 1,81$) dışında olduğu için hata terimleri arasında otokorelasyon olmaması varsayımının sağlandığı grlmektedir. Regresyonun bir diğer varsayımı olan normallik için değişkenlere ilişkin eğiklik ve basıklık katsayıları incelenmiş ve tüm değişkenlerin eğiklik basıklık katsayıları; -1,5 +1,5 arasında olduğu görülmüş ve normal dağıldıkları kabul edilmiştir (Tabachnick, 2013).

Tablo 4.52: Belirlilik Katsayısı ve Durbin Watson Testi

| R | Belirlilik Katsayısı | Düzeltilmiş Belirlilik Katsayısı | Tahmini Standart Hatası | Durbin - Watson |
|------|----------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------|
| ,810 | ,656 | ,655 | ,40772 | 1,988 |

Modelin genel anlamlılığı için hesaplanan F testi sonucunda model genel olarak anlamlı bulunmaktadır ($p < 0.00$). Bu bağlamda, model de yer alan bağımsız değişkenlerin en az birinin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Buna göre, algılanan fayda, sağlık okuryazarlığı ve algılanan önemin en az birinin bireylerin sağlık davranışı üzerinde anlamlı bir etkiye yol açabildiği görülmektedir.

Tablo 4.53: ANOVA Tablosu

| | Kareler Toplamı | Serbestlik Derecesi | Kareler Toplamı | F | p |
|------------|-----------------|---------------------|-----------------|--------|------|
| Regresyon | 247,76 | 3 | 82,590 | 496,82 | ,000 |
| Kalıntılar | 129,66 | 780 | ,166 | | |
| Total | 377,43 | 783 | | | |

Çoklu regresyon modelinin varsayımlarından biri olan bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olmaması varsayımı için hesaplanan VIF değerlerine bakıldığında hesaplanan tüm VIF değerlerinin 3'ten küçük olduğu bulunmaktadır. Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin çoklu doğrusal bağlılık problemine sebep olmadıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin anlamlılıklarına ilişkin yapılan t testlerinin sonuçlarına bakıldığında tüm bağımsız değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı oldukları tespit edilmektedir ($p < 0.00$). Diğer değişkenlerin bir etkisi yokken, algılanan fayda bir puan arttığında sağlık davranışları 0,410 puan artmaktadır. Algılanan önem bir puan arttığında sağlık davranışları 0,299

puan artmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı derecesindeki bir puanlık artışta sağlık davranışları 0,003 puan artmaktadır. Dolayısıyla, sağlık algılanan faydanın algılanan öneme kıyasla sağlık davranışı üzerinde daha etkili olduğu görölmektedir. Bununla birlikte, algılanan önem ve algılanan faydanın ise sağlık davranışı için sağlık okuryazarlığı düzeyine kıyasla daha büyük etki düzeyine sahip olduğu görölmektedir.

Tablo 4.54: Regresyon Katsayıları ve VIF Değerleri

| | Standardize Edilmemiş Katsayılar | | Standardize Edilmiş Katsayılar | T | Sig. | Çoklu Doğrusallık İstatistikleri | |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------------|--------|------|----------------------------------|-------|
| | B | Standart Hata | Beta | | | Tolerans | VIF |
| Sabitlik Katsayısı | 1,008 | ,082 | | 12,312 | ,000 | | |
| Algılanan Fayda | ,410 | ,022 | ,525 | 18,271 | ,000 | ,534 | 1,871 |
| Sağlık Okuryazarlığı | ,003 | ,001 | ,059 | 2,567 | ,010 | ,824 | 1,214 |
| Algılanan Önem | ,299 | ,024 | ,376 | 12,247 | ,000 | ,466 | 2,145 |

Bölüm 5

SONUÇ

Tezin bu bölümünde yürütülen çalışmanın ve tüm bulguların özeti ile çalışmadan çıkarılan sonuç ve ileriki çalışmalara öneriler yer almaktadır.

5.1 Çalışmanın Özeti

“Türkiye’de COVID-19 Sürecinde, Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi İlişkisi” isimli tez çalışması, COVID-19 pandemisi sürecinde, Türkiye’de halkın hangi kanallardan sağlık bilgilerine bilgisine ulaştığı, sağlık bilgisine duyduğu güven, sağlık bilgisini anlama ve uygulama kapasitesine ilişkin edinilecek bilgiler çerçevesinde, bundan sonra karşılaşılabilecek benzer durumlara ilişkin iletişim stratejisi öngörülerinde bulunmak amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmanın literatür taraması bölümünde tüm çalışmaya temel olabilmesi için Halk Sağlığı, Pandemi ve İletişim kavramlarına yer verilmiştir. Halk sağlığı kavramı, pandemi kavramı ve COVID-19 pandemisi, sağlık hizmetlerinde iletişim ile etkili sağlık iletişiminin önündeki engellerin neler olduğu irdelenmiş ve sonraki bölümde incelenecek başlıklar için temel teşkil etmiştir. Medyada sağlık ve iletişimi kavramı araştırmaya da esas olacak derinlikte medyada sağlık haberciliği, sağlık iletişiminde yeni medya kullanımı ve araştırmanın esas aldığı Sağlık İnanç Modeli kavramsal kuramı açıklanmıştır.

Tezin amacına ulaşmak için yürütülen araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- AS1: Farklı medya platformlarının kullanımı, COVID-19 hakkında halk sağlığı bilincini artırmış mıdır?

- AS2: Medya platformlarının kullanımı, halkın COVID-19'a yönelik tutum ve davranışlarını hangi yönde etkilemektedir?
- AS3: Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, COVID-19'a karşı halk sağlığının korunmasında rolü var mıdır?
- AS4: Türkiye'de COVID-19 salgını boyunca halkın sağlık bilgilerine erişim kaynakları en çok hangi platformlar olmuştur?

AS5: COVID-19 salgını sürecinde medyada yer alan sağlık haberlerine Türkiye'de halkın güven algısı hangi düzeydedir? Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek üzere TSOY-32 ölçeği, bireylerin COVID-19 döneminde sağlık davranışlarını ölçmek için Sağlık İnanç Modeli ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık davranışları arasında literatür bilgisine uyumlu olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı genel örneklem ve cinsiyet bazında değerlendirilmiştir.

Aynı zamanda COVID-19 döneminde insanların sağlık haberlerini takip etme ve doğru anlayıp uygulama durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerine göre anlamlı bir farklılaşma içinde olup olmadığı da araştırma soruları ve hipotezler çerçevesinde değerlendirilen önemli bulgular arasında yer almıştır.

5.2 Araştırma Soru ve Hipotezlere Yönelik Elde Edilen Başlıca Bulguların Özeti

Araştırma Türkiye'yi temsil eden bulgular sunabilmesi için örneklem seçimi IBSS-1 düzeyinde Türkiye'yi temsilen 12 ilde (Adana, Ankara, Bursa, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Malatya, Samsun, Balıkesir ve Trabzon) ikamet eden, A, B, C1, C2, D ve E sosyo-ekonomik statü grubu mensubu, son 1 sene içerisinde sağlık hizmeti almış, 18 yaş ve üzeri 784 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Tezin amacına yönelik yürütülen araştırmada medyada yer alan sağlık bilgilerine güven, sağlığın korunmasına yönelik tutum ve davranışlar üzerindeki ilişkisini ölçmek üzere Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır. Bireylerin COVID-19 döneminde sağlık davranışlarını ölçmek için ise Sağlık İnanç Modeli ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmış olup elde edilen verilere göre sağlık okuryazarlığı 4 kategoride değerlendirilmiştir. Ölçeğin değerlendirmesine göre; (0-25) puan yetersiz, (>25-33) puan sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) puan yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) puan ise mükemmel sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir.

Araştırmada yararlanılan TSOY-32 ölçeğinin sonuçlarına göre; araştırmada yer alan 784 bireyin %44,8’i yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipken, %16,3’ü sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına, %29,3’ü yeterli sağlık okuryazarlığına ve %9,6’sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı ise 24,6 olarak saptanırken, bu durum Türkiye’yi temsil eden örneklemin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Ergün ark.’larının (2017) yürüttüğü çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak ölçek puan ortalamasının 26,5 olarak hesaplanmış olup, puanların kategoriye göre sınıflandırması ise sağlık okuryazarlık düzeyinin bireylerin %26’sında yetersiz, %34’ünde ise sorunlu - sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyinin toplum genelinde yetersiz veya sorunlu-sınırlı olması durumunun bu alandaki eğitim programlarının eksikliğinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya benzer bir çalışma olan 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Kategoriye göre değerlendirmede ise toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu belirtilmektedir (Durusu-Tanrıöver, 2014). Avrupa Birliği'ne bağlı sekiz farklı ülkenin yer aldığı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasının sonuçlarına göre ise; %35,2'sinin sorunlu %12,4'ünün yetersiz, %36'sının yeterli ve %16,5'inin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (Sørensen, 2015). ABD'de White vd. (2007) tarafından yürütülen Ulusal Erişkin Okuryazarlığı çalışmasına göre ise sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunarak; %12'sinin yeterli, %53'ünün orta düzeyde, %22'sinin temel düzeyde, %14'ünün ise temel düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Türkiye %30,9 yetersiz sağlık okuryazarlığı ile bu iki bölgedeki yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin 2 katına yakın bir düzeyde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin oranı ise birlikte değerlendirildiğinde bu oranın %68,9 olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçları ile kıyaslandığında, bu oranın %61,1 olarak benzer ve yüksek bir oranda olduğu görülmektedir.

Türkiye sonuçları Avrupa sağlık okuryazarlığı kapsamındaki ülkelerle karşılaştırıldığında ise, Türkiye'nin bu grupta en kötü durumdaki ülke olan Bulgaristan'dan daha düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Sørensen, 2015).

Çalışmada yer alan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma içerisinde olduğu görülmektedir ($p<0.00$). Kadınların genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,3 olarak hesaplanırken, erkeklerin 20,5 puan aldıkları

görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı sınıflamasında kadınlar sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahipken, erkekler yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Erkeklerin %48,7'si yetersiz, %16,1'i sorunlu-sınırlı, %26,5'i yeterli, %8,7'si mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kadınların %40,8'i yetersiz, %16,6'sı sorunlu-sınırlı, %32,1'i yeterli, %10,5'i mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Araştırmanın bulgularının aksine T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendiren çalışmada, sağlık okuryazarlığı yetersiz veya sorunlu-sınırlı olan bireyler içerisinde kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Araştırma bulgularında yaş aralığı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisine baktığımızda ise; 50-54 yaş aralığı bireylerin %57,3'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları, 30-34 yaş grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranlarının %37,8'e kadar düştüğü görülmektedir. Bu sonuçlar bireylerde artan yaşın sağlık okuryazarlığında yetersizliği arttırdığını düşündürmektedir.

Araştırmada bireylerin sahip oldukları sosyo-ekonomik statüye göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki de incelenmiş olup, AB sosyo-ekonomik statü grubunda sağlık okuryazarlığı yetersizlik seviyesi %38,9 oranında iken DE grubu sağlık okuryazarlığı yetersizlik seviyesi %53,3'e kadar arttığı görülmüştür. Bu verilere göre bireylerin sosyo-ekonomik statü grubu arttıkça literatür bilgilerine uyumlu olarak sağlık okuryazarlığı seviyelerinde de iyileşme olduğunu söylemek mümkündür. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen araştırmada ise, çalışan bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi %20,9 olarak saptanmıştır. Ayrıca iş durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak da araştırmanın bulgularına paralel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Araştırmada illere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi de değerlendirilmiştir. Bulgulara göre ülkemizde en yoğun nüfusun dağıldığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olan en yoğun il %31,6 ile İstanbul olurken, sağlık okuryazarlığı en yüksek oranda yeterli olan il %63,5 ile yine İstanbul'dur. Sağlık okuryazarlığı mükemmel olan il ise %48,0 ile Gaziantep'tir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilgi kaynağına erişimi yönünden internette yer alan sağlık kaynakları hakkında değerlendirme ifadeleri incelendiğinde çalışmamızdaki bireylerin %62,4'ü "İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim." ifadesine katıldıkları görülmektedir. PDT değeri en düşük olan "Sosyal medyada yer alan COVID-19 paylaşımlarının salgını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz" sorusuna bireylerin %44,9'u katıldığını belirtmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yürüttüğü araştırmada ise, bireylerin %33'ü sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada herhangi bir iletişim aracı kullanmadığını belirtmiştir. İnterneti sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat interneti kullananların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte sağlıkla ilgili bilgiye erişimde iletişim araçlarını kullandığını belirten bireyler arasında %48,6'lık kısmın sağlıkla ilgili bilgiye internet aracılığıyla eriştiği ve bu durumu %33 ile televizyonun izlediği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Çalışmada yer alan bireyler içerisinde sağlıkla ilgili konularda interneti nasıl kullanacağını bilmediğini belirtenlerin oranının %68,2 olduğu görülmektedir. Ayrıca, sağlıkla ilgili bilgiye erişimde toplumun yüzdelik olarak büyük bir kısmının interneti sağlıkla ilgili bilgi edinmek için bir araç olarak kullanması durumunun; hangi bilgiyi nasıl edineceğini bilmeyenler ile bilimsel olan sağlık bilgisinin bilimsel olmayan sağlık bilgisinden ayırt edemeyen bireylerin

oranı (%49,8) nedeniyle bu alanda toplumun bilinçlendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Araştırmada “Sosyal medyada yer alan COVID-19 paylaşımlarının salgını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz” sorusuna bireylerin %44,9’u katıldıklarını belirtmiş olup, bu durum sağlık bilgisine erişimde sosyal medyanın salgın gibi önemli bir halk sağlığı sorununun seyrini etkileme potansiyeline sahip olabildiğini ve salgın yönetiminde iletişim araçlarının toplum tarafından doğru kullanılması ve sosyal medya üzerinde bilimsel bilgiye erişim kaynaklarının topluma ulaştırılmasının önem düzeyini göstermektedir.

Araştırmaya katılanlardan eğitim düzeyi ilkokul olan bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersizliği %46,0 olarak saptanmıştır. Eğitim durumu lise seviyesine yükseldiğinde ise bireylerin %43,0’ü yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipken, üniversite seviyesinde bu oranın %45,0’e ulaştığı görülmektedir. Dolayısıyla eğitim durumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu durumun aksine yapılan çalışmalar ve literatür genel eğitim düzeyi düşük olan gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Eicher, 2009). Bu durum toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik ülkemizde uygulanacak eğitim politikalarının ilkokul çağında başlayarak ileriki dönemleri kapsayacak şekilde sürdürülebilir ve kesintisiz olarak uygulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmada Noghabi ark.’ları (2021) tarafından İran halkına yönelik geliştirilen Sağlık İnanç Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yürütülmüş olup; yapılan analizler sonucunda Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe dilindeki versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Çalışmada COVID-19 ile ilgili önleyici davranışların yetilerini belirlemek için basit ve çok değişkenli doğrusal

regresyon modelinden yararlanılmıştır. Noghabi ark.'larının (2021) yürüttükleri çalışmada HBM ölçeğinin güvenilirliği, 30 kişilik bir pilot örneklem üzerinden test edilmiştir. Buna göre, Chronbach alfa katsayısı kullanılmış olup, HBM modeli yapıları için Chronbach alfa algılanan duyarlılık ($p=0,66$); algılanan şiddet ($p=0,74$), algılanan fayda ($p=0,92$), algılanan engel ($p=0,79$), eylem ipuçları ($p=0,92$) ve algılanan öz yeterlilik ($p=0,92$) için hesaplanmıştır.

COVID-19 ile ilgili önleyici davranış ölçeği için Chronbach alfa değeri ise 0,89 olarak saptanmıştır. Araştırmada; 5 ifadeden oluşan algılanan fayda alt ölçeğinin güvenilirlik değeri ise 0,935 olarak bulunmuştur, dolayısıyla ölçek oldukça yüksek güvenilirliğe sahiptir. 10 ifadeden oluşan algılanan engel alt ölçeğinin Chronbach alfa değeri 0,913 olarak saptanmış olup, daha yüksek olarak bulunarak, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

Noghabi ve ark.'larının (2021) yürüttüğü araştırma, HBM ölçeğinin alt yapılarının COVID-19 önleyici davranışları tahmin etmede duyarlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, İran toplumu için sağlık davranışlarını geliştirmek amacıyla eğitim programları tasarlamak için bir çerçeve olarak model kabul edilebileceği düşünülmektedir.

Korkmaz ark.'larının (2021) COVID-19 salgın döneminde sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili davranışlarının Sağlık İnanç Modeli ile inceledikleri benzer bir çalışmada, bireylerin demografik özellikleri ile COVID-19'dan korunmaya yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından algılanan duyarlılık, ciddiyet, yararlar ve eyleme yönelik ipuçları arasında araştırma sonuçlarına paralel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarında cinsiyete yönelik yapılan analizlerde yetkinlik ve işlev alt ölçeği dağılımlarının korona pandemisi sırasında,

hastalığı önlemek için önerilen bireysel önlemlerin en önemli etken olduğu ve erkeklerin kadınlara göre daha duyarlılık gösterdikleri söylenebilir. Buna karşılık cinsiyete göre algılanan duyarlılık alt ölçeği dağılımları değerlendirildiğinde kadın erkek arasında duyarlılık anlamında önemli bir fark görülmemiştir. Diğer taraftan araştırmaya katılanların cinsiyete göre algılanan önem alt ölçeği dağılımları, kadınların koronaya karşı maske kullanma ve el hijyenine dikkat etme açısından erkeklere nazaran daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Modele göre önlemlere karşı algılanan fayda alt ölçeği bulguları erkeklerin kadınlara göre daha duyarlı olduğuna işaret etmektedir. Algılanan engel alt ölçeği bulguları ise önemli bir fark göstermemektedir.

Bish ve Michie (2010)'nin, 2002'den bu yana kuş gribi, SARS, domuz gribi ve diğer salgınlar üzerine yayınlanmış makalelerden oluşan derleme çalışmasında bir salgın sırasında cinsiyetin, koruyucu davranış üzerinde etkili olduğu bulunmuş ve kadınların erkeklere göre koruyucu davranış sergileme konusunda daha duyarlı oldukları belirlenmiştir. Buradan hareketle, salgın dönemlerinde maske kullanımı, basit hijyen tedbirleri gibi koruyucu ve önleyici tedbirlere önem verilmesi algısının geliştirilebilmesine yönelik faaliyetlerde, kadın ve erkek grubunu ayrı ayrı hedeflemek özellikle önemlidir sonucu çıkarılabilir. Araştırmanın bu kapsamdaki genel ve cinsiyet ayrımındaki bulgularından yola çıkarak Türk toplumuna yönelik sağlık davranışlarını geliştirmek için eğitim programları tasarlamak adına çerçeve model olarak alınabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık davranışları arasında literatür bilgisine uyumlu olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılaşmanın hangi düzeyler arasında olduğu incelendiğinde yeterli ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığına

sahip bireylere göre sağlık davranışlarının daha iyi olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda COVID-19 döneminde insanların sağlık haberlerini takip etme ve doğru anlayıp uygulama durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerine göre anlamlı bir farklılaşma içinde olduğu ve sağlık okuryazarlığı seviyeleri yüksek olan bireylerin daha düşük okuryazarlık düzeyindeki bireylere göre sağlık haberlerini daha fazla takip edip daha doğru uyguladıkları gözlemlenmektedir.

Bireylerde oluşan COVID-19 için alınan önlemlere ilişkin farkındalık seviyesinin sağlık davranışları ile arasında %76,7 oranında yüksek bir ilişki, hastalığın önemine ilişkin farkındalık seviyesi ile sağlık davranışları arasında %67,9 oranında orta dereceli bir ilişki olduğu ortaya konulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, COVID-19 önlemlerine yönelik algılanan fayda ve hastalığın önemine ilişkin farkındalığın sağlık davranışları üzerinde %65,6 oranında açıklayıcı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık davranışları ve sağlık haberlerinin doğru anlaşılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

5.3 Çalışmadan Çıkarılan Sonuç

Literatür taraması COVID-19 salgını gibi bir pandemi sırasında sağlık iletişiminin nüfus üzerindeki salgın etkisini azaltmak için hayati önem taşıdığına işaret etmektedir. İletişimin etkili olmasını sağlamak için, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının öneminin de altı çizilmiştir.

Genel olarak ülkeler bazında sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilecek olur ise, yapılan araştırmalar toplumların sağlık okuryazarlığı düzeyinin genellikle yetersiz veya sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermektedir. Bu durum, ülkeler bazında mortaliteden sağlık hizmetlerine ayrılan bütçeye kadar birçok farklı olumsuz yansıması düşünüldüğünde toplumların sağlık okuryazarlığının

geliştirilmesi için literatür bilgilerine uyumlu olarak eğitim programları geliştirilmesi ve okullarda eğitim müfredatında sağlık okuryazarlığına da yer verilmesini düşündürmektedir.

COVID-19 pandemisi, çeşitli yayın kuruluşlarının ve dijital medya portallarının sağlıkla ilgili yoğun bilgilerin paylaşıldığı tamamlayıcı bir bilgi salgınına neden olduğu söylenebilir. COVID-19 ile mücadelede önleyici tedbirlerin tasarlanması, uygulanması ve sağlık bilincinin teşvik edilmesi için güvenilir bilgi hayati önem taşımaktadır. Sosyal medya çağında, bilgi geniş ve hızlı yayılmaktadır, literatür bilgisi doğru verilerin hızla doğrulanması ihtiyacını vurgulamıştır. Salgın geliştikçe, Lancet'teki şubat ayındaki bir başyazıda ifade edildiği gibi, tüm dünyadaki halka açık, dürüst ve geçerli bilgi sağlama ihtiyacı bariz hâle gelmiş ve şu sonuca varılmıştır: "Küresel ölçekte COVID- 19 pandemisine karşı en etkili mücadele doğrulanmış bilgi ile mümkündür" (Lancet, 2020).

Sağlık iletişimi, COVID-19 pandemi krizi sırasında hayat kurtarmada önemli ve gerekli bir faktördür. Doğru ve iyi planlanmış sağlık iletişimi, toplumların belirsizlik ve korkuyla nasıl başa çıkacaklarını, gerekli davranış değişikliğine uyumu teşvik edip başarımlarını ve bir kriz karşısında bireylerin korkularını karşılamalarını ve umutlarını beslemelerini kolaylaştırabilir.

Ekim 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında Türkiye'de 12 ilde ikamet edip erişkin grubu temsil eden, A, B, C1, C2 ve D SES grubu mensubu, son 1 sene içerisinde sağlık hizmeti almış, 18 yaş ve üzeri kadın ve erkekler ile yapılan araştırma sonucunda bireylerin sağlık haberlerine erişim kanalları incelendiğinde, internet ve sosyal medya gibi yeni nesil medya mecralarından ziyade, doktorlar, yakın çevre, Sağlık Bakanlığı ve TV programlarına duyulan güvenin oldukça yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Toplumdaki sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık davranışlarının

iyileştirilmesine yönelik TV programları aracılığıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş insanlar veya doktorlar tarafından toplumu bilgilendiren programların yapılmasının sağlık konusunda daha bilinçli bir toplumun inşasına olanak tanıyacağı sonucu çıkarılabilir.

Sonuçta, toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kilit görev gören sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması başta sağlık harcamalarını yükselterek ülke ekonomilerini etkilmektedir. Kronik hastalık düzeyinin azaltılması, toplumsal düzeyde verimliliğin artması, morbidite ve mortalitenin azalması gibi etkileri düşünüldüğünde yetişkinlere yönelik sağlık okuryazarlığını arttırabilecek müdahalelerin planlanması ve uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Mevcut COVID-19 krizi benzersiz bir durum olarak nitelendirilebilir. İnsanlık tarihinde daha önce yaşanan hiçbir salgın, siyasi otoritelerin ve sağlık camiasının bu kadar kapsamlı eylemleriyle karşılanmamıştır. Ancak, alınan önlemlerin en etkili aracı olan sağlık bilgilerinin iletişiminin özellikle toplumda sağlık davranışı değişikliği yaratabilme etkisini artırabilmek için geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Tezin literatür taramasında yer verilen akademik bilgiler, liderlere tavsiyede bulunma, yerel topluluklar veya genel olarak halkla doğrudan iletişim kurma ihtiyacı olan herkes için birçok önemli içgörü sunmaktadır.

İletişim, eğitim ve sağlık davranış değişikliği alanlarındaki profesyonellerin, bilinenleri ve şu anda ortaya çıkan içgörülerini dikkatlice değerlendirmek için sorumluluk almaları gerekmektedir. Etkili sağlık iletişimi, COVID-19 salgınıyla mücadelede önemli bir faktördür.

5.4 İleriki Çalışmalar İçin Öneriler

Kamu tarafından yürütülen kampanyalar üzerinden salgınla mücadele için ilgili davranış değişiklikleri toplum genelinde sağlanmaya çalışılmaktadır:

“Ellerinizi düzenli olarak yıkayın! Mendil içinde veya dirseğinizde öksürün! Mesafeyi koruyun- Sosyal mesafeyi koruyun! Temiz yüzeyler! Yüzünüze dokunmayın!”

Mesajlar basit olsa ve herkes doğru ve aynı bilgiye sahip olsa bile, davranış değişikliğinin yine de zor olduğunu hastalığın seyri ile ilgili bilgiler doğrulamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu). Bu önerilerin çoğu, bilinçaltında uygulanan davranışsal rutinlerin değiştirilmesini gerektirir. Bu, bilinçsizce alışılmış olan farkındalık eylemlerine yönelik iletişimi gerektirecektir.

Bu çalışma COVID-19 salgını sürecindeki herhangi bir iletişim yoluyla, hükümetten insanlara, medyadan insanlara, insanlardan insanlara, doktordan hastaya, aileler içinde vb. hastalıkla mücadelede salgından korunmak için toplum genelinde hastalıktan korunmak için davranış değişikliği yaratma gerekliliğine işaret etmektedir.

Çalışmanın en önemli bulgusu toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğuna işaret etmektedir. COVID-19 ile mücadelede temel misyon, sağlığı etkileyen koşulları ve davranışları iyileştirmek için tüm insanların gereken bilgilere bilgi ve anlama kapasitelerine uygun olarak ulaşabiliyor olmasını sağlamak olmalıdır. Algıların davranış değişikliğinde büyük rolü vardır ve tüm çabalar, özellikle hızlı bir davranış değişikliği gerektiren yeni bir pandemi senaryosunda, algılanan duyarlılığı, ciddiyeti, faydaları, eylem ipuçlarını iyileştirmeye odaklanmalıdır.

Sağlık davranışlarının benimsenmesi ve sürdürülmesine yönelik teorik süreç yaklaşımları, öz-yeterlik yapısının yanı sıra farklı motivasyon ve irade aşamalarını içermelidir. Yakın çevre baskısı öz-yeterliliğin geliştirilebilmesi için genellikle yüksek bir potansiyele sahiptir (Schwarzer ve Leppin, 1991).

COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık iletişimi üzerinden yapılan müdahaleler, savunmacı iyimserliği azaltmak için hastalığa yakalanma riski

iletişimine odaklanmıştır. Buradaki fikir, insanların gerçekten ne kadar risk altında olduklarını anlamalarını sağlamaktır. Bu müdahale stratejisinin başarılı olmadığına göstergesi hastalığın yüksek oranda seyridir. Araştırmanın bulguları sağlık iletişimi kanallarından yakın çevrenin daha sonra da sağlık profesyonellerinin en güvenilir kaynak olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum özellikle pandemi sürecinde kişilerarası iletişimin rolünün önemini ortaya koymuştur. Hâlen devam eden ve benzeri yaşanabilecek pandemi süreçlerinde kişilerin davranış değişikliğini sağlayacak iletişim stratejilerinin geliştirilebilmesi için mevcut kampanya mesajları ve ilgili sağlık risklerini toplumun nasıl algıladığına, yorumladığına hatta kendi aralarında nasıl tartıştıklarına dair nitel çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir. Elde edilecek bulgular pandemi öncesi ve sırasında özellikle kişiler-arası iletişiminin önceliklendirileceği sağlık profesyonellerinin iletişim stratejilerine yön verecektir.

KAYNAKLAR

A WHO Field Guide, Geneva. (2015), *Effective Media Communication during Public Health Emergencies*.

Abd-Alrazaq, A., Alhuwail, D., Househ, M., Hamdi, M., & Shah, Z. (2020), *Top Concerns of Tweeters during the COVID-19 Pandemic: Infoveillance Study*. Journal of medical Internet research, 22(4), e19016.

Abeslon J., Collins P. (2009), *Media Hying and the “Herceptin Access Story”*: An Analysis of Canadian and UK Newspaper Coverage. Healthcare Policy 4.

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council. (1999), *Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs*. American Medical Association (AMA) - JAMA.

Adams D.M., Hamm M. (2001), *Literacy in a Multimedia Age*. Paperback.

Adams, S. A. (2010), *Blog-based Applications and Health Information: Two Case Studies that Illustrate Important Questions for Consumer Health Informatics (CHI) Research*. International Journal of Medical Informatics, 79(6), e89-e96.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017), *Strategy 6D: Internet Access for Health Information and Advice*.
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/quality->

improvement/improvement-guide/6-strategies-for-improving/access/cahps-strategy-6d.pdf (10 Ekim 2021)

Akgün, G. (2014), *Yetişkinlerin Kitle İletişim Araçları Yoluyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi [Determination Of Attitudes Of Adults Toward Health Education News Communicated Through Mass Media]*. Unpublished Master Thesis. İstanbul, Turkey: Marmara University.

Akgün, G., ve Deniz, L. (2020), *Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Bir Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*. *Journal of Health and Social Welfare Research*, 2(2), 51–64.

Alaszewski, A. (2005), *Risk Communication: Identifying The Importance Of Social Context*. *Health, Risk and Society*, 7: 101–5.

American Heart Association. (2006b), *Public Advocacy: What Is Public Advocacy?*

Anderson, C. (1995), *The Accidental Superhighway*. *The Economist*, 55.

Andrews, K. T., & Biggs, M. (2006), *The Dynamics of Protest Diffusion: Movement Organizations, Social Networks, and News Media in the 1960 Sit-Ins*. *American Sociological Review*, 71(5), 752-777.

Anikeeva, O., & Bywood, P. (2013), *Social Media in Primary Health Care: Opportunities to Enhance Education, Communication and Collaboration Among Professionals in Rural and Remote Locations: Did You Know?*

Practical Practice Pointers. Australian Journal of Rural Health, 21(2), 132-134.

Ashorkhani M., Gholami J., Maleki K., Nedjat S., Mortazavi J., Majdzadeh R. (2012), *Quality of Health News Disseminated in the Print Media in Developing Countries: A Case*.

Association of Schools of Public Health, ASPH Education Committee. (2007), *Master's Degree in Public Health Core Competency Development Project*. Version 2.3.

Aufderheide, P. (1993), *Media Literacy. A Report of the National Leadership Conference on Media Literacy*. Aspen Institute, Communications and Society Program, 1755 Massachusetts Avenue, NW, Suite 501, Washington, DC 20036.

Avcı, E., ve Özkan, S. (2020), *The Level of Health Literacy in World and Turkey and Affecting Factors*. Turkey Health Literacy Journal, 1(1), 5-13.

Avcı, K., Avşar, Z. (2014), *Sağlık İletişimi ve Yeni Medya*. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, (39), 181-190.

Bakan, A. B., ve Yıldız, M. (2019), *21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma*. Sağlık ve Toplum, 33-40.

- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2002), *Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees*. *American Journal Of Public Health*, 92(8), 1278-1283.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., & Peel, J. (2004), *Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees*. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215-220.
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., ve Şahin, B. (2014), *Sağlık Okur-yazarlığı*. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
- Bandura A. (1986), *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura A. (1997), *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura A. (1999), *Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities*. *Personality and Social Psychology Review*, 1999, 3(3), 193–209.
- Bandura, A. (1977), *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Bandura, A. (1991), *Self-efficacy conception of anxiety*. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). New York: Harwood.
- Bandura, A. (1992), *Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977), *Social Learning Theory*. Prentice Hall: Englewood cliffs (1).
- Bauchner, H., Simpson, L., and Chessare, J. (2001), *Changing Physician Behavior*. *Archives of Disease in Childhood*, 84(6), 459–462.
- Baum MA., Potter PB. (2008), *The Relationships Between Mass Media, Public Opinion, And Foreign Policy: Toward A Theoretical Synthesis*. *Annu Rev Polit Sci*. 11: 39–65.
- Baumgartner, F. R., & Jones, B. D. (2010), *Agendas and Instability in American Politics*. University of Chicago Press.
- Baur, C. (2010), *The National Action Plan to Improve Health Literacy*. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Bayık (2014), *Sağlık Okuryazarlığı*. TAF Preventive Medicine Bulletin, (13), 4.

Becker MH. (1974), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monographs, 2:324–508.

Becker, M. H. (1974), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monographs, 2, 324-473.

Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1987), *Comparing social learning theory and the health belief model*. In W. B. Ward (Ed.), *Advances in health education and promotion*, Greenwich, CT: JAI, 2245-249.

Beniger, J. R., & Gusek, J. A. (1995), *The Cognitive Revolution in Public Opinion and Communication Research*. In T. L. Glasser and C. T. Salmon, *Public Opinion and the Communication of Consent*. New York: Guilford.

Bennett, G. G. & Glasgow, R. E. (2009), *The Delivery of Public Health Interventions Via the Internet: Actualizing Their Potential*. *Annual Review Of Public Health*, 30, 273-292.

Berkman, N. D., Davis, T. C. & McCormack, L. (2010), *Health Literacy: What is it?*. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 9-19.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011), *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–108.

Bernard J. Turnock, (2016), *Public Health What is and How it Works*. Jones & Bartlett Publishers, (8).

Berridge, V. (2011), *Public Health in History*. McGraw-Hill Education (UK).

Blumenshine P., Reingold A., Egerter S., Mockenhaupt R., Braveman P., Marks J. (2008) *Pandemic Influenza Planning in The United States From A Health Disparities Perspective*. *Emerg Infect Dis.*;14:709–715.

BM Kalkınma Programı (2007), *Human Development Report 2007/8*. New York: UNDP.

Botan C.H. (2006), *Public Policy Communication and Public Relations in the Field of Health*.

Bottles, K (2009), *Patients, Doctors and Health 2.0 Tools*. PEJ, 22-25.

Breeck, K. J. (1997), *The Internet*. *Canadian Family Physician*, 43, 1032–1033. 1036–1036.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020), *The Psychological Impact of Quarantine And How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence*. *The lancet*, 395(10227), 912-920.

Brown, R. (1965), *Social Psychology*. New York: Free Press.

- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., & Pinheiro, P. (2017), *Health Literacy in Childhood and Youth: A Systematic Review of Definitions and Models*. BMC Public Health, 17(1), 1-25.
- Bryant, J. & Miron, D. (2004), *Theory and Research in Mass Communication*. Journal Of Communication.
- Bryant, J., & Miron, D. (2004), *Theory and Research in Mass Communication*. Journal of Communication, 54(4), 662–704.
- Bryant, J., & Zillman, D. (1994), *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Buckalew, J. K., & Wulfemeyer, K. T. (2005), *Mass Media in the New Millennium: Structures, Functions, Issues, and Ethics*. Kendall Hunt Publishing Company.
- C.-E. A. Winslow (1984), *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign (New Haven, CT: Yale University Press, 1923)*. The Journal of Public Health Policy, (1), 1.
- Cafferkey, K., & Doyle, G. (2011), *Health Literacy and Economic Costs*. In Irish Accounting & Finance Association Annual Conference.
- Cameron K.A., Micheal S.W, Baker D.W. (2011), *Integrating Health Literacy in Health Communication*. Routledge, 2.

Carter, K. E. (1994), *Building a Constituency Through Outreach*. In Annual Conference-Society for Technical Communication, 41, 51-51.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2011. *Gateway to Health Communication & Social Marketing Practice*. <https://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/whatishc.html> (20 Ağustos 2021)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): COVID-19 Overview and Infection Prevention and Control Priorities in non-US Healthcare Settings*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/overview/index.html#background> (21 Eylül 2021)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *What Is Health Literacy?* <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html#:~:text=Personal%20health%20literacy%20is%20the,actions%20for%20themselves%20and%20others>. (4 Kasım 2021).

Centers for Disease Control and Prevention. “*HealthComm Key: Unlocking the Power of Health Communication Research*.” <https://healthcommkey.org/> (23 Eylül 2021)

Champion V, Skinner CS. (2005), *Differences in Perceptions of Risk, Benefits, and Barriers by Stages of Mammography Change*. *Journal of Women’s Health*. 2005;12:277–286.

- Charoghchian Khorasani, E., Tavakoly Sany, S. B., Tehrani, H., Doosti, H., & Peyman, N. (2020), *Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators*. International journal of environmental research and public health, 17(20), 7544.
- Chiu, C. Y., Krauss, R. M., & Lau, I. Y. (1998), *Some Cognitive Consequences of Communication*. Social and Cognitive Approaches to Interpersonal Communication, 259, 278.
- Cho, H., & C. Salmon. (2007), *Unintended Effects of Health Communication Campaigns*. Journal of Communication 57: 293–317.
- Chou, W. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R., & Hesse, B. W. (2009), *Social Media Use in The United States: Implications for Health Education*. Journal of Medical Internet Research, 11, e48.
- Chou, W. Y. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2009), *Social Media Use in The United States: Implications for Health Communication*. Journal of Medical Internet Research, 11(4), 48.
- Cinman M. (2020), *Sağlık İletişimi Salgın Döneminde Önleyici İletişim Faaliyetleri*. İstanbul: Der yayınları.
- Clauson, K. A., Polen, H. H., Boulos, M. N. K., & Dzenowagis, J. H. (2008), *Scope, Completeness, and Accuracy of Drug Information in Wikipedia*. Annals of Pharmacotherapy, 42(12), 1814-1821.

- Clement, J. (2019), *Number of Social Network Users Worldwide from 2010 To 2021 (in Billions)*. Statista Inc. <https://www.statista.com/statistics/278414/number-of-worldwidesocial-network-users/> (25 Ekim 2021)
- Cook, B. G., & Cook, L. (2008), Nonexperimental Quantitative Research and its Role in Guiding Instruction. *Intervention in School and Clinic*, 44(2), 98-104.
- Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, et al. (2010), *Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis*, *J Am Coll Cardiol*, 2010, vol. 55 13(pg. 1339-47)
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007), *Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, And Involving Patients*. *Bmj*, 335(7609), 24-27.
- Covello, V. T. (1992), *Risk Communication: An Emerging Area of Health Communication Research*. *Annals of the International Communication Association*, 15(1), 359-373.
- Covello, V., R. Peters, J. Wijkecki, & R. Hyde. (2001), *Risk Communication, the West Nile Virus Epidemic, and Bioterrorism: Responding to the Communication Challenges Posed by the Intentional or Unintentional Release of a Pathogen in an Urban Setting*. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 78: 382–91.
- Crystalinks. (2012), *Hippocrates*. <https://www.crystalinks.com/hippocrates.html> (25 Eylül 2021)

Cummings, E., Ellis, L., & Turner, P. (2017), *The Past, the Present, and the Future: Examining the Role of The “Social” In Transforming Personal Healthcare Management of Chronic Disease*. In *Health Literacy: Breakthroughs in Research and Practice* (pp. 287-304). IGI Global.

Çetinel Ö. Ö. (2021), *Sağlık Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Zinciri Örneği*, Yüksek Lisans Tezi.

Çınarlı, İ. (2005), “Risk İletişimi Açısından SARS (Şiddetli Akut Solunum Sendromu) Salgını” *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (2), 37-53.

Çınarlı, İ. (2008), *Sağlık İletişimi ve Medya*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Çınarlı, İ. (2019), *21. Yüzyıl İçin Sağlık İletişimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

ÇİMEN, Ü. (2020), *Yöndeşen Medyayı Doğru Algılama Bağlamında Medya Okuryazarlığı Eğitimi*. *Karadeniz Teknik Üniversitesi İletişim Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 117-137.

Çopurlar Kendir, C., & Kartal, M. (2016), *What is Health Literacy? How to Measure it? Why is it Important?* *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 40-45.

- Daley, B. J., Martin, L. G., & Roessger, K. M. (2018), A Call for Methodological Plurality: Reconsidering Research Approaches in Adult Education. *Adult Education Quarterly*, 68(2), 157–169.
- Daniel, A., & Leonardo, T. B. (2020), *Social Media Influence in the COVID-19 Pandemic*. *International Braz J Urol: Official Journal of the Brazilian Society of Urology*, 46.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993), *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument*. *Family medicine*, 25(6), 391-395.
- Dearing, J. W., Rogers, E. M., Meyer, G., Casey, M. K., Rao, N., Campo, S., & Henderson, G. M. (1996), *Social Marketing and Diffusion-Based Strategies for Communicating with Unique Populations: HIV Prevention in San Francisco*. *Journal of Health Communication*, 1, 342–364.
- Deniz, S. (2020), *Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi*. *Human and Human*, 7(24), 84–96.
- Department of Health and Human Services. (2000), *US Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion.

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004), *Literacy and Health Outcomes*. Journal of General Internal Medicine, 19(12), 1228-1239.

Dictionary, E. (2011) *English, North America*. "Search Term: Communication."

Dizau. (2015), *The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health Literacy Past, Present and Future Workshop Summary*. Washington D.C: The National Academies Press, 2.

DPT, (2002), <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/biid/ibbs.html>

Dragomir A, Côté R, Roy L, et al. (2010) *Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs*, Med Care, 2010, vol. 48 5(pg. 418-25)

DSÖ Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu. (2007), *WHO Commission on the Social Determinants of Health. Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*. Geneva:World Health Organisation.

Duhe, S. C. (2007), "Editor's Note." In S. C. Duhe (ed.), *New Media and Public Relations*. New York: Peter Lang.

Durand, M. A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., & Elwyn, G. (2014), *Do Interventions Designed To Support Shared Decision-Making*

Reduce Health Inequalities? A Systematic Review And Meta-Analysis. PloS one, 9(4), e94670.

Dutta-Bergman, M. J. (2005), *Theory And Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation.* Health Communication, 18, 103–122

Dutton, W. H., Rogers, E. M., & Jun, S. (1987), *Diffusion and Social Impact of Personal Computers.* Communication Research, 14, 219-249.

Dünya Tabipler Birliği. (2017), *Salgınlar ve Pandemiler Üzerine DTB Bildirgesi.* Chicago, ABD.

Eckler, Petya and Worsowicz, Gregory and Rayburn, J. Wesley (2010), *Social Media and Healthcare: An Overview.* PM&R, 2 (11). 1046-1050.

Edington, D. W., Schultz, A. B., Pitts, J. S., & Camilleri, A. (2016), *The Future of Health Promotion in The 21st Century: A Focus on The Working Population.* American Journal of Lifestyle Medicine, 10(4), 242-252.

Edwards, W. (1954), *The Theory of Decision Making.* Psychological Bulletin, 51(4), 380.

Eicher K, Wieser S, Bruegger U. (2009), *The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review.* International Journal of Public Health, 54(5): 313-324.

- Ekinci, Y. (2020). *Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Elkin, N. (2008), *How America Searches: Health and Wellness (iCrossing Report)*.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P. (2020), *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Of Covid-19*. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2049-2055.
- Eng, T. R. (2001), *The E-Health Landscape: A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Eng, T. R., Maxfield, A., Patrick, K., Deering, M. J., Ratzan, S. C. & Gustafson, D. H. (1998), *Access To Health Information And Support: A Public Highway Or A Private Road?* *Journal of the American Medical Association*, 280, 1371–1375.
- Erdağ, Ç. (2015), *Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı*. Sağlık Okuryazarlığı, 1-14.
- Ergün S. (2017), *Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı*. Kocaeli Tıp Dergisi, 6(3): 1-6.
- Erkan, Y. (2018), *Sağlık Haberciliği*. Ankara: Literatürk Academia.

- Eysenbach G. (2008), *Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness*. J Med Internet Res, 10(3): 22.
- Fallowfield, L., Ford, S., & Lewis, S. (1995), *No News is not Good News: Information Preferences of Patients with Cancer*. Psycho-Oncology, 4, 197–202.
- Farvolden, P., Denisoff , E., Selby, P., Bagby, R. M., & Rudy, R. (2005), *Usage and Longitudinal Effectiveness Of A Web-Based Self-Help Cognitive Behavioral Therapy Program For Panic Disorder*. Journal of Medical Internet Research, 7(1), e7.
- Ferre M.M, Gamson W.A., Jurgen G., Rucht D. (2002), *Shaping Abortion Discourse: Democracy and the Public Sphere in Germany and the United States*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fischbein M., Ajzen I. (1975), *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. E. (1967), *Readings in attitude theory and measurement*.
- Fishbein, M., Goldberg, M., & Middlestadt, S. (1997), *Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Flora, J. A., Maccoby, N., & Farquhar, J. W. (1989), *Communication Campaigns to Prevent Cardiovascular Disease: The Stanford Community Studies*. In R. E.

- Frewer, L. (2004), *The Public And Effective Risk Communication*. Toxicology Letters 149: 391–7.
- Friedland, R. B., & O’Neill, G. (1998), *Understanding Health Literacy: New Estimates of The Costs of Inadequate Health Literacy*. Washington, DC: National Academy on an Aging Society, 1-24.
- Gallagher, S. M. (1999), *Rethinking Access in an Information Age*. Ostomy Wound Management, 45(9), 12–14, 16.
- Geller, G., Tambor, E. S., Bernhardt, B. A., Rodgers, J., & Holtzman, N. A. (2003), *Houseofficers’ Reactions to Media Coverage about the Sequencing of the Human Genome*. Social Science & Medicine, 56(10), 2211-2220.
- Giustini, D. (2005), *How Google is Changing Medicine*. British Medical Journal, 331 (7531), 1487–1488.
- Giustini, D. (2006), *How Web 2.0 is Changing Medicine*. British Medical Journal, 333, 1283–1284.
- Glanz K, Bishop DB. (2012), *The Role of Behavioral Science Theory in the Development and Implementation of Public Health Interventions*. Annual Review of Public Health. 2012;21:299–418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103604.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th Ed.)*. Jossey-Bass.

Glassman, P. (2011), *Health Literacy*. US National Network of Libraries of Medicine.

Glik, D. (2007), *Risk Communication for Public Health Emergencies*. Annual Review of Public Health 28: 33–54.

Glik, D. C. (2007), *Risk Communication for Public Health Emergencies*. Annu. Rev. Public Health, 28, 33-54.

Gochman, D. S. (1982), *Labels, Systems and Motives: Some Perspectives for Future Research and Programs*. Health Education Quarterly, 9(2-3), 167-174.

Gostin, L. O. (2000), *Public Health Law: Power, Duty, Restraint (Berkeley and New York, The Future of the Public's Health in the 21st Century*.

Grandinetti, D. A. (2000), *Doctors and the Web: Help Your Patients Surf the Net Safely*. Medical Economics, 28–34.

Greenhalgh T. (2015), *Health Literacy: Towards System Level Solutions*. BMJ.

Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., Hinder, S., ... & Shaw, S. (2017), *Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and*

Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. Journal of Medical Internet Research, 19(11), e367.

Griffin MJ. (2012), *Health Belief Model, Social Support, and Intention to Screen for Colorectal Cancer in Older African American Men.* Health Promotion & Education. 51(1):12–22.

Guttman, N. (2000), *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hamlin C. (1995), *Could You Starve to Death in England in 1839? The Chadwick-Farr Controversy and The Loss of The “Social” in Public Health.* Am J Public Health. 1995; 85: 856–866

Harris, S. S. (2000), *A Dictionary of Epidemiology*, Fourth Edition.

Hartley J. (2019), *Communication, Cultural and Media Studies: The Key Concepts.* Routledge.

Hartmann, C. W., Sciamanna, C. N., Blanch, D. C., Mui, S., Lawless, H., Manocchia, M., ... Pietropaoli, A. (2007), *A Website to improve Asthma Care by Suggesting Patient Questions for Physicians: Qualitative Analysis Of User Experiences.* Journal of Medical Internet Research, 9(1).

HARTZ J. & CHAPPELL, R. (1997), *Worlds Apart: How the Distance Between Science and Journalism Threatens America's Future*. First Amendment Center. Nashville.

Hatipoğlu, N. (2020). *The "New" Problem of Humanity: New Coronavirus (2019-nCoV/COVID-19) Disease*. Medical Journal of Bakirkoy, 16(1).

Hayes, M., Ross, I. E., Gasher, M., Gutstein, D., Dunn, J. R., & Hackett, R. A. (2007), *Telling Stories: News Media, Health Literacy and Public Policy in Canada*. Social Science & Medicine, 64(9), 1842-1852.

Health Communication Partnership. (2006c), *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*.

HIV/AidsTribe. (2013) <https://support.therapytribe.com/hiv-aids-support-group/> (25 Eylül 2021)

Hilgartner, S., & Bosk, C. L. (1988). *The Rise and Fall Of Social Problems: A Public Arenas Model*. American Journal Of Sociology, 94(1), 53-78.

Hochbaum, G. M. (1958), *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program.

- Holmes BJ. (2008), *Communicating about Emerging Infectious Disease: The Importance of Research*. Health Risk Soc, 10:349–360.
- Honigsbaum, M. (2009), *Historical Keyword Pandemic*. The Lancet, 373.
- Hornik R. (2002), *Public Health Communication Evidence for Behavior Change*. Routledge.
- Hunter, R. F., de la Haye, K., Murray, J. M., Badham, J., Valente, T. W., Clarke, M., & Kee, F. (2019), *Social Network Interventions for Health Behaviours and Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Plos Medicine, 16(9), e1002890.
- Hwa-Froelich, D. A., and Vigil, D. (2004), *Three Aspects of Cultural Influence on Communication: A Literature Review*. Communication Disorders Quarterly, 25(3), 107.
- Hyman, H. H., & Sheatsley, P. B. (1947), *Some Reasons Why Information Campaigns Fail*. Public Opinion Quarterly, 11, 412-423.
- Idriss SZ, Kvedar JC, Watson AJ. (2009), *The Role of Online Support Communities: Benefits of Expanded Social Networks to Patients With Psoriasis*. Arch Dermatol, 145(1), 46-51.
- Institute of Medicine, National Academy of Sciences. (1988), *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, DC, National Academy of Science Press.

Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010), *Health Literacy And Health Communication*. *Biopsychosocial Medicine*, 4(1), 1-5.

Işık, T. (2019). *Sağlık iletişiminde dijital iletişim kanallarının kullanımı: Sektör aktörlerinin sosyal medya hesaplarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. TÜİK (2012), *Türkiye Sosyo Ekonomik Statü Raporu*. TÜİK: <http://tuad.org.tr/?sayfa=projelerimiz&id=6> (2 Mayıs 2016).

İnceoğlu Y, Özçetin B, Gökmen Tol M, Vedat S. (2014). *Health and Its Discontents: Health Opinion Leaders' Social Media Discourses and Medicalization of Health*.

İnceoğlu, Y. (1998), *Medya ve Toplum*. İstanbul: Der Yayınları.

Jadad, A. R. & Gagliari, A. (1998), *Rating Health Information On The Internet: Navigating to Knowledge or to Babel*, *Journal of the American Medical Association*, 279, 611–614.

Janssen, A.T.R., S. Landry, & J. Warner. (2006), *'Why Tell Me Now?' The Public and Healthcare Providers Weigh in on Pandemic Influenza Messages*. *Journal of Public Health Management Practice* 12: 388–94.

- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984), *The Health Belief Model: A Decade Later*. Health education quarterly, 11(1), 1-47.
- Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, et al. (2008) *Behavioural interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men*, Cochrane Database Syst Rev, 3.
- Jones, S., & Fox, S. (2009), *Generations Online in 2009*.
- Joseph SC. (2002). *Improving Public Health Capabilities in Interacting with the Media: An Urgent Issue in The Current Context Of Terrorism*. Summary Proceedings of a Discussion Conference Convened at the Columbia Graduate School of Journalism, 17-18.
- Kaiser Family Foundation and Project for Excellence in Journalism (2008), *Health News Coverage in the US Media*, Washington, DC: Kaiser Family Foundation and Project for Excellence in Journalism.
- Kamhawi, R., & Weaver, D. (2003), *Mass Communication Research Trends from 1980 to 1999*. Journalism & Mass Communication Quarterly, 80, 7–27
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009), *Consultants to the Eastern Mediterranean Region*. In *World Health Organization*. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document, (16), 1-46.

Kanj, M., & Mitic, W. (2009), *Promoting Health and Development: Closing The Implementation Gap*. 7th Global Conference On Health Promotion. Nairobi, Kenya.

Karaboğa, M. T. (2017), *Eleştirel Bakış Açısıyla Medya Okuryazarlığı Eğitimi*. 2. In Mediterranean International Congress on Social Sciences, 10-13.

Karagöz, Y. (2017), *SPSS ve AMOS Uygulamalı Nitel-Nicel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966), *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior: I. Health and Illness Behavior*. Archives of Environmental Health: An International Journal, 12(2), 246-266.

Kees, B. (2002), *Newsroom Training: Where's the Investment?*. John S. and James L. Knight Foundation.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013), *Health Literacy*. WHO Regional Office for Europe.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2015), *Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar*, Çeviri: Sağlıklı Kentler Birliği.

Kietzmann, J. H., Hermkens, K., McCarthy, I. P., & Silvestre, B. S. (2011), *Social Media? Get Serious! Understanding the Functional Building Blocks of Social Media*. Business Horizons, 54(3), 241-251.

- Kim, L., Fast, S. M., & Markuzon, N. (2019), *Incorporating Media Data into a Model of Infectious Disease Transmission*. PloS one, 14(2), e0197646.
- Kindig DA. (2007), *Understanding Population Health Terminology*. Milbank Q. 2007; 85: 139–161.
- Kingdon J. (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown & Co.
- Kirscht, J. P. (1974), *The Health Belief Model and Illness Behavior*. Health Education Monographs, 2(4), 387-408.
- Korkmaz, S., Bıyık, E., ve Demiralp, G. (2021), *Covid-19 Salgınından Korunmada Sağlık Çalışanlarında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı: Sağlık İnanç Modeli Uygulaması*. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(1), 1-16.
- Kotalik, J. (2005), *Preparing for an Influenza Pandemic: Ethical Issues*. Bioethics 19: 422–31.
- Kotilainen, S., & Rantala, L. (2010), *Civic Media Education Supports a Public Voice for Youths*. Teoksessa Kotilainen, Sirkku & Arnolds-Granlund, Sol-Britt (toim.) Media Literacy Education. Nordic Perspectives. Göteborg: Nordicom/University of Gothenburg, 81-94.

- Kozlowski, S. W., Chao, G. T., Grand, J. A., Braun, M. T., & Kuljanin, G. (2013),
Advancing Multilevel Research Design: Capturing the Dynamics of
Emergence. *Organizational Research Methods*, 16(4), 581-615.
- Krauss, R. M., & Fussell, S. R. (1996), *Social Psychological Models of Interpersonal
Communication*. In E. T. Higgins and A. W. Kruglanski, *Social Psychology:
Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press.
- Kraut, R. E. (1979), *Social and Emotional Messages of Smiling: An Ethological
Approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1539–1553.
- Kumbasar, B. (2016), *Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim*. *Sağlık Bilimleri ve
Meslekleri Dergisi*, 3(1), 85-90.
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006), *The Health Literacy of
America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult
Literacy*. NCEES 2006-483. National Center for Education Statistics.
- Lancet (2020), *COVID-19: Fighting Panic with Information*. *Lancet*. 2020;295:537
- LaPerrière, B., Edwards, P., Romeder, J. M. & Maxwell-Young, L. (1998), *Using the
Internet to support self-care*. *Canadian Nurse*, 94(5), 47–48.
- Lasswell, H. D. (1971), *Propaganda Technique in World War I*, Cambridge, MA: MIT
Press.

- Lavidge, R.J., Steiner G.A. (1961), *A Model for Predictive Measurements of Advertising Effectiveness*, *Journal of Marketing* Vol. 25, No. 6 (Oct., 1961), pp. 59-62
- Leavell H.R., Clark E.G. (1965), *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. 3rd ed. New York: McGraw Hill
- Leavitt J.W. (2003). *Public Resistance or Cooperation? Historical Experiences with Smallpox. Paper Presented at: Johns Hopkins Center for Civilian Biodefense Strategies Conference, The Public as an Asset, Not a Problem: A Summit on Leadership During Bioterrorism.*
- Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004), *Health Literacy, Social Support, and Health: A Research Agenda*. *Soc Sci Med*, 58(7), 1309–1321.
- Lefebvre, R.C., Lasater, T.M., Carleton, R.A., & Peterson, G. (1987), *Theory and Delivery of Health Programming in The Community: The Pawtucket Heart Health Program*. *Preventive Medicine*, 16(1), 80–95
- Lenhart, A., Purcell, K., Smith, A., & Zickuhr, K. (2010), *Social Media and Young Adults*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Li, C., Chen, L. J., Chen, X., Zhang, M., Pang, C. P., & Chen, H. (2020), *Retrospective Analysis of The Possibility of Predicting the COVID-19 Outbreak From Internet Searches and Social Media Data*. *Eurosurveillance*, 25(10), 2000199.

- Lipsky, M., & Lounds, M. (1976), *Citizen Participation and Health Care: Problems of Government Induced Participation*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1(1), 85-111.
- Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Sharma, M., Lai, W., Zhao, Y., et al. (2018), *Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1711.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990), *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. (2010), *American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond*, *Circulation*, 121(4).
- Luke D.A., Harris J.K. (2007), *Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications*. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 69–93.
- Maddux, J. E. (1991), *Self-efficacy*. In Snyder, C. R., & Forsyth, D. R. (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 57-78). New York: Pergamon Press.

- Maddux, J. E. (Ed.). (1993), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York: Plenum.
- Manafa, E., & Wong, S. (2012), *Exploring Older Adults' Health Information Seeking Behaviors*. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(1), 85-89.
- Maness JM. (2006), *Web 2.0 and its Implications for Libraries*. *Webology*, (3), 2.
- Mangold, W. G., & Faulds, D. J. (2009), *Social Media: The New Hybrid Element of The Promotion Mix*. *Business Horizons*, 52(4), 357-365.
- Manguel A. (1996), *A History of Reading*. *Hammersmith*. HarperCollins, UK.
- McLeod, J. M., Kosicki, G. M., & Pan, Z. (1991), *On Understanding and Misunderstanding Media Effects*. In J. Curran and M. Gurevitch, *Mass Media and Society*. London: Edward Arnold.
- McLuhan, H. M. (1964), *Understanding Media: The Extensions of Man*. Toronto: University of Toronto Press.
- McNeil WH. (1977), *Plagues and Peoples*. New York: Doubleday.
- Mente A, de Koning L, Shannon HS, et al., (2009) *A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease*, *Arch Intern Med*, vol. 169 7(pg. 659-69)
- Miller K.I., Dorsey T.A. (2003), *Handbook of Health Communication*. Routledge.

Miller, N. E., & Dollard, J. (1941), *Social Learning and Imitation*.

Miller, T. A. (2016), *Health Literacy and Adherence to Medical Treatment in Chronic and Acute Illness: A Meta-Analysis*. *Patient Education And Counseling*, 99(7), 1079-1086.

Ministry of Health of Turkey Health Promotion Glossary (2011).

Mishel, M. (1990), *Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory*
MH Mishel - Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 1990

Moment, D., & Zalesnik, A. (1964), *The Dynamics of Interpersonal Behavior*.
Hoboken, NJ: Wiley.

Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., & Hoving, C. (2013), *A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication*. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e1933.

Morens, D. M., Folkers, G. K., & Fauci, A. S. (2009), *What is a Pandemic?*. *J Infect Dis*, 200(7), 1018-1021.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). (2017), *Communicating Science Effectively: A Research Agenda*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Neiger, B. L., Thackeray, R., Van Wagenen, S. A., Hanson, C. L., West, J. H., Barnes, M. D., & Fagen, M. C. (2012), *Use of Social Media in Health Promotion: Purposes, Key Performance Indicators, and Evaluation Metrics*. *Health Promotion Practice*, 13(2), 159-164.
- Nelkin D. (1996), *Medicine and The Media: An Uneasy Relationship: The Tensions Between Medicine and the Media*. *Lancet*, 347, 1600–1603.
- Nelkin D. (1998), *Scientific Journals and Public Disputes*. *Lancet*, 352(2), 25–28.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2003), *Health Literacy. A Prescription to End Confusion*, 2004.
- Noar, S. M., Harrington, N. G., & Helme, D. W. (2010), *The Contributions of Health Communication Research to Campaign Practice*. *Health Communication*, 25, 593–594.
- Noell, J., and Glasgow, R. E. (1999), *Interactive Technology Applications for Behavioral Counseling: Issues and Opportunities for Health Care Settings*. *American Journal of Preventive Medicine*, 1999, 17, 269–274.
- Noghabi, A. D., Mohammedzadeh, F., Yoshany, N., & Javanbakht, S. (2021), *The Prevalence of Preventive Behaviors and Associated Factors During the Early Phase of the COVID-19 Pandemic Among Iranian People: Application of a Health Belief Model*. *J PREV MED HYG*, 62, E60-E66.

Norman CD, McIntosh S, Selby P, Eysenbach G. (2008), *Web-Assisted Tobacco Interventions: Empowering Change in the Global Fight for the Public's (E)Health*. *J Med Internet Res*, 10(5), 48.

Nutbeam D. (2017), *Health Literacy as a Population Strategy for Health Promotion*. *JJHEP*, 2017 ; 210-222.

Nutbeam, D. (1998), *Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and Solutions*. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.

Nutbeam, D. (2000), *Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education And Communication Strategies into the 21st Century*. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

Nutbeam, D. (2008), *The Evolving Concept of Health Literacy*. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Nutbeam, D. (2017), *Health Literacy as a Population Strategy for Health Promotion*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 25(3), 210-222.

Nutbeam, D. (2019), *Health Promotion Glossary*. 1998. World Health Organisation: Geneva.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998), *Health Promotion Glossary*. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998), *Health Promotion Glossary*. Health Promotion International, 13(4), 349-364.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2000), *US Department of Health and Human Services: Healthy People 2010*.

Okay A. (2020), *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Der Yayınları.

Okyay, P., ve Abacıgil, F. (2016), *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), 24-41.

O'Leary, A. (1992), *Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation*. Cognitive Therapy and Research, 16, 229-245.

Otway, H., & B. Wynne. (1989), *Risk Communication: Paradigm and Paradox*. Risk Analysis 9: 141-5.

Oxman A.D., Lewin S, Lavis J.N., Fretheim A. (2009), *Support Tools for Evidence-Informed Health Policymaking (STP) 15: Engaging the Public in Evidence-Informed Policymaking*. Health Policy Research and Systems 7 (Suppl 1):S1.

Ozturk, F. O., & Ayaz-Alkaya, S. (2020), *Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Adolescents in Turkey*. Journal of Pediatric Nursing, 54, 31-35.

- ÖZCAN, A. (2017), *Dijital Medya Okuryazarlığı: Sorunlar, Uygulamalar ve Beklentiler*. AJIT-e: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi, 8(28), 55-66.
- Özlü, A., ve Öztaş, D. (2020), *Yeni Corona Pandemisi (Covid-19) ile Mücadelede Geçmişten Ders Çıkartmak*. Ankara Medical Journal, 20(2), 468-481.
- Özsevinç, N., ve Yengin, D. (2021), *Dijital Dünyada Medya Okuryazarlığı Olgusu: Gelişimevi Spor Kulübü*. Yeni Medya Elektronik Dergisi, 5(1), 35-48.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007), *The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes*. American Journal of Health Behavior, 31(1), S19-S26.
- Paffenbarger RSJr. Pollock M. (1986), *Exercise in the primary prevention of coronary heart disease, Heart Disease and Rehabilitation*, 2nd edn New York John Wiley & Sons
- Palmgreen, P., Donohew, L., Harrington, N., Rice, R., & Atkin, C. (2001), *Sensation Seeking in Antidrug Campaign and Message Design*. Public Communication Campaigns, 300-304.
- Paneth N., Vinten-Johansen P., Brody H. (1998), *A Rivalry Of Foulness: Official and Unofficial Investigations of The London Cholera Epidemic of 1854*. Am J Public Health. 1998; 88: 1545–1553.

Parker J.C., Thorson E. (2008), *Health Communication in the New Media Landscape*. Springer Publishing Company.

Parker, J. C., & Thorson, E. (Eds.). (2008), *Health Communication in The New Media Landscape*. Springer Publishing Company.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995), *The Test of Functional Health Literacy in Adults*. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.

Parkerson Jr, G. R., Connis, R. T., Broadhead, W. E., Patrick, D. L., Taylor, T. R., & Tse, C. K. J. (1993), *Disease-Specific Versus Generic Measurement of Health-Related Quality of Life in Insulin-Dependent Diabetic Patients*. *Medical Care*, 629-639.

Parrott R. (2009), *Talking about Health: Why Communication Matters*. Wiley-Blackwell, (1).

Pavlik, J. V., Finnegan, J. R., Strickland, D., Salman, C. T., Viswanath, K., & Wackman, D. B. (1993), *Increasing Public Understanding of Heart Disease: An Analysis of The Minnesota Heart Health Program*. *Health Communication*, 5, 1–20.

Pawlak, R. (2005), *Economic Considerations of Health Literacy*. *Nursing Economics*, 23(4), 173.

Pearson, J. C., & Nelson, P. E. (1991), *Understanding and Sharing*. (5th ed.) Dubuque, IA: Wm. C. Brown.

Peerson, A., & Saunders, M. (2009), *Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does it Matter?* Health Promotion International, 24(3), 285–296.

Pembecioğlu, N. (2020), *COVID-19-Medya Okuryazarlığı ve Çocuklar Üzerine Etkileri*. Çocuk ve Medeniyet, 5(9), 73-112.

Pew Internet and American Life Project (2000c), *The Online Health Care Revolution: How the Web Helps Americans Take Better Care of Themselves*.

Pew Research Center. (2013), *Health Online 2013*.
<https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/> (10 Ekim 2021)

Pikoulis, E., Waasdorp, B. S., Leppaniemi, A., & Burris, D. (1998), *Hippocrates: The True Father of Medicine*. American Surgeon, 64(3), 274–275.

Piotrow, P.T., Rimon, J.G.II, Payne Merritt, A., & Saffitz, G. (2003), *Advancing Health Communication: The PCS Experience in the Field*, Baltimore. MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

Potter W.J. (2013), *Review of Literature on Media Literacy*. Sociology Compass, 7(6), 417-435.

Pricewaterhouse Coopers. (1999), *Net to Radically Change Health Care Industry*.

Qin L, Knol MJ, Corpeleijn E, et al. (2010), *Does physical activity modify the risk of obesity for type 2 diabetes: a review of epidemiological data*, Eur J Epidemiol, 2010, vol. 25 1(pg. 5-12)

Ratzan, S. C., & Parker, R.M. (2000), *Introduction. In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. NLM Pub. No. CBM 2000- 1, edited by C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Rebecca Schein, K., Wilson, Jennifer Keelan., S. Rebecca. (2020). *Literature Review on Effectiveness of The Use of Social Media: A Report for Peel Public Health*.

Reese, S. D. (2007), *The Framing Project: A Bridging Model for Media Research Revisited*. Journal of Communication, 57(1), 148–154.

Reisi, M., Javadzade, S. H., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F., & Hasanzade, A. (2012), *Relationship Between Health Literacy, Health Status, and Healthy Behaviors among Older Adults in Isfahan, Iran*. Journal Of Education And Health Promotion, 1(1), 31.

Rice & C. K. Atkin (Eds.). (1989), *Public Communication Campaigns*, (2nd ed., pp. 233–252). Newbury Park, CA: Sage.

Roberts, D. F. (1999), *Kids & Media the New Millennium: A Kaiser Family Foundation Report. A Comprehensive National Analysis of Children's Media Use*. Executive Summary.

Robinson, T. N., Patrick, K., Eng, T. R. & Gustafson, D. (1998), *An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication: A Challenge to Medicine in the Information Age*. Journal of the American Medical Association, 280, 1264–1269.

Rogers, E. M., & Kincaid, D. L. (1981), *Communication Networks: Toward a New Paradigm for Research*. New York: Free Press

Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007), *Doctor–Patient Communication in Primary Care with an Interpreter: Physician Perceptions of Professional and Family Interpreters*. Patient Education and Counseling, 67(3), 286-292.

Rosenstock IM. (1974), *Historical Origins of The Health Belief Model*. Health Education Monographs. 1974;2:328–335.

Rosenstock, I. M. (1974), *The Health Belief Model And Preventive Health Behavior*. Health Education Monographs, 2(4), 354-386.

RTÜK. (2016), *Medya Okuryazarlığı Nedir?*
https://www.medyaokuryazarligi.gov.tr/menu_goster.php?Guid=B7AA7732-1593-4B32-BDE5-D76E64C2A5FA&MenuId=2 (2 Kasım 2021)

Rudd, R., J. Comings, & J. Hyde. (2003), *Leave No One Behind: Improving Health and Risk Communication Through Attention to Literacy*. Journal of Health Communication 8:104–15.

Rudolf J. Freund, William J. Wilson, Ping Sa (2006), *Regression Analysis* Elsevier

Rust G., Satcher D., Fryer GE, Levine R.S., Blumenthal D.S. (2010), *Triangulating On Success: Innovation, Public Health, Medical Care, And Cause-Specific US Mortality Rates Over a Half Century (1950–2000)*. Am J Public Health.

Salem, R.M., Bernstein, J., Sullivan, T.M., & Lande, R. (2008), *Communication for Better Health, Population Reports, Series J, No. 56*, Baltimore: INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Sarı C. (2021). *Ortaokul Öğretmenlerinin Medya Okuryazarlığı Dersinin Amaçları ve Dersin Öğretiminde Karşılaşılan Sorunlara İlişkin Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi / Eğitim Bilimleri Enstitüsü / Türkçe ve Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı / Sosyal Bilimler Eğitimi Bilim Dalı

Schiavo R. (2013), *Health Communication: From Theory to Practice*. Jossey-Bass, (1).

Schiavo, R. (2013), *Health Communication: From Theory to Practice*. John Wiley & Sons (217).

- Schneider, E. C., Sarnak, D. O., Squires, D., & Shah, A. (2017). *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Faws and Opportunities for Better U.S. Heath Care*. Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991), *Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.
- Sebeok. T. A. (2001), *Signs: An Introduction to Semiotics*. Toronto: University of Toronto Press.
- Servaes, J., & Malikhao, P. (2010), *Advocacy Strategies for Health Communication*. *Public Relations Review*, 36(1), 42-49.
- Sezer N., Sert N.Y. (2019), *Medya Okuryazarlığı Üzerine*. Ankara: Eğitim Yayınevi.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949), *The Mathematical Theory of Communication*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Shopland, D. R. (1993), *Smoking Control in the 1990's: A National Cancer Institute Model for Change*. *American Journal of Public Health*, 83, 1208–1210.

- Silverblatt, A., Miller, D. C., Smith, J., & Brown, N. (2014), *Media Literacy: Keys to Interpreting Media Messages: Keys to Interpreting Media Messages*. ABC-CLIO.
- Slater M.D., Gleason L.S. (2012), *Contributing to Theory and Knowledge in Quantitative Communication Science*. *Communication Methods and Measures*. 2012;6:215–236.
- Smith, J. A., & Ireland, S. (2020), *Towards Equity and Health Literacy*. *Health Promotion Journal of Australia*, 31(1), 3-4.
- Snow, John (1855), *Mode of Communication of Colera*, John Churchill.
- Social Touch. (2013), *Türkiye’de İnternetin Sağlık Amaçlı Kullanımı*. http://www.socialtouch.com.tr/Turkiyede_internetin_saglik_amacli_kullanimi_eylul2013.pdf (10 Ekim 2021)
- Solomon, M. Z. (1995), *The Enormity of Task: Support and Changing Practice*. *Hastings Center Report*, 25(6), S28–S32
- Sonnenberg, F. A. (1997), *Health Information on the Internet: Opportunities and Pitfalls*. *Archives of Internal Medicine*, 157, 151–152.
- Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012), *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*. *BMC Public Health*, 12(1), 80–93.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015), *Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU)*. European Journal of Public Health, 25(6), 1053-1058.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., & Brand, H. (2013), *Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating The Design and Development Process of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. BMC public health, 13(1), 1-10.

Soroka S., Lawlor A., Farnsworth S, Young L. (2012), *Mass Media and Policymaking*. Routledge handbook of public policy, 1-15. Speros, C. (2005), *Health Literacy: Concept Analysis*. Journal of Advanced Nursing, 50(6), 633–640.

Stevens, J. P. (2002), *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (Fourth Edition). New Jersey: Lawrance Erlbaum Association.

T.C. Halk Sağlığı Kurumu. (2016), *Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi*, 1.Baskı, Ankara: Bakanlık Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011), *Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu Kitabı*. Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu, İstanbul.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması*. Yayın No 1103
Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu, Yayınlar.
<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66116/yayinlar.html> (23 Eylül 2021)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu.
<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> (22 Eylül 2021)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2020), *COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998), *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Bakanlık yayını, 814(1).
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013), *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.
- Tang, H., & Ng, J. H. K. (2006), *Googling for a Diagnosis—Use of Google as a Diagnostic Aid: Internet Based Study*. British Medical Journal, 333, 1143–1145.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., ve Akalın, H. E. (2014), *Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Sağlık-Sen Yayınları, 6, 42-47.

- Tavakoly Sany, S. B., Doosti, H., Mahdizadeh, M., Orooji, A., & Peyman, N. (2021), *The Health Literacy Status and Its Role in Interventions in Iran: A Systematic and Meta-Analysis*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8), 4260.
- Thomas, R. K. (2006), *Health Communication*. Springer Science & Business Media.
- Thompson T.L. (2003), *The Routledge handbook of Health Communication*. Routledge.
- Thompson, T. L., Parrott, R., & Nussbaum, J. F. (2011), *The Routledge Handbook of Health Communication*. Routledge.
- Tichenor, P. J., Donohue, G. A., & Olien, C. N. (1970), Mass Media Flow and Differential Growth in Knowledge. Public Opinion Quarterly, 34, 159–170.
- TÜİK (2021), <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109>
- U.S. Congress. (1991), *National Literacy Act of 1991*. Public Law 102-7. <https://www.congress.gov/102/statute/STATUTE-105/STATUTE-105-Pg333.pdf> (12 Ekim 2021)
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) (2003), *America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information*.

- U.S. Institute of Medicine. (1988), *Committee for the Study of the Future of Public Health, The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press, 40-42.
- US Department of Health and Human Services (2008), *HHS Pandemic Influenza Plan: Supplement 10: Public Health Communications*.
- US Department of Health and Human Services (2020), *Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People, 2010*.
- van der Molem, B. (1999), *Relating Information Needs to the Cancer Experience: 1. Information As A Key Coping Strategy*. *European Journal of Cancer Care*, 8, 238–244.
- Vance K., Howe W., Dellavalle RP. (2009), *Social Internet Sites as a Source of Public Health Information*. *Dermatol Clin*, 27(2), 133-136.
- Vans DMAS, Pivonka E. (2000) *Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetic professional: selected literature*, *J Am Diet Assoc*, 2000, vol. 100 (pg. 1511-21)
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., ... & Vogelaers, D. (2015), *Communication in Healthcare: A Narrative Review of The Literature and Practical Recommendations*. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257-1267.

- Vickers G. (1958), *What Sets the Goals of Public Health?* Lancet. 1958; 1: 599–604
- Viswanath, K. (2005), *The Communications Revolution and Cancer Control*. Nature Reviews Cancer, 5, 828–835.
- Viswanath, K., and Finnegan, J. R. (1996), *The Knowledge Gap Hypothesis: Twenty-Five Years Later*. In B. Burleson, Communication Yearbook, Vol. 19. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Viswanath, K., Finnegan, J. R., Hannan, P. J., and Luepker, R. V. (1991), *Health and Knowledge Gaps: Some Lessons from the Minnesota Heart Health Program*. American Behavioral Scientist, 34, 712–726.
- Vlahov D., Coady MH., Ompad DC., Galea S. (2007), *Strategies for Improving Influenza Immunization Rates Among Hard-to-Reach Populations*. J Urban Health, 84:615–631.
- Voils, C. I., Sandelowski, M., Barroso, J., & Hasselblad, V. (2008), *Making Sense of Qualitative and Quantitative Findings in Mixed Research Synthesis Studies*. Field Methods, 20, 3-25.
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010), *Use of Mass Media Campaigns to Change Health Behaviour*. The Lancet, 376(9748), 1261-1271.
- Wallack L., Woodruff K., Dorfman L., Diaz I. (1999), *News for a Change: An Advocate's Guide to Working with the Media*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Wallston, K. A. (1994). *Theoretically based strategies for health behavior change*. In M. P. O'Donnell & J. S. Harris (Eds.), *Health promotion in the workplace* (2nd ed., pp. 185-203). Albany, NY: Delmar Publishers.

White, S., Bennett, I., Cordell, T., & Baxter, S. L. (2007), *Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy.

WHO (2008) World Health Organization, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [Internet], 2008 GenevaWorldHealthOrganization.

http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/en/index.html

WHO (2011a), *The Classical Definition of a Pandemic is not Elusive*. Bulletin of the World Health Organization, 89, 540-541.

WHO (2011b), *Comparative Analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans*.

https://www.who.int/influenza/resources/documents/comparative_analysis_hp_2011_en.pdf (10 Eylül 2021)

WHO (2012), *World Health Statistics 2012*.

WHO (2014), *A Brief Guide to Emerging Infectious Diseases and Zoonoses*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204722/B5123.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (20 Eylül 2021)

WHO (2020), *Q&A on Coronaviruses (COVID-19)*.
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (21 Eylül 2021)

WHO (2021), *Coronavirus Disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (23 Eylül 2021)

WHO (2021), *Health Promotion Track 2: Health Literacy and Health Behaviour*.
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
(20.02.2021)

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/> (22 Eylül 2021)

WHO press release. (2020). *WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (22 Eylül 2021)

WHO. (2017), *Communicating Risk in Public Health Emergencies: A WHO Guideline for Emergency Risk Communication (ERC) Policy and Practice*. Geneva (CHE): WHO; 2017.

Wilkins, A. S. (1999), *Expanding Internet Access for Health Care Consumers*. Health Care Management Review, 24, 30–41.

Wilson, A., Bonevski, B., Jones, A., & Henry, D. (2009), *Media Reporting of Health Interventions: Signs of Improvement, But Major Problems Persist*. PloS one, 4(3), e4831.

Winslow CEA.(1920), *The Untilled Field of Public Health*. Mod Med, 2: 183–191

Witte, K. (1994), *The Manipulative Nature of Health Communication Research: Ethical Issues and Guidelines*. American Behavioral Scientist 38: 285–93.

Woolf, S. H., Krist, A. H., Johnson, R. E., Wilson, D. B., Rothemich, S. F., Norman, G. J., & Devers, K. J. (2006), *A Practice-Sponsored Web Site to Help Patients Pursue Healthy Behaviors: An ACORN Study*. Annals of Family Medicine, 4 (2), 148–152

World Health Organization. (1997), *Tobacco or Health: A Global Status Report*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2003), *Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction*. Mobilizing for Action, Communication-for-Behavioural-Impact (COMBI). The Communication Initiative.

World Health Organization. (2005), *Effective Media Communication During Public Health Emergencies: a WHO Field Guide*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43477/WHO_CDS_2005.31a_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (27 Ekim 2021)

Yanovitzky I, Bennett C. (1999), *Media Attention, Institutional Response, and Health Behavior Change the Case of Drunk Driving, 1978–1996*. Communication Research 26: 429–53.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004), *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Yıldırım, F., ve Keser, A. (2015). *Sağlık Okuryazarlığı*. 3.Baskı, Ankara Üniversitesi Yayınları.

Yongbing, L. I. U., Yanru, W. A. N. G., Fang LIANG, Y. C., Liu, L. I. U., Yanfei, L. I., Hua, Y. A. O., & Qingquan, C. H. U. (2015), *The Health Literacy Status and Influencing Factors of Older Population in Xinjiang*. Iranian Journal Of Public Health, 44(7), 913.

Yüksel E. (2018)., *Akademik Bakış: Sağlık Haberciliği*. Literatürk Academia.

Yüksel, E., Kaya, A. Y., Koçak, A., ve AYDIN, S. (2010), *Türkiye’de Sağlık Konulu Yayınların Analizi*. Kurgu, 24(1), 17-43.

Živadinović, K, N. (2004), *Utvrđivanje Osnovnih Karakteristika Proizvoda Primjenom Faktorske Analize [Defining the Basic Product Attributes Using the Factor Analysis]*. Ekonomski pregled, 55(11-12), 952-966.

Zylka, J., Müller, W., & Martins, S. W. (2011), *Media Literacy Worldwide. Similarities and Differences of Theoretical and Practical Approaches*. IEEE Global Engineering Education Conference (EDUCON), 726-733.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Raporu

| | | |
|---|---|--|
|  <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"</p> | <p>Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"</p> | <p>Galleo Galilei Sk. / Str., 99628, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, NORTH CYPRUS, via Mersin 10, TURKEY Tel: (+90) 392 630 1327 bayek@emu.edu.tr</p> |
| <p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) / Board of Scientific Research and Publication Ethics</p> | | |
| <p>Sayı: ETK00-2021-0046</p> | <p>14.10.2021</p> | |
| <p>Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p> | | |
| <p>Sayın Begüm Mutuş İletişim Fakültesi</p> | | |
| <p>İletişim Fakültesi Etik Alt Kurulu'nun 08.10.2021 tarih ve 2021/106 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Dr. Fatoş Adiloğlu danışmanlığında yürüttüğünüz "Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi: Türk Toplumunun Sağlık Okuryazarlığı ve Pandemiden Korunmaya Yönelik Gösterdiği Tutum ve Davranışları Araştırması" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır.</p> | | |
| <p>Bilgize rica ederim.</p> | | |
| <p> Prof. Dr. Yücel Vural Etik Kurulu Başkanı</p> | | |
| <p>YV/ns.</p> | | |

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

COVID-19 PANDEMİSİ, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK İLETİŞİMİ: Türk Toplumunun Sağlık Okuryazarlığı ve Pandemiden Korunmaya Yönelik Gösterdiği Tutum ve Davranışları Araştırması

Değerli katılımcı,

Araştırmaya katılmayı kabul etmeden önce, lütfen araştırma ile ilgili aşağıda bulunan bilgileri dikkatlice okumak için birkaç dakikanızı ayırınız. **Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz varsa, aşağıda iletişim bilgileri olan araştırmacıyla iletişim kurabilirsiniz.** Bu araştırma Begüm Mutuş ve Prof. Dr. Fatoş Adiloğlu tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi ve medyadaki sağlık haberlerine duyulan güveni araştırmaktır. **Çalışma, en fazla 30 dakikanızı alacaktır.** Çalışmaya katılımınız zorunlu değildir ve katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Çalışmadan, istediğiniz bir anda, açıklama yapmaksızın çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan çekilmeniz durumunda, yanıtlarınız yok edilecektir ve araştırmada kullanılmayacaktır. Eğer araştırmaya katılmayı ve tamamlamayı kabul ederseniz, cevaplar ve anketler gizlilikle korunacaktır. İsminiz ve tanımlayıcı bilgileriniz, anketin geri kalan kısımlarından ayrı olarak muhafaza edilecektir. Veriler, araştırma tamamlandıktan sonra en çok 6 yıl boyunca muhafaza edilecektir. Verilerin analizinden sonra, araştırma ile ilgili bir rapor yayınlanabilir.

Gönüllü katılımınızı belirtmek için, lütfen aşağıda bulunan bilgilendirilmiş onam formunu imzalayınız.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Araştırmanın Başlığı: Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranış Boyutlarına Sağlık İletişimi Etkisi

Araştırmacıların Adları: Begüm Mutuş, Prof. Dr. Fatoş Adiloğlu

E-mail: begum.mutus@sabriulkervakfi.org

Her ifadeye katıldığınızı belirtmek için lütfen yanda bulunan kutuları işaretleriniz.

1. Bilgileri okuyup anladığımı ve soru sorma fırsatımın olduğunu onaylıyorum.
2. Katılımımın gönüllü olduğunu ve açıklama yapmaksızın, istediğim bir anda araştırmadan çekilebileceğimi anlıyorum.
3. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih

İmza

Ek 3: Anket Formu

ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, akademik bir çalışmaya veri elde etmek için hazırlanmıştır. Anket formu ile, “Korona Pandemisi ile ilgili sağlık okuryazarlığını ortaya çıkartmak amaçlanmaktadır.” Vereceğiniz gerçek ve samimi cevaplar araştırmanın doğru sonuçlara ulaşabilmesi açısından çok önemlidir. Anket içerisinde kimliğinizi belli edecek hiçbir soru bulunmamaktadır. Çalışmama değerli katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Doğu Akdeniz Üniversitesi

İletişim ve Medya Çalışmaları

Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Begüm Mutuş

I. BÖLÜM

1. İkamet ettiğiniz il ?

- | | | |
|-------------|------------|--------------|
| 1. Adana | 2. Ankara | 3. Balıkesir |
| 4. Bursa | 5. Erzurum | 6. Gaziantep |
| 7. İstanbul | 8. İzmir | 9. Kayseri |
| 10. Malatya | 11. Samsun | 12. Trabzon |

2. Cinsiyetiniz ?

1. () Erkek 2. () Kadın

3. Kaç Yaşındasınız ?

- | | | |
|--------------|--------------|------------------------|
| 1. () 18-24 | 2. () 25-29 | 3. () 30-34 |
| 4. () 35-39 | 5. () 40-44 | 6. () 45-49 |
| 7. () 50-54 | 8. () 55-59 | 9. () 60 yaş ve üzeri |

4. Eğitim Düzeyiniz ?

1. İlkokul Terk
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu (Normal)
5. Lise mezunu (Meslek)
6. Üniversite 2 Yıllık mezun
7. Üniversite 4 yıllık mezun (AÖ)
8. Üniversite 4 yıllık mezun (Normal)
9. Lisans Üstü

5. Mesleğiniz ?

1. İşsiz - şu an çalışmıyor - ek gelir yok, yardım alıyor
2. İşsiz - şu an çalışmıyor - düzenli ek gelir var
3. Ev kadını - ek gelir yok, yardım alıyor
4. Ev kadını - düzenli ek gelir var
5. Öğrenci
6. İşçi/hizmetli - parça başı işi olan (yevmiye)
7. İşçi/hizmetli - düzenli işi olan (maaş)
8. Ustabaşı/kalfa - kendine bağlı işçi çalışan
9. Yönetici olmayan memur / teknik eleman / uzman vs.
10. Yönetici (1-5 çalışanı olan)
11. Yönetici (6-10 çalışanı olan)
12. Yönetici (11-20 çalışanı olan)
13. Yönetici (20'den fazla çalışanı olan)
14. Ordu mensubu (uzman er, astsubay, subay)
15. Ücretli Nitelikli uzman (avukat, doktor, mimar, mühendis vs)
16. Çiftçi (kendi başına/ailesiyle çalışan)
17. Seyyar - Kendi isi (freelance dahil), dükkânda hizmet vermiyor
18. Tek başına çalışan, dükkân sahibi, esnaf (taksi şoförü dahil)
19. İşyeri sahibi- 1-5 çalışanlı (Tic, Tarım, İmalat)
20. İşyeri sahibi- 6-10 çalışanlı (Tic, Tarım, İmalat)
21. İşyeri sahibi -11-20 çalışanlı (Tic, Tarım, İmalat)
22. İşyeri sahibi - 20'den fazla çalışanlı (Tic, Tarım, İmalat)
23. Serbest nitelikli uzman (avukat, mühendis vb.)
24. Emekli

6. Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar
 2. Sözlü/Nişanlı
 3. Evli
 4. Dul/Boşanmış

7. Aylık Gelir Durumunuz ? (Toplam Hane Geliri Olarak Belirtiniz.)

1. 1999 TL ve altı 2. 2000 – 2999 lira 3. 3000–3999 lira
4. 4000 – 4999 lira 5. 5000 – 5999 lira 6. 6000–6999 lira
7. 7000 – 7999 lira 8. 8000 – 8999 lira 9. 9000–9999 lira
10. 1000 TL üzeri 11. Belirtmek istemedi

8. Sigara veya nargile içiyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen ()

9. Ne sıklıkla spor yaptığınızı söyler misiniz?

1. Hiç () 2. Orta ()
2. Az () 2. Yüksek ()

10. Kardiyovasküler, yüksek tansiyon, diyabet, böbrek yetmezliği, kanser gibi herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

11. Kortizon içerikli bağışıklık sistemini zayıflatan ilaçlar alıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

II. BÖLÜM

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

1. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1) - Kesinlikle Katılmıyorum

(2) - Katılmıyorum

(3) - Kararsızım

(4) - Katılıyorum

(5) - Kesinlikle katılıyorum

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|
| 1. Korona pandemisi sırasında hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi davranışlarım belirler. | | | | | |
| 2. Korona pandemisi sırasında, eğer hastalanmam kaderde varsa ne yaparsam yapayım hasta olurum. | | | | | |
| 3. Korona pandemisi sırasında, benim için koronadan korunmanın en iyi yolu bir doktorla düzenli irtibatta olmak, hastane ve sağlık merkezlerine baş vurmaktır. | | | | | |
| 4. Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen şeylerin çoğu tesadüfen başıma geliyor. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 5. Korona pandemisi sırasında, iyi hissetmediğimde bir uzmana başvurmalıyım. | | | | | |
| 6. Korona pandemisi sırasında, sağlığım kendi kontrolüm altındadır. | | | | | |
| 7. Korona pandemisi sırasında, ailem hasta olmam veya sağlıklı kalmam konusunda önemli bir rol oynuyor. | | | | | |
| 8. Korona pandemisi sırasında, eğer koronaya yakalanırsam kendimi suçlamalıyım. | | | | | |
| 9. Korona pandemisi sırasında, hastalığa yakalanırsam ne zaman iyileşeceğim konusunda şans ve kader önemli bir rol oynar. | | | | | |
| 10. Korona pandemisi sırasında, sağlığımı etkileyen en önemli etken bireysel önlemlerimdir. | | | | | |
| 11. Korona pandemisi sırasında, kendime iyi bakıp dikkat edersem hastalanmayı önleyebilirim. | | | | | |
| 12. Koronaya yakalanmadıysam veya yakalanıp iyileştiysem, bunun nedeni genellikle diğer insanların (örneğin: doktorlar, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi bakmalarıdır. | | | | | |
| 13. Korona pandemisi sırasında, ne yaparsam yapayım hastalanabilirim. | | | | | |
| 14. Korona pandemisi sırasında, hastalığı önlemek için önerilen önlemlere uyarsam sağlıklı kalabilirim. | | | | | |

2. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1) - Kesinlikle Katılmıyorum

(2) - Katılmıyorum

(3) - Kararsızım

(4) - Katılıyorum

(5) - Kesinlikle katılıyorum

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|---|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|----------------------------|
| 1. Her an koronaya yakalanabilirim. | | | | | | |
| 2. Koronaya yakalanmaktan korkuyorum. | | | | | | |
| 3. Benim yaşadığım bölgede korona çok yaygındır. | | | | | | |
| 4. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum. | | | | | | |
| 5. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıktığımda eldiven kullanıyorum. | | | | | | |
| 6. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yüzüme dokunmadan önce ellerimi iyice yıkarım. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 7. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için evdeki bütün yüzeyleri sürekli dezenfekte ediyorum. | | | | | | |
| 8. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için yemekleri iyi pişiriyorum. | | | | | | |
| 9. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için ekmeği yemeden önce iyice ısıtıyorum. | | | | | | |
| 10. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için meyve ve sebzeleri iyice dezenfekte ediyorum. | | | | | | |
| 11. Koronaya yakalanmaktan korktuğum için diğer insanlarla 2 metre sosyal mesafeyi koruyorum. | | | | | | |

3. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- (1) - Kesinlikle Katılmıyorum
- (2) - Katılmıyorum
- (3) - Kararsızım
- (4) - Katılıyorum
- (5) - Kesinlikle katılıyorum

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|
| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Koronaya yakalanırsam hastanede yatmak zorunda kalırım. | | | | | |
| 2. Koronaya yakalanırsam ölürüm. | | | | | |
| 3. Koronaya yakalanırsam ciğerlerimde kalıcı hasar oluşur. | | | | | |
| 4. Bence korona sağlık için ciddi bir tehdittir. | | | | | |
| 5. Koronaya yakalanan ölüme mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir tedavisi yoktur. | | | | | |
| 6. Koronaya yakalanan ölüme mahkûmdur çünkü koronanın herhangi bir aşısı yoktur. | | | | | |
| 7. Korona ekonomik iflasıma sebep olabilir. | | | | | |
| 8. Korona, ailemdeki yaşlıları ve kronik hastalığı olanları öldürür. | | | | | |
| 9. Korona ölümcül bir hastalık olduğu için ellerimi sık sık ve 20 saniye boyunca sabun ve su ile yıkıyorum. | | | | | |
| 10. Korona yaşlılar için ölümcül olduğu için yaşlı tanıdıklarımın evlerine gitmiyorum. | | | | | |
| 11. Korona akciğer yetmezliğine neden olur. | | | | | |
| 12. Koronaya yakalanırsam rahat nefes alamam. | | | | | |

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| 1. Kalabalık yerlerde maske takmak beni koronaya karşı korur. | | | | | |
| 2. Eldiven takmak beni koronaya karşı korur. | | | | | |
| 3. Yüzüme temas etmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkamak beni koronaya karşı korur. | | | | | |
| 4. Evdeki yüzeyleri dezenfektanlarla dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur. | | | | | |
| 5. Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek beni koronaya karşı korur. | | | | | |
| 6. Ekmeği kullanmadan önce ısıtmak korona virüsünü öldürür. | | | | | |
| 7. Diğer insanlarla iki metre mesafeyi korumak beni koronadan koruyor. | | | | | |
| 8. Dışarıdan giyilen giysileri yaşam alanı dışında tutmak koronadan koruyor. | | | | | |
| 9. Koronaya yakalanıldığında, 14 gün boyunca izole olmak, başkalarının enfekte olmasını önler. | | | | | |
| 10. Evde kalmak koronanın daha çabuk son bulmasını sağlar. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 11. Korona virüsü telefon ekranında uzun süre hayatta kalır, bu nedenle telefon ekranını dezenfekte etmek koronaya yakalanmayı önlemekte büyük rol oynar. | | | | | |
| 12. Yemeği iyi pişirmek korona virüsü öldürür. | | | | | |

3x. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- (1) - Kesinlikle Katılmıyorum
- (2) - Katılmıyorum
- (3) - Kararsızım
- (4) - Katılıyorum
- (5) - Kesinlikle katılıyorum

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|---|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|
| 1. Korona grip gibi az tehlikeli bir hastalıktır. | | | | | |
| 2. Koronaya yakalanırsam, sadece birkaç gün öksüreceğim. | | | | | |
| 3. Koronaya yakalanırsam, sadece bir gün hafif ateşim çıkacak. | | | | | |
| 4. Korona çok ciddi ve tehlikeli bir hastalık değildir. | | | | | |
| 5. Korona çok tehlikeli bir hastalık olmadığı için maske kullanmıyorum. | | | | | |

4. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1) - Kesinlikle Katılmıyorum

(2) - Katılmıyorum

(3) - Kararsızım

(4) - Katılıyorum

(5) - Kesinlikle katılıyorum

5. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1) - Kesinlikle Katılmıyorum

(2) - Katılmıyorum

(3) - Kararsızım

(4) - Katılıyorum

(5) - Kesinlikle katılıyorum

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|---|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|
| 1. Maske taktığımda boğulduğumu hissediyorum. | | | | | |
| 2. Eldiven giydiğimde ellerim terliyor. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 3. Aşırı el yıkama, cildimin kurumasına ve yara olmasına neden oluyor. | | | | | |
| 4. Alkol gibi dezenfektanlar çok pahalı ve zor bulunuyor. | | | | | |
| 5. Dışarıdan alınan yiyecekleri dezenfekte etmek onların bozulmasına sebep olur. | | | | | |
| 6. Ekmeği ısıtmanın korona virüsünü yok etmede etkisi yoktur. | | | | | |
| 7. İnsanlara mesafeli durmak ve onlarla tokalaşmamak, onların bana darılmasına ve benim için kötü düşünmesine neden olur. | | | | | |
| 8. Çok korkup endişelendiğim için ateş ve öksürüğüm varsa hemen hastaneye gidiyorum. | | | | | |
| 9. Dezenfektanlarla cep telefonunu temizlemek telefona zarar verir. | | | | | |
| 10. Yemekleri iyi pişirmenin korona virüse hiçbir etkisi yoktur. | | | | | |

6. “Korona Pandemisi” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1) - Kesinlikle Katılmıyorum

(2) - Katılmıyorum

(3) - Kararsızım

(4) - Katılıyorum

(5) - Kesinlikle katılıyorum

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| 1. Çeşitli televizyon kanallarında korona ile ilgili programları takip ettim. | | | | | |
| 2. Şehirdeki eğitim panolarında korona ile ilgili bilgilendirmeler gördüm. | | | | | |
| 3. Sosyal medyada koronayı önleme hakkında yazılar okudum. | | | | | |
| 4. Radyoda koronayı önleme hakkında bilgiler dinledim. | | | | | |
| 5. Koronadan korunma ile ilgili makaleler okudum. | | | | | |
| 6. Yakınımdaki insanlarda öksürük ve ateş gördüğümde onlarla görüşmem. | | | | | |
| 7. Öksürük, ateş gibi belirtiler başladığında hemen 4030 veya 115'i arayıp bilgi alırım. | | | | | |
| 8. Öksürük, ateş gibi semptomlarım varsa, çevremdekilere bulaştırmamak için maske takarım. | | | | | |

III. BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

1. “Sağlık” hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek için bazı yargılar hazırlanmıştır, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

(1) - Çok kolay

(2) - Kolay

(3) - Zor

(4) - Çok zor

(5) - Fikrim Yok

| | Çok Kolay | Kolay | Zor | Çok zor | Fikrim Yok |
|--|-----------|-------|-----|---------|------------|
| 1. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak | | | | | |
| 2. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu 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/tetikik 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. 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) sağlığını 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 | | | | | |

IV. BÖLÜM

COVID-19 Salgını Döneminde Sağlık Haberlerine Güven ve Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Sosyal Medyanın Yeri

1. İnternet kullanıyor musunuz? (Yanıtınız 'Evet' ise bir sonraki soruya geçebilirsiniz.)
- Evet
 - Hayır

2. Gün içerisinde internette ne kadar zaman harcıyorsunuz?

- 1 saatten az
- 1-3 saat
- 3-5 saat
- 5 saat ve üzeri

3. Herhangi bir sosyal medya ağına üyeliğiniz var mı?

(Yanıtınız 'Evet' ise bir sonraki soruya geçebilirsiniz.)

- Evet
- Hayır

4. COVID-19 hakkında haber ve bilgi almak için hangi sosyal medya platformunu kullanıyorsunuz? (Yalnız 1 seçenek işaretleyiniz.)

- Sosyal Ağ Siteleri (Facebook, Whatsapp, Twitter, Google Plus, My Yahoo, Pinterest...)
- Blog – Microblog (Blogger, Tumblr, WordPress, My Opera...)
- Profesyonel Ağlar (LinkedIn, Viadeo, Xing, Yenibiriş, BeKnown...)
- Fotoğraf ve Video Paylaşım Siteleri (Flickr, YouTube, Dailmotion, Vimeo...)
- Diğer (lütfen belirtiniz.....)

5. Sosyal medyada sağlık konulu bir paylaşımlar ilginizi çeker mi?

- Evet
- Hayır

6. Sosyal medyada yer alan sağlık sitelerini takip eder misiniz?

- Evet
- Hayır

7. Sosyal medyada sağlık haberlerine yeterince yer verilmediğini düşünür müsünüz?

- Evet
- Hayır

8. İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum (bilgilendirme videoları, tanıtım reklamları, sağlık haberleri, e-sağlık hizmetleri...).

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

9. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri...) bulacağımı biliyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

10. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

11. Sağlığımla ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

12. İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

13. İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

14. İnternetteki bilimsel sağlık haberlerini, bilimsel olmayan sağlık haberlerinden ayırabilirim.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

15. Sosyal medyada COVID-19 pandemisi ile ilgili Türkçe sayfaların, grupların ve hesapların bilimsel ve güncel olduğunu düşünüyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

16. Sosyal medyada COVID-19'a ile ilgili daha fazla haber yayınlamanın insanlar arasında korku ve panik yaydığını düşünüyor musunuz?

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

17. Sosyal medyada yer alan COVID-19 paylaşımlarının salgını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

Lütfen Size Uygun Seçeneği İşaretleyiniz.

***SOSYAL MEDYADA SAĞLIK HABERLERİNİ TAKİP EDİYORUM
ÇÜNKÜ...***

18. Daha önce hakkında bir şeyler bilmediğim pek çok hastalık ve sağlık bilgisini bu haberlerden öğrendim/öğreniyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

19. Sağlık ve tıpla ilgili pek çok teknolojik yeniliği ya da gelişmeyi sosyal medyadaki sağlık haberlerinden öğreniyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum

- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

20.Sağlığımı koruma ve geliştirmede yararlı bilgiler sunuyorlar.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

21. Benim veya yakınlarımla rahatsızlıkları hakkında çok şey öğreniyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

22.Sağlık ile ilgili önemli bilgiler veriyorlar.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

23.Kişisel sağlık bilgimi artırdıklarını düşünüyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

24. Bu haberlere doktorlardan daha çok güveniyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

25. Benim için sağlık haberleri önemli olduğundan çoğunlukla verilen önerileri uyguluyorum.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

26. Diğer bilgi kaynaklarıyla kıyaslandığında sosyal medya kanallarında uzman konuklar daha anlaşılır türde bilgiler veriyorlar.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

27. Sosyal medyada yer alan sağlık bilgilendirmeleri sayesinde sağlığa zararlı bazı alışkanlıklarımı bıraktım (sigara, alkol, yemek yeme alışkanlıkları vb.).

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

28. “Korona” ile ilgili konularda size sayacağım kişi ve kurumlardan aldığınız bilgilere ne derece güvendiğinizi öğrenmek istiyoruz, lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- (1) - Hiç Güvenmiyorum
- (2) - Güvenmiyorum
- (3) - Ne Güveniyorum Ne Güvenmiyorum
- (4) - Güveniyorum
- (5) - Çok Güveniyorum

| | Hiç Güvenmiyorum | Güvenmiyorum | Ne Güveniyorum Ne Güvenmiyorum | Güveniyorum | Çok Güveniyorum |
|--|---------------------|--------------|-----------------------------------|-------------|--------------------|
| 1. Aile, akrabalar, arkadaş, komşu gibi yakın çevre | | | | | |
| 2. İş yeri | | | | | |
| 3. Doktorlar | | | | | |
| 4. Sağlık Bakanlığı | | | | | |
| 5. Televizyon programları | | | | | |
| 6. İnternet | | | | | |
| 7. Sosyal medya | | | | | |
| 8. Gazete reklamları | | | | | |
| 9. Televizyon reklamları | | | | | |
| 10. Dergi reklamları | | | | | |
| 11. Radyo reklamları | | | | | |
| 12. Gazete haberleri | | | | | |
| 13. Televizyon haberleri | | | | | |
| 14. Dergi haberleri | | | | | |
| 15. Radyo haberleri | | | | | |