

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19'A BİLİNER MARUZİYETİN
BİREYLERİN COVID-19 İLE İLGİLİ BİLGİ
DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Mehmet YERAL
UZMANLIK TEZİ

İZMİR -2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVID-19'A BİLİNEREN MARUZİYETİN BİREYLERİN COVID-19 İLE
İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Mehmet YERAL
UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Yard. Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ

İÇİNDEKİLER

TABLO DIZINI	i
KISALTMALAR	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Etiyoloji.....	3
2.2.Bulaş yolu.....	4
2.3.Klinik Özellikler.....	4
2.4.Epidemiyoloji	5
2.5.Korunma ve Kontrol.....	6
2.6.COVID-19 Salgınına Genel Bir Bakış.....	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1.Araştırma Tasarımı ve Örneklem Seçimi	12
3.2.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	12
3.3.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	12
3.4. Veri Toplama.....	12
3.4.1.	1.Sosyodemografik
Bilgiler	13
3.4.2.	2.COVID-19 Bilgi
Düzeyi Anketi.....	13
3.5.İstatistiksel Değerlendirme	14
3.6.İzinler.....	14
4. BULGULAR	15
4.1.Katılımcıların Özelliklerini Belirten Bulgular	15
4.2.Karşılaştırmalı Analiz Bulguları.....	22
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
7. KAYNAKÇA	36
8. EKLER.	41
9. Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.	41
10. Ek 2: Sosyodemografik veri formu	42
11. Ek 3: COVID 19 BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ.....	43
12. Ek 4: Etik Kurul İzni.	45

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların COVID-19 ile ilişkili özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalıklara göre dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi sorularında işaretledikleri seçenekler

Tablo 5. Katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi sorularına verilen cevapların doğru-yanlış/bilmiyorum yanıtlama oranları

Tablo 6. Katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi toplam puan ortalamaları

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları

Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları

Tablo 9. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre klinik puan ortalamaları

Tablo 10. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre bulaş yolları puan ortalamaları

Tablo 11. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre korunma ve kontrol soruları puan ortalamaları

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ARDS: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu

ASM: Aile Sağlığı Merkezleri

AVM: Alışveriş Merkezi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

COVID-19: Corona Virus Disease 2019

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DM: Diabetes Mellitus

HL: Hiperlipidemi

HT: Hipertansiyon

MAX: Maximum

MERS: Middle East Respiratory Syndrome

MIN: Minimum

RNA: Ribonükleik Asit

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2

SPSS: The Statistical Package for Social Sciences

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Tezimin başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, her zaman ilgi ve desteğiyle yanımda olan, uzmanlık eğitimime ve kişisel gelişimime katkı sağlayan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Azize Dilek Güldal'a, yardımcı tez danışmanım Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün Özçakar, Prof. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Tolga Günvar, Doç. Dr. Makbule Neslişah Tan, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a

Uzmanlık eğitimim boyunca tanışmaktan ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde bana destek olan ve varlıklarıyla bana güç veren aileme ve bana özveriyle destek veren güzel arkadaşlarıma yürekten teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

COVID-19'A BİLİNEREN MARUZİYETİN BİREYLERİN COVID-19 İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Mehmet YERAL

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Yard. Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ

Amaç: Bu çalışmada COVID-19'a bilinen maruziyeti olan ve olmayan bireylerin bilgi düzeyinin ölçülmesi, bu iki grup arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark olup olmadığı ve bu verilerin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik tipte olan çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran hastalarla gönüllülük esasına dayanarak gerçekleştirilmiştir. Evreni bilinen örneklem hesabıyla en az 377 kişiye ulaşılması hedeflenmiş, 388 kişiye ulaşılmış, katılımcılara bilgi düzeyi anketi ve sosyodemografik bilgilerini içeren anket uygulanmıştır. Araştırmanın istatistiksel verileri SPSS 25 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde yüz yüze anket uygulamasıyla toplam 388 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmadaki 388 kişinin yaş ortalaması $41,87 \pm 14,60$ olup %53,4 (n:207)'ü kadındır. Araştırma grubunun %6,2'si okula gitmemiş, bunların %2,1'i okuma yazma bilmemektedir. Lise ve üniversite mezunu olanlar ise grubun %70,6'sini oluşturmuştur. Evinde 65 yaş üstü kişilerle yaşayanların oranı %13,9 dur.

Katılımcıların %50'si COVID-19 geçirmiştir. Katılımcıların yaklaşık beşte biri 12 Eylül 2020 ile 12 Mart 2021 arasında hastalanmıştır. Hastalık geçirdikleri dönemde gebe ya da lohusa olanların oranı %4,1'dir. COVID-19 pozitif olanların %5,7'si hiç belirti vermemiş, %2,1'i yoğun bakıma alınmıştır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri verilen ilacı düzenli kullanmıştır.

Katılımcıların %31'inde en az bir tane kronik hastalık vardır. Bunlardan 69 kişide diyabet, 75 kişide ise hipertansiyon bildirilmiştir.

COVID-19 bilgi düzeyi toplam puan ortalaması $13,22 \pm 3,71$ (min. 1-max. 17) dir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analizi için yapılan Mann Whitney U testine göre; eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, kimle yaşadığı ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p < 0.001$; $p = 0.006$; $p < 0.001$). Buna göre lise ve üstü eğitimi olanların, kronik hastalığı olmayanların ve yalnız yaşayanların puanı daha yüksektir. Cinsiyet, evde 65 yaş üstü birey varlığı ile COVID-19 bilgi düzeyi puanı ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7).

COVID-19 geçirme, kronik hastalık varlığı, aşı olma durumuna göre klinik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir (sırasıyla $p < 0.001$; $p = 0.005$; $p < 0.001$). Buna göre COVID-19 geçirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda ve aşı olanlarda klinik puanı daha yüksektir. Hastaneye yatışı ile klinik puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 9).

COVID-19 geçirme, kronik hastalık, aşı olma ile korunma ve kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p < 0.001$; $p < 0.001$). Buna göre COVID-19 geçirenlerde ve aşı olanlarda korunma ve kontrol puanı daha yüksektir. Kronik hastalığı olup olmaması ve hastaneye yatışın varlığı ile ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Sonuçlar: COVID-19'a bilinen maruziyeti olan bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda ayrıca COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları katılımcıların yaşları, eğitim durumları, kronik hastalığa sahip olup olmadığı, hanede kaç kişiyle yaşadığı, aşı olma durumuna göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini tespit ettik.

COVID-19'a bilinen maruziyeti olmayanların bilgi düzeylerinin daha düşük olması, hastalığa maruz kalmadan önce önleyici bir faktör olarak bilgi düzeylerinin güçlendirilmesi ve buna bağlı olarak bireylerin COVID-19 karşısında daha doğru tutumlar geliştirmesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Bunun için toplumdaki her bireyin hastalıklara maruz kalmadan önce bilgi düzeylerinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, COVID-19 maruziyeti, COVID-19 bilgi düzeyi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWN EXPOSURE TO COVID-19 AND THE LEVELS OF KNOWLEDGE OF INDIVIDUALS ABOUT COVID-19

Dr. Mehmet YERAL

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Azize Dilek Güldal

Ast. Supervisor: Dr. Gizem Limnili

Objective: This study is aimed to measure the level of knowledge among individuals having known or unknown exposure to COVID-19, to examine whether there is a significant difference in terms of level of knowledge between these two groups and the relationship of these data with sociodemographic variables.

Method: Our cross-sectional analytical study was conducted on a voluntary basis among patients at Dokuz Eylül University Family Health Centers. It was aimed to reach at least 377 people by sample calculation with known universe. A questionnaire-based survey, assessing level of knowledge and sociodemographic information was taken by a total of 388 respondents. The statistical data of the research were analyzed using the SPSS 25 program. P-value <0.05 was considered statistically significant.

Results: A face-to-face questionnaire application at Dokuz Eylül University Education Family Health Centers was taken by a total of 388 respondents. %53.4 (n:207) were women. The average age of the of the respondents was 41.87 ± 14.60 . %70.6 were comprised of high school and university graduates. %6.2 of respondents has never been to school and %2.1 of them were illiterate. %13.9 were living with people over the age of 65.

%50 had COVID-19. Approximately one-fifth of the participants became ill between September 12, 2020 and March 12, 2021. %4.1 were pregnant or postpartum during the illness period. %5.7 of those positive for COVID-19 had no symptoms and 2.1% were admitted to intensive care. Approximately one-third of the respondents regularly used the prescribed medication. %31 had at least one chronic disease, among these 69 people had diabetes and 75 people had hypertension.

The total score average of COVID-19 knowledge level was 13.22 ± 3.71 (min. 1-max. 17).

Mann Whitney U test was conducted to analyze the relationship between COVID-19 knowledge level and average scores regarding the sociodemographic characteristics of the participants; A statistically significant relationship was found between educational status, presence of chronic disease, whom one lives with and total score ($p<0.001$; $p=0.006$; $p<0.001$, respectively). Those who are high school graduates or graduates of higher school, those who didn't have chronic diseases and those lived alone had higher scores. No statistically significant difference was found regarding gender, presence of a person over 65 years of age at home, and COVID-19 knowledge level score (Table 7).

A statistically significant difference was observed in the clinical score averages regarding having had COVID-19, presence of chronic disease, and vaccination status ($p<0.001$; $p=0.005$; $p<0.001$, respectively). The clinical score was found higher in those who had COVID-19, those without a chronic disease, and those who were vaccinated.

There was no statistically significant difference between hospitalization and clinical score average (Table 9).

A statistically significant relationship was found between having COVID-19, chronic disease, protection through vaccination and control score averages ($p<0.001$; $p<0.001$, respectively). Accordingly, the protection and control scores are higher in those who have had COVID-19 and those who have been vaccinated. No significant difference was found with the presence or absence of chronic disease and hospitalization (Table 11).

Conclusion: It was concluded that individuals with known exposure to COVID-19 had higher levels of knowledge.

In our research, it was also indicated that average scores of COVID-19 knowledge level differ significantly depending on the participants' age, education level, whether they had a chronic disease, number of people living in the household and COVID-19 vaccination status.

As the knowledge levels of those with unknown exposure to COVID-19 are lower, it becomes necessary to increase their knowledge levels for them to develop more conscious attitude towards COVID-19 as a preventive factor before being exposed to the disease. Therefore, it must be aimed to increase the knowledge level of every individual in the society before they are exposed to disease.

Keywords: COVID-19, COVID-19 exposure, COVID-19 knowledge level.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

COVID-19 pandemisi 1 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei eyaletinin başkenti olan Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır. Kısa bir zaman içerisinde Çin'e ve tüm dünyaya yayılım göstermiş ve 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edilmiştir. Yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı, koku ve tat duyusu kaybı gibi semptomlara neden olan hastalık ciddi bir şekilde pnömoni ve hatta ölüme neden olabilmektedir. Kayıtlara göre COVID-19 kaynaklı ilk ölüm 9 Ocak 2020'de Çin'de meydana gelmiştir [1].

Hastalık, insandan insana damlacık yoluyla ve virüsle kirlenmiş objelerden eller aracılığıyla ağza, buruna ve göze temas ile bulaştığı için, insanlar arasında fiziksel mesafenin oluşturulması ve ellerin yıkanması en önemli korunma yoludur. Salgının yönetiminde hastaların hızla bulunup izole edilmesi ve tedavisi, kaynağın ve temaslıların bulunarak gerekli önlemlerin alınması, toplumda sosyal etkileşimi azaltacak uygulamaların gündeme getirilip gerçekleştirilmesi önemlidir. Genel anlamda ülkede bu salgının ve ileride oluşabilecek salgınların kontrolü için merkezi ve yerel düzeyde alınan önlemlerin etkililiğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi gereklidir. Bu ve benzeri süreçlerde ayrıca halk ile etkili iletişim kurmak, riskli grupları belirlemek, iletişimi engelleyecek faktörleri analiz etmek ve iletişimi arttırıcı etkenleri ortaya çıkarmak gerekmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunmada ve yayılımın önlenmesinde halkın bilgi düzeyi ve bildiklerini uygulaması çok önem teşkil etmektedir.

İnsan davranışlarının hemen hemen çoğu öğrenmeyle kazanılmış olup insanları dünyadaki diğer canlılardan ayıran en temel özelliklerden biri öğrenme yeteneğindeki üstünlüğüdür [2, 3]. Öğrenme, insanların yaşamlarını idame ettirmeleri, toplumsal yaşama adapte olmaları ve kendini gerçekleştirebilmeleri için sahip oldukları önemli bir yetenektir [2]. Öğrenme, nasıl gerçekleştiği ve ne olduğu konusundaki çalışmaların yıllardır devam ettiği, kaynaktan kaynağa detaylarının farklılaştığı, bilim insanlarının farklı yaklaşımlarla tanımlamaya ve açıklamaya çalıştığı bir kavramdır [4]. Genel olarak tüm yaklaşımların ortak noktası olarak öğrenmenin deneyimler neticesinde oluşan değişimler olduğu ve bu deneyimlerin bilgiye dönüştüğü söylenebilir [5].

D. A. Kolb öğrenmenin tanımını, "deneyimin dönüştürülmesi yoluyla bilginin oluşması süreci" olarak ifade edip, deneyimsel öğrenme kuramını geliştirmiştir [5]. Öğrenme en iyi, acil

somut bir deneyim ve analitik ayırma arasında bir gerilim ve çatışma ortamında ortaya çıkar ve bu durum deneyime dayalı sunulan malzemelerin anlaşılmasına ve yansıtılmasına yardım eder [6]. Deneyimsel öğrenme, yetişkin tip öğrenmenin en önemli parçasını oluşturmaktadır [7].

Hastalığa maruziyet somut bir deneyim şeklidir. Deneyimin iyi bir öğrenme ortamı sağlayabildiği ve insanların deneyimi bilgiye dönüştürebileceği gösterilmiş olmakla birlikte hastalığa maruziyet ile elde edilen deneyimin ne kadarının doğru bilgiye dönüştüğüne ait bir bilgi elimizde mevcut değildir [5]. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı toplumda COVID-19 bilgi düzeyini maruz kalanlar ve kalmayanlar şeklinde araştırmak, bu pandemi ve ileride ortaya çıkabilecek pandemilerde bilginin ve kurallara uymanın öğretilmesi için yeni yollar ortaya koyabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

SARS-CoV-2 enfeksiyonu salgını, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Coronavirus Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırılmıştır. COVID-19 hızla birçok ülkeye yayılmış, 11 Mart 2020 tarihinde, halihazırda 4000'den fazla insanın ölümüne yol açmış olması sebebiyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmen pandemi olarak ilan edilmiştir [1]. COVID-19 hastalığı yeni bir koronavirüsün neden olduğu ve ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde tespit edilen bir solunum yolu hastalığıdır. Hastalık oldukça bulaşıcıdır ve ana klinik semptomları ateş, kuru öksürük, yorgunluk, kas ağrısı ve nefes darlığıdır. Çin'in Wuhan şehrinde 2019'un sonunda ilk bildirilen COVID-19 vakasından bu yana, hastalık hızla Çin'in tamamına ve ardından dünyanın tüm ülkelerine yayılmıştır [8].

2.1. Etiyoloji

Koronavirüsler familyasındaki Orthocoronavirinae alt familyasına ait olan tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Orthocoronavirinae alt ailesi içinde, CoV'lerin genomu zarflı, pozitif tek sarmallı RNA ve boyutu 26 kb ile 32 kb arasında değişen virüslerdir. Hem α - hem de β -CoV cinslerinin memelileri enfekte ettiği bilinmektedir; β -CoV'lerin neden olduğu son iki viral pnömoni salgını, şiddetli akut solunum sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome- SARS) ve Orta Doğu Solunum Sendromu'dur (Middle East Respiratory Syndrome- MERS). 2002 yılında, SARS-CoV'un patlak vermesi ilk olarak Çin'de bildirilmiş ve daha sonra dünya çapında hızla yayılarak %11 ile yüzlerce ölümle sonuçlanmıştır [9,10]. 2012 yılında, MERS-CoV ilk olarak Suudi Arabistan'da ortaya çıkmış ve daha sonra (%37 fatalite) diğer ülkelere yayılmıştır [11, 12].

COVID-19 hastalığına neden olan SARS CoV-2 de koronavirüs ailesinden olup ciddi solunum yetmezliği oluşturan zarflı bir RNA virüsüdür. Önceki koronavirüslere bağlı ölüm oranları daha yüksektir, yeni karşılaştığımız koronavirüse bağlı ölüm oranı ise %3-4 olarak tahmin edilmektedir [13]. Koronavirüsler genel olarak dış ortama çok dayanıklı olmayan virüslerdir. Ortamın nem ve sıcaklığına, dışarı atıldığı organik maddenin miktarı, kontamine ettiği yüzeyin dokusu gibi faktörlere göre değişen bir dayanma süresi söz konusudur [14].

2.2. Bulaşım yolu

Salgının başlangıcında Wuhan'da yapılan araştırmaların çoğu, ilk hastaların Wuhan'da deniz ürünleri satan bir pazarda çalıştığını ya da bu pazarda ziyaret ettiğini göstermiştir. İlk önce yılanlardan kaynaklandığı düşünülmüş, daha sonraki çalışmalar ise yarasa ile ilgili olduğunu göstermiştir. Salgın ilerledikçe bu virüs enfeksiyonunun insandan insana damlacık yoluyla ve kirlenmiş zeminlerle temas eden ellerin yüze sürülmesi yoluyla bulaştığı gösterilmiştir [15]. Virüs, klinik semptomların başlamasından 1-2 gün önce ve hastalık semptomlarından iki hafta sonra hastaların solunum sekresyonlarında bulunabilmektedir [16,17]. Ayrıca, virüsün varlığı tam kan, serum, idrar ve fekal örneklerde de saptanmıştır [13].

2.3. Klinik Özellikler

Hastalığın inkübasyon süresi ortalama 4-6 gün arasındadır. Çin'de yapılan ve 291 hastayı içeren bir çalışmada inkübasyon süresi ortanca 4 gün olarak bulunmuştur [16]. Hastalığın başlangıcında, ana belirtilerin yorgunluk, ateş, kuru öksürük, miyalji ve dispne olduğu ve daha az yaygın semptomların ise burun tıkanıklığı, baş ağrısı, burun akıntısı, boğaz ağrısı, kusma, ishal olduğu belirtilmiştir. Ağır vakalar, genellikle hastalık başladıktan bir hafta sonra dispne ve/veya hipoksemiye sahiptir ve daha sonra septik şok, ardından da Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu'na (ARDS) girmişlerdir.

İlk yayınlanan çalışmalar arasında 2 Ocak'ta Çin'de yapılan ve yaş ortalaması 49 olan bir grupta ilk belirtilerin ateş (%98), öksürük (%76), nefes darlığı (%55), kas ağrısı veya yorgunluk (%44), balgam (%28), baş ağrısı (%8), hemoptizi (%5) ve ishal (%3) olduğu görülmüştür. Hastalığın erken dönemlerinde sadece bir hastada ateş görülmemiştir. On iki (%29) olguda ilerleyen ARDS oluşmuştur [17]. Wang ve arkadaşlarının yaş ortalaması 56 olan 138 vakayı inceledikleri araştırmalarında, hastaların 136'sında ateş semptomu bulunmuş olup (%99), yalnızca 2 hastada ateş görülmemiştir. Görülen semptomlar arasında %59'unda kuru öksürük, %70'inde yorgunluk, %10'unda ise bulantı ve kusma gibi gastrointestinal semptomlar tespit edilmiştir. Bu vaka serisinde 47 kişi (%34) taburcu olurken, 6 kişi (%4) hayatını kaybetmiştir [18].

Hastaların çoğunun göğüs BT'lerinde buzlu cam görüntüsü görünmüş olup, burun akıntısı, boğaz ağrısı gibi üst solunum yolu enfeksiyonlarına nadiren rastlanmaktadır [19]. Bazı çalışmalarda ise konjunktivit de tanımlanmıştır [19, 20].

2.4. Epidemiyoloji

Aralık 2019'da Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ve Wuhan şehir sağlık otoriteleri Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen bir pnömoni salgını bildirmiştir. 7 Ocak 2020'de Çin Hastalık ve Kontrol Merkezi, hastaların alt solunum yolu örneklerinden yeni bir koronavirüs tespit etmiş ve 11 Ocak 2020'de bunun genomik bir sekans gösterdiğini açıklamıştır. Bu yeni koronavirüs daha sonra şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2019'da tanımlanan SARS-CoV-2'nin neden olduğu bu enfeksiyonu Covid-19 olarak adlandırmıştır [20, 21].

Li ve arkadaşlarının 425 hastada yaptığı araştırmada 15 yaş altı hasta bulunmamış, hastaların %56'sı erkek ve çoğunluğu 45 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Daha sonraki çalışmalarda da hastalığın ileri yaşlarda ve erkek hastalarda daha ağır seyrettiği gözlemlenmiştir [21].

Bu hastalığın insandan insana bulaştığı, özellikle yetişkinlerin COVID-19'a duyarlı olduğu ve hastalığın ciddiyetinin yaşla ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık vb. komorbiditesi olan kişilerde hastalığın daha şiddetli seyrettiği gösterilmiştir. Chen ve arkadaşlarının, aynı hastanede COVID-19 teşhisiyle yatan 99 hastayı incelediği çalışmada, yaşlı erkeklerin enfekte olma olasılığının daha yüksek olduğu ve akut solunum sıkıntısı sendromuna (ARDS) hızla girdikleri, bu durumun da hayatlarını tehdit edici bir durum yarattığı gösterilmiştir [22]. Komorbiditelerin meta-analizinin yapıldığı bir çalışmada hastaların yaklaşık %17'sinde hipertansiyonun, %8'inde diyabetin, %5'inde kardiyovasküler hastalıkların ve %2'sinde solunum sistemi hastalığının olduğu gösterilmiştir [23].

Birçok solunum yolu virüsü mevsimsel özellik gösterir, bunlardan en iyi bilineni influenzadır. Bazı bilim insanları COVID-19'un mevsimsel bir özellik gösterebileceğini ve havaların ısınmasıyla vaka sayısının azalacağını düşünürken, bazı bilim insanları bu virüsün influenza virüsüne benzemediğini, mevsim değişikliğinden etkilenmeyeceğini düşünmekte olup, hastalığın sıcak bölgelerde de görülmesini bu savlarını destekleyici bir kanıt olarak sunmaktadır.

Bu virüsün mevsimsel bir özellik gösterebileceğini söylemek için yeterli kanıt yoktur [24].

Li ve arkadaşlarının 425 vakada yaptığı çalışmada bulaştırıcılık katsayısı (R_0) 2.2 olarak tahmin edilmiş olup, bu da ortalama olarak her hastanın 2.2 kişiye enfeksiyon yaydığı anlamına

gelmektedir. Genel olarak, bir salgın, R_0 1'den büyük olduğu sürece artacaktır ve kontrol önlemleri R_0 değerini 1'den daha az yapmayı amaçlamaktadır [21].

2.5. Korunma ve Kontrol

Dünya Sağlık Örgütü, 30 Ocak 2020'de COVID-19 hastalığını uluslararası öneme sahip Halk Sağlığı Acil Durumu olarak; 11 Mart 2020'de ise pandemi olarak ilan etmiştir. Koronavirüse karşı mücadelede koronavirüsün çok bulaşıcı olması ve hastalıktan korunmada en önemli strateji olan aşının o tarihte henüz olmaması nedeniyle, diğer önlemlerin çok hızlı ve etkili biçimde uygulanması ön plana çıkmıştır. Şu ana kadar bu virüs için onaylanmış spesifik bir tedavi yöntemi geliştirilememiştir.

Salgının kontrolünde iki strateji önerilmektedir. Birisi baskılama (suppression) diğeri de azaltma (mitigation) stratejisidir. Baskılama stratejisinde virüsün bulaştırıcılık katsayısını (R_0) 1'in altına düşürmek ve böylece vaka sayısını veya insandan insana geçişini azaltmak amaçlanır. Bu stratejide koruyucu önlemler ve uygulamalar en yoğun şekilde ve hızla alınır. İkinci strateji olan hafifletme yaklaşımında ise salgının yayılımının yavaşlatılması ve salgının sağlık etkilerinin azaltılması amaçlanır. Yoğun bir baskılama stratejisi uygulandığında, vaka sayıları daha çabuk pik noktasına ulaşır bundan sonra azalmaya başlayacaktır [25, 26].

Hastalık insandan insana damlacık yoluyla ve enfeksiyon ajanıyla kirlenmiş objelerden eller aracılığıyla alınarak ağıza, buruna ve göze temas yoluyla bulaştığı için insanlar arasında fiziksel mesafenin oluşturulması ve ellerin yıkanması en önemli korunma yoludur. Salgının yönetiminde hastaların hızla bulunup izole edilmesi ve tedavisi; kaynağın ve temaslıların bulunarak gerekli önlemlerin alınması; toplumda sosyal etkileşimi azaltacak uygulamaların gündeme getirilmesi; seyahatlerin, toplu taşımaların, toplantıların engellenmesi, işyerlerinin kapatılması gibi önlemlerin uygulanması önemlidir. Genel anlamda ülkede salgının kontrolü için pandemi kurullarının oluşturulması, merkezi ve yerel düzeyde alınan önlemlerin etkililiğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi gerekir. Bu süreçte ayrıca halk ile etkili iletişim kurmak, riskli grupları belirlemek, iletişimi engelleyecek faktörleri analiz etmek gerekmektedir [27].

Bulaş yoluna karşı alınacak önlemler içerisinde el yıkama önem göstermektedir. Ele bulaşmış olan virüslerin etkisizleştirilmesi için ellerin 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkanması gerekmektedir. Eğer su ve sabun yoksa alkol ve dezenfektanlarla el temizliği

yapılabilir. Özellikle halka açık alanlarda bulunulduğunda veya başka insanlarla temas kurulduğunda el yıkamak çok önemlidir. Su ve sabuna ulaşamayan durumlarda, en az %60 alkol içeren el dezenfektanlarının kullanımı önerilir. Eller olabildiğince buruna, ağıza ve gözlere dokundurulmamalıdır. Öksürürken veya hapşırırken ağzın mendil ile kapatılması ve mendilin çöpe atılması, mendil olmayan durumlarda ağız ve burnun dirsek içiyle kapatılması gereklidir.

En önemli korunma yollarından biri insanlar arasında sosyal mesafe oluşturmaktır. Bu sosyal mesafenin 1-2 metre olması önerilmektedir. Sık kullanılan kapı kolları, aydınlatma düğmeleri gibi yüzeylerin temizlenmesi, ev, işyeri gibi kapalı alanların sık sık havalandırılması da önerilmektedir [28].

Bu gibi önlemlerin yanı sıra sosyal mesafenin korunabilmesi için toplu bulunan yerler ile ilgili önlemler alınması (restoran, spor salonları, AVM'lerin kapatılması vb.) bu salgın sırasında gerekli olmuştur. Ayrıca toplu taşıma ile ilgili önlemler alınması, zorunlu sektörler dışında diğer faaliyetlerin durdurulması, zorunlu olan işyerlerinde sosyal mesafe dahil koruyucu önlemlerin alınarak çalışılması gerekmiştir. Bu salgın sürecinde ülkeler COVID-19 olan bölgelerden gelenlere karantina uygulanması gibi önlemleri de yerine getirmiştir. Sağlam kişilerin korunması açısından en önemli yaklaşım hastaların bulunup izolasyonu ve tedavilerinin yapılmasıdır. Hastaların büyük kısmı hafif ve asemptomatik vakalar olup bu vakaların evde takip ve izolasyonu da yapılmaktadır. Ancak bu durumda ev koşullarının izolasyon ilkelerine uygun olması sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu nedenle bazı ülkeler, hafif vakaları da hastane veya belirlenmiş yerlerde takip ve izolasyon yapmayı tercih etmektedir.

2.6. COVID-19 Salgınına Genel Bir Bakı

Hastalık esas olarak damlacık yoluyla yayıldığı için özellikle hasta olan kişilerin ve hastaya bakan kişilerin de maske takması önemlidir [20]. Dünya Sağlık Örgütü, hasta kişilerin ve şüpheli kişilerin maske takmasını önermektedir. Ancak hastalığın belirtisiz seyretmesi de mümkün olduğu için sosyal mesafeye uymanın yanında herkesin dış ortamlarda ve özellikle kapalı ortamlarda maske takması uygulaması tüm ülkelerde yaygınlaşmıştır. Türkiye'de de market, eczane, sağlık kuruluşu, toplu ulaşım araçları gibi yerlerde herkesin maske takması (bir dönem) zorunlu hale getirilmiştir. Sağlık kuruluşlarına başvuruda maske kullanımı zorunluluğu halen devam etmektedir [20].

Hastalığın kontrolü farklı ülkelerde benzer uygulamalarla yapılmaktadır. Salgının başından itibaren uçuşların durdurularak seyahatlerin kısıtlanması, “Evde kal” çağrısının yapılması, yurt dışından gelenlerin karantinaya alınması, okulların kapatılması, kafe, lokanta, sinema, tiyatro, berber gibi toplu bulunulan yerlerin kapatılması, evden çalışma için esnek mesailerin uygulanması, şehirlerarası yolculukların yasaklanması gibi birtakım önlemler alınmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından Pandemi Bilim Kurulu oluşturulmuş, bu kurul alınması gereken önlemler konusunda öneriler geliştirmiş, bu önlemlerin uygulanması konusunda merkezi otorite belirleyici olmuştur. Hem bu kurulda hemde illerde oluşturulan İl Pandemi Kurulları’nda halk sağlığı uzmanları da görev almıştır [20].

Hastaların izolasyonu, temaslının izlenmesi, başka ülkelerden gelenlerin 14 gün karantinada tutulması yanı sıra toplumdaki yaygınlık durumuna göre bölgelerin, şehirlerin karantina altına alınması, belli yaş gruplarının veya belli tarihlerde sokağa çıkmaya kısıtlamalar getirilmesi gibi önlemler gündeme getirilmiştir. Enfeksiyonu önlemek açısından salgının başlangıcından itibaren özellikle sağlık personelinin kişisel koruyucu ekipmanlarının sağlanması ve eğitim materyallerinin geliştirilmesi gerekir. Salgın yönetimi açısından olgu tanımlarının belirlenmesi, salgının seyrinin raporlanması ve risk değerlendirmelerinin yapılması önemlidir. Epidemiyolojik analizlerin yapılabilmesi için veriler ilgili uzmanlarla paylaşılmalıdır. Analizlerin doğru yapılabilmesi açısından vakaların kayıt sistemleri güvenilir olmalı ve test sonucu negatif çıkmış olsa dahi klinik bulguları COVID-19 ile uyumlu olan olgular da kayıtlara geçirilmelidir. Ayrıca birçok ülke veri şeffaflığı ilkesine uymuş ve tüm vakaların özelliklerini kamuoyu ile paylaşmıştır [20].

Salgın sırasında tanı testlerinin yaygın olarak kullanılması tüm ülkeler açısından yaşamsal öneme sahiptir. Ancak testlerin sayıdan da önce gereken yerde ve zamanında kullanılması gerekir. Özellikle Güney Kore ve Almanya testin etkili kullanımı konusunda iyi birer örnek olmuşlardır. Güney Kore’de salgın başlangıcında mobil istasyonlar kurularak 500 binin üzerinde test uygulanmış ve salgın 10 bin vaka ve 232 ölümle sonuçlandırılmıştır [20]. Etkili bir Sürveyans sistemi içinde, vakaların bulunmasının yanında hızlıca filyasyon çalışması yapılarak kaynağın ve tüm temaslının bulunması, uygun önlemlerle izlenmesi ve yaygın test uygulamaları başarının anahtarıdır. Bazı ülkelerde önlemler aktif bir şekilde uygulanırken biyoteknoloji ve elektronik bilgi sistemlerinden de yararlanılmıştır.

Sonuç olarak 31 Aralık 2022 itibariyle Dünya Sağlık Örgütü’ne göre dünyada 662 milyonu aşan vaka sayısı ve 6,51 milyon üzerine geçmiş ölüm sayıları ve Türkiye’de Sağlık

Bakanlığı'nın resmi açıklanan verilerine göre 16,8 milyon vaka sayısı ve 101 bine ulaşan ölüm sayısı ile COVID-19 salgını tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Salgın kontrolünde toplumda alınan önlemlerle bulaş yollarının engellenmesi, hasta ve temaslıların belirlenmesi, tedavi ve izlemi, izolasyonu, hastane olanakları ve tedavi edici hizmetlerin yeterli olması en önemli hususlardır. Bu salgın, tüm ülkeler tarafından, epidemiyolojik veriler doğrultusunda ve baskılama yolu kullanılarak, vaka ve ölümleri engellemeye odaklı bir yaklaşımla yönetilmelidir.

"Deneyim" öğrenmenin en önemli kaynaklarından biridir. Öğrenme deneyimlerinin düzenlenmesi süreci, geçmiş deneyimlerin değerlendirilmesi, şu anda yaşanmakta olan deneyimlerin izlenmesi, denetlenmesi ve gelecekte yaşanması olası deneyimlerin planlanmasını kapsamaktadır. Yaşanmış ve yaşanmakta olan deneyimlerin düzenlenmesi alışıldık bir faaliyet iken, gelecekte yaşanması olası öğrenme deneyimlerinin planlanması belirsizlikler içermektedir. Planlama, kaynakların bir öğrenme amacı ve hedefleri için tahsis edilmesi olarak ele alındığında, bir öğrenme deneyiminin planlanması, öğrenme deneyimine eşlik eden bütün bağlamların önceden belirlenmesi, temin ve tahsis edilmesi, düzenlenmesi ve bir senaryo eşliğinde zamanlanmasını gerektirir. Bu bağlamlar arasında mekânlar, kişiler, davranışlar, olaylar, duygular, varlıklar ve bireyin özellikleri bulunur. Bu bağlamların tamamı öğrenmenin bir parçasıdır [5].

Hastalık da bir deneyim şeklidir. Hastalık durumu, basitçe sahip olunan bir özellikten ziyade, inşa edilen bir şeydir. Hasta olmak yorumlama, seçim ve eylemi gerektirir [29]. Hasta olmak toplumsal aktörler olarak insanlar için belirli bir anlama sahiptir. Hastalık evrensel bir olgudur ve bu yüzden tüm insanları etkiler, fakat bu etki daima aynı yolla ve aynı derecede değildir. Hastalığın insan gruplarını hangi yollarla ve nasıl etkilediğinin araştırılması toplumsal bilgi ve araştırma tekniklerine başvurmayı gerektirir. Bu konuda yapılacak analizde en az dört boyuttan bahsedebiliriz. İlk olarak, hastalık ne benzeri şekilde ne de tesadüfî olarak meydana gelir, aksine genellikle az veya çok yaygın çeşitli sosyal gruplanmalarda gözlenmiştir. Hastalığın bu farklı dağılımı sosyal yapı ve farklı yaşam stillerinden kaynaklanır ve hastalığın doğası ve sebepleri hakkında ipucu verir. İkinci olarak, insanlar hastalığı sahip oldukları kültürel bakış açısıyla görerek bu bakış açısına göre tepki gösterme eğilimindedirler. Üçüncü olarak, insanlar sistematik olarak görülen hastalıkları tedavi etmek için bir dizi kurum geliştirirler. Bu kurumlar bir hekim, tıbbi bir merkez ya da bir üniversite olabilir. Dördüncü olarak, hastalığın tedavisinde tıbbi kurumlar aracılığıyla başvuru alan saf tıbbi bilgiden daha

fazlası önerilebilir. Modern toplumlarda tıbbi bakım sağlayan kurumlar, gönüllü sağlık kuruluşları, halk sağlığı birimleri, ilaç firmaları ve sağlık sigortası firmaları gibi birçok diğer organizasyonca desteklenmektedir [30]. Bu boyutlar yapı, kültürel, kurumsal sağlık ve hastalığın toplumsal bakış açısına ihtiyaç duyduğunu ve bu bağlamda araştırılıp değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Her birey farklı genetik yapıya sahiptir ve bu genetik yapı bireylerin değişik kişisel ve davranışsal özelliklere sahip olmasına neden olmaktadır. Bu da bireylerin belli hastalıklara karşı farklı dirençler geliştirmesine sebep olmaktadır. Örneğin, uzun süredir kronik hastalığı olan bir birey bulaşıcı bir hastalıktan daha az etkilenip, bulaşıcı hastalığa daha az ilgi duyup, o hastalıkla ilgili daha az bilgiye sahip olabilir. Bununla birlikte kronik hastalığı olan bir birey bulaşıcı hastalıktan daha fazla etkileneceğini düşündüğünden dolayı endişe duyup, daha fazla bilgiye ihtiyaç duyabilir. Bireyin yaşadığı sosyal çevre de bireyi yakından etkilemektedir. Her birey aynı sosyal çevrede yaşamadığı için sosyal çevrenin birey üzerindeki etkisi farklıdır ve bireyin hastalığı atlatma süresi, hastalığa gösterdiği direnç ve hastalık düşüncesi farklılık gösterebilir [31]. Bundan dolayı bireylerin hastalık hakkındaki düşünceleri ve inanışları da farklıdır. Sonuç olarak hastalık tek başına doğru bilgiye ulaşmamızı sağlamayabilir. Hatta bazı durumlarda bireylerin yanlış bilgilere yönelmesine bile neden olabilir.

Kişilerin sağlıkları, sağlıkla ilgili inançlarından ve davranışlarından önemli düzeyde etkilenir. Sağlık inancı; kişinin sağlıklı olma haline veya hastalık haline yönelik düşünce ve davranışlarının ifadesidir. Kişilerin bu inançları neticesinde sağlıklarına yönelik davranışları şekillenmekte ve sonuç itibarıyla olumlu ya da olumsuz olarak sağlıklarını etkilemektedir [32]. Her ne kadar bireylerin sağlığı genetik ve bireysel faktörlerden etkilense de bireylerin sağlıklarına yönelik bilgi durumları ve davranışları çok önemlidir [33]. Bireyler hasta olduklarında doğal olarak sağlıklarını kazanmak için bir takım davranışta bulunurlar.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışı; bireylerin demografik özellikleri, bilgi ve tutumlarından etkilenir. Bireyin davranışları, hastalığa yönelik ciddiyeti algılama ve duyarlılık gösterme davranışları ile hastalık tehdidini azaltmak için harekete geçilmesinin getireceği yararları algılama davranışlarından etkilenir. Bu model, bireyde davranış değişikliğinin oluşabilmesi için bireyin inançlarının değişmesi gerektiğini vurgular [34]. Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireylerin sağlık davranışlarının onların inanç, değer ve tutumlarından etkilendiğini belirtir [35]. Aynı zamanda birey için engeller oluşturan bu inanç ve tutumlar tespit edilirse bireye verilecek olan sağlık eğitiminin veya hastalandığında kendisine

uygulanacak olan tedavi yöntemlerinin daha uygun olarak belirlenebileceğine dikkat çeker. Fakat çağdaş halk sağlığı felsefesine göre hastalık halinden ziyade, önemli olan kişinin hasta olmadan önce sağlığını koruması ve geliştirmesidir [36].

Bu ve benzeri süreçlerde halk ile etkili iletişim kurmak, riskli grupları belirlemek, iletişimi engelleyecek faktörleri analiz etmek ve iletişimi artırıcı etkenleri ortaya çıkarmak gerekmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunmada ve yayılımın önlenmesinde halkın bilgi düzeyi ve bildiklerini uygulaması büyük öneme sahiptir. Bu nedenle hastalık deneyiminin ve bunun sonucunda hastalığa maruz kalmanın deneyim yoluyla bireylerde doğru bilgiye dönüşüp dönüşmediğini araştırma ihtiyacı doğmuştur. Bilgiye dönüşme sürecinde bireyleri etkileyen sosyodemografik verileri karşılaştırmak ve ilerleyen süreçlerde bireyler hastalığa maruz kalmadan bilgiye ulaşmalarını sağlayabilecek yeni yollara ihtiyaç olduğunu ortaya koymak salgınlara kontrol edilmesinde elzem bir konudur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma kesitsel tipte tasarlanmıştır. Araştırmaya Mart 2021- Eylül 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerden çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

Araştırma örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı olan 19857 birey arasından basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak, %95 güven aralığı, %5 hata payı, %80 güç ile %5'lik bir farkı gösterebilmek için en az 377 kişi olarak hesaplanmıştır. (<https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-two-proportions/>).

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaşın üstünde olmak
- Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı olmak
- Çalışmaya katılım konusunda gönüllü olmak

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- Ankete katılıma onam vermemek
- Anlama ve yazma ile ilgili bir engeli bulunmak

3.4. Veri Toplama

Hastalara sosyodemografik özellikleri ve COVID-19 öyküsünü içeren anket yanı sıra 17 maddelik COVID-19 Bilgi Düzeyi Anketi uygulanmıştır. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veriler Haziran 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgiler

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve sosyodemografik bilgiler ve sağlık özelliklerini araştıran anket hastaların yaşı, evde kimlerle yaşadığı, evde 65 yaş üstü birey varlığı, eğitim düzeyi gibi bilgileri içermektedir. COVID-19 öyküsünün sorgulandığı ankette ise katılımcıların COVID-19 hastalığını geçirme durumu, hastalığı geçirdiyse; ne zaman geçirdiği sorulmuştur. Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü tarih olarak kabul edilen Mart 2020 ne zaman geçirdiği sorusunun başlangıç tarihi olarak kabul edilmiş; literatürde hastalığı geçirmenin yaklaşık olarak ortalama altı ay koruyuculuk sağladığı belirtildiği için hastalığı geçirme zamanları Mart 2020’den itibaren altışar aylık üç dönem olarak belirlenmiştir. Ayrıca COVID-19 geçirdiği dönemde sağlık personeli tarafından verilen ilaçları kullanıp kullanmadığı, COVID-19 dışı bir nedenle hastaneye yatış durumu olup olmadığı, COVID-19 aşısı durumu ve dozu, COVID-19 başlangıç tarihinden itibaren gebelik, lohusa, emzirme durumu olup olmadığı ve tanı konmuş diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, obezite, hiperlipidemi gibi kronik hastalıklarının bulunup bulunmadığı sorgulanıp kaydedilmiştir. Katılımcıların başka kronik bir hastalığı var ise sorgulanmış ve diğer kronik hastalıklar grubuna kayıt edilmiştir. Diyabet (DM), hipertansiyon (HT), kardiyak hastalıklar, obezite, hiperlipidemi (HL) gibi hastalıklar hastalığın prognozu açısından önemli ve riskli hastalıklar olmaları nedeniyle seçilmiştir.

3.4.2. COVID-19 Bilgi Düzeyi Anketi

COVID-19 Bilgi Düzeyi Anketi, Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı, literatürdeki diğer çalışmalar göz önüne alınarak beş klinik, dört bulaşma yolları, sekiz önlem ve kurallara uymayı içerecek şekilde araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup 17 sorudan oluşmaktadır. Tüm sorular, literatür tarandıktan sonra araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Katılımcılardan her bir sorunun “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” şıklarıyla işaretlenmesi istenmiştir. Soruların doğru yanıtını bilenlere bir puan, yanlış yanıtlayan veya bilmiyorum şikkını işaretleyenlere ise sıfır puan verilmiştir. COVID-19 Bilgi Düzeyi 17 soruya verilen cevapların puan toplamından oluşmakta, en düşük “0”, en yüksek “17” puandan oluşmaktadır (Ek 4). Klinik (ilk beş soru), bulaş (6-9 arası sorular), korunma ve kontrol (10-17 arası sorular) sorularından oluşmaktadır.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmanın tanımlayıcı analizleri için SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Çalışmamızın bağımlı değişkeni katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyleridir. Bağımsız değişkenler ise bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen sosyodemografik özellikler, COVID-19 öyküsü ve aşılama durumlarıdır. $p < 0.05$ bütün analizlerde anlamlı kabul edilmiştir.

COVID-19 bilgi düzeyi toplam puanı çalışmanın bağımlı değişkenidir. Her bir soruya doğru cevap verenler “1”, yanlış cevap verenler “0” puan almıştır. Sorulara verilen puanların toplamı değerlendirilmeye alınmıştır. Bağımsız değişkenlerle yapılan Kolmogorov Smirnov testine göre bağımlı değişkenlerle COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalaması normal dağılıma uymamaktadır. Buna göre, COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalaması ile katılımcıların sosyodemografik ve COVID-19 ilişkili özellikleri arasında Mann Whitney U, katılımcıların COVID-19’u ne zaman geçirdiği arasında Kruskal Wallis, katılımcıların yaşı arasında ise Spearman korelasyon testi kullanılarak analiz edilmiştir.

3.6. İzinler

Araştırmaya katılan hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Aynı zamanda araştırma için DEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan (08.03.2021-2021/08-29) ve DEÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı’ndan (08.03.2021-2021/08-29 onay alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Özelliklerini Belirten Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların toplam sayısı 388'dir.

Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması $41,87 \pm 14,60$ (min. 18- max. 81) olarak bulunmuş olup; %53,4'u kadındır. Araştırma grubunun %6,2'si okula gitmemiş, bunların %2,1'i okuma yazma bilmemektedir. Lise ve üniversite mezunu olanlar ise grubun %70,6'sini oluşturmuştur. Evinde 65 yaş üstü kişilerle yaşayanların oranı %13,9 dur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Ort.±SS	Min-maks
Yaş		41,87 ±14,60	18- 81
		N	%
Cinsiyet			
	Erkek	181	46,6
	Kadın	207	53,4
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	8	2,1
	Okuma yazma biliyor	16	4,1
	İlkokul	39	10,1
	Ortaokul	51	13,1
	Lise	118	30,4
	Yüksek okul veya üniversite	156	40,2
Evinde kimle yaşadığı	Yalnız	36	9,3
	Eşiyle	77	19,8

	Çocuklarıyla	23	5,9
	Eşi ve çocuklarıyla	182	46,9
	Anne ve babası ile	54	13,9
	Arkadaş ya da akrabalarıyla	16	4,1
Evde >65 yaş birey varlığı	Evet	54	13,9
	Hayır	334	86,1
Toplam		388	100,0

COVID-19 geçiren hastaların sayısı 194 olup (%50) katılımcıların tamamının hastalık ile ilgili özellikleri tablo 2’de gösterilmiştir. Katılımcıların yaklaşık beşte biri 12 Eylül 2020 ile 12 Mart 2021 arasında hastalanmıştır. Hastalık geçirdikleri dönemde gebe ya da lohusa olanların oranı %4,1’dir. COVID-19 pozitif olanların %5,7’si hiç belirti vermemiş, %2,1’i yoğun bakıma alınmıştır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri verilen ilacı düzenli kullanmıştır.

İki doz aşı olanlar katılımcıların büyük bir bölümünü oluştururken, %8,8’i aşı tereddütü veya reddi nedeniyle aşı olmamıştır.

Tablo 2. Katılımcıların COVID-19 ile ilişkili özellikleri

COVID-19 ilişkili		N	%
Hastalık geçirdiği tarih	11 Mart-11 Eylül 2020	40	10,3
	12 Eylül 2020-12 Mart 2021	82	21,1
	13 Mart 2021 ve sonrası	72	18,6
	Hastalığı geçirmemiş	194	50,0
Gebe/ lohusalık	Evet gebeydim	9	2,3
	Evet lohusaydım	2	0,5

Durumu	Evet emziriyordum	5	1,3
	Gebe ya da lohusalık durumum yoktu	178	45,9
Geçirilme şekli	Hiç belirti vermemiş	22	5,7
	Evde hafif geçirmiş	92	23,7
	Evde ağır geçirmiş	41	10,6
	Hastaneye yatmış	31	8,0
	Yoğun bakıma alınmış	8	2,1
	Hastalığı geçirmemiş	194	50,0
İlaç kullanımı	İlaç verilmedi	4	1,0
	Düzenli kullandım	138	35,6
	Düzensiz kullandım	8	2,1
	İlacı kullanmadım	44	11,3
	Hasta ya da temaslı değildim	194	50,0
COVID-19 dışı hastaneye yatış	Evet, servise yattım	24	6,2
	Evet, yoğun bakıma yattım	2	0,5
	Hayır	362	93,3
COVID-19 aşısı olma durumu	Evet, tek doz	16	4,1
	Evet, 2 doz	324	83,5
	Hayır, sıra gelmedi	6	1,5
	Hayır, tereddütteyim	21	5,4
	Hayır, aşıya karşıyım	13	3,4

	Hayır, COVID-19 geçirdim	8	2,1
Toplam		388	100,0

Katılımcıların kronik hastalıklara göre dağılımı Tablo 3'teki gibidir. Katılımcıların %31'inde en az bir tane kronik hastalık vardır. Bunlardan 69 kişide diyabet, 75 kişide ise hipertansiyon bildirilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalıklara göre dağılımı

Kronik hastalık		N	%
Varlığı (n=388)	Var	121	31,2
	Yok	267	68,8
Tipi* (n=121)	DM	69	17,7
	HT	76	19,5
	Kalp hastalığı	19	4,9
	Obezite	23	5,9
	HL	16	4,1

*Kişiler birden fazla hastalık bildirmiştir.

Tablo 4 ve 5'te katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplar gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi sorularında işaretledikleri seçenekler

COVID -19 bilgi düzeyi	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Ateş, yorgunluk, kuru öksürük, kas ağrıları ve ishal şikayetlerinden birisi varsa COVID-19 olma ihtimali düşünülmelidir.	319 (82,2)	16 (4,1)	53 (13,7)
Tat ya da koku alamama durumunda COVID-19'dan şüphe edilmelidir.	318 (82,0)	14 (3,6)	56 (14,4)
Şu an için COVID-19'un etkili kesin bir tedavisi yoktur.	192 (49,5)	41 (10,6)	155 (39,9)
Şu an için COVID-19'un etkili bir aşısı yoktur.	51 (13,1)	217 (55,9)	120 (30,9)
COVID-19 enfeksiyonunu bir kez geçiren bir kişi bu virüsle bir daha kesinlikle enfekte olmaz.	32 (8,2)	257 (66,2)	99 (25,5)
COVID-19 korunmasız ortamlarda çok hızlı ve kolay bulaşabilmektedir.	353 (91,0)	8 (2,1)	27 (7,0)
COVID-19 virüsünü kapmış kişiler solunum, konuşma, öksürük vb yollarla virüsü çevrelerindekiilere bulaştırırlar.	350 (90,2)	10 (2,6)	28 (7,2)
COVID-19 virüsünü kapmış olan kişiler ateş veya başka şikayetleri olmadığı zaman virüsü başkalarına bulaştırmazlar.	28 (7,2)	270 (69,6)	90 (23,2)

Aile içi bulaşma en sık karşılaşılan bulaşma yollarındandır.	338 (87,1)	12 (3,1)	38 (9,8)
COVID-19 şüphesi söz konusu olduğunda ilk yapılacak iş diğerleri ile teması kesmek-izolasyondur.	342 (88,1)	8 (2,1)	38 (9,8)
Zatürre aşısını herkes olmalıdır.	103 (26,5)	118 (30,5)	167 (43,0)
COVID-19 salgını sırasında grip aşısı olmaya gerek yoktur.	34 (8,8)	201 (51,8)	153 (39,4)
Maske takanların fiziksel mesafeye uyması gerekmez.	26 (6,7)	316 (81,4)	46 (11,9)
Tek kullanımlık tıbbi(cerrahi) maskenin bir hafta boyunca koruyuculuğu vardır.	14 (3,6)	322 (83,0)	52 (13,4)
Ellerimizi sabunlu suyla en az 20-30 saniye yıkamak, COVID-19 virüsünden korunmada önemlidir.	364 (93,8)	5 (1,3)	19 (4,9)
COVID-19 enfeksiyonunu yayılmasını önlemek için kalabalık ortamlardan uzak durulmalıdır.	348 (89,7)	7 (1,8)	33 (8,5)
COVID-19 virüsü ile temas etmiş kişiler 14 gün boyunca izole edilmelidir.	339 (87,4)	7 (1,8)	42 (10,8)

Tablo 5. Katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi sorularına verilen cevapların doğru-yanlış/bilmiyorum yanıtlama oranları

COVID-19 bilgi düzeyi	Doğru	Yanlış/ Bilmiyorum
Ateş, yorgunluk, kuru öksürük, kas ağrıları ve ishal şikayetlerinden birisi varsa COVID-19 olma ihtimali düşünülmelidir	319 (82,2)	69 (17,8)
Tad ya da koku alamama durumunda COVID-19'dan şüphe edilmelidir.	318 (82,0)	70 (18,0)
Şu an için COVID-19'un etkili kesin bir tedavisi yoktur,	192 (49,5)	196 (50,5)
Şu an için COVID-19'un etkili bir aşısı yoktur.	217 (55,9)	171 (44,1)
COVID-19 enfeksiyonunu bir kez geçiren bir kişi bu virüsle bir daha kesinlikle enfekte olmaz.	257 (66,2)	131 (33,8)
COVID-19 korunmasız ortamlarda çok hızlı ve kolay bulaşabilmektedir.	353 (91,0)	35 (9,0)
COVID-19 virüsünü kapmış kişiler solunum, konuşma, öksürük vb yollarla virüsü çevrelerindekiilere bulaştırırlar.	350 (90,2)	38 (9,8)
COVID-19 virüsünü kapmış olan kişiler ateş veya başka şikayetleri olmadığı zaman virüsü başkalarına bulaştırmazlar.	270 (69,5)	118 (30,5)
Aile içi bulaşma en sık karşılaşılan bulaşma yollarındandır.	338 (87,1)	50 (12,9)
COVID-19 şüphesi söz konusu olduğunda ilk yapılacak iş diğerleri ile teması kesmek-izolasyondur.	342 (88,1)	46 (11,9)
Zatürre aşısını herkes olmalıdır.	118 (30,5)	270 (69,5)
COVID-19 salgını sırasında grip aşısı olmaya gerek yoktur.	201 (51,8)	187 (48,2)
Maske takanların fiziksel mesafeye uyması gerekmez.	316 (81,4)	72 (18,6)

Tek kullanımlık tıbbi(cerrahi) maskenin bir hafta boyunca koruyuculuğu vardır.	322 (83,0)	66 (17,0)
Ellerimizi sabunlu suyla en az 20-30 saniye yıkamak, COVID-19 virüsünden korunmada önemlidir.	364 (93,8)	24 (6,2)
COVID-19 enfeksiyonunu yayılmasını önlemek için kalabalık ortamlardan uzak durulmalıdır.	348 (89,7)	40 (10,3)
COVID-19 virüsü ile temas etmiş kişiler 14 gün boyunca izole edilmelidir.	339 (87,4)	49 (22,6)

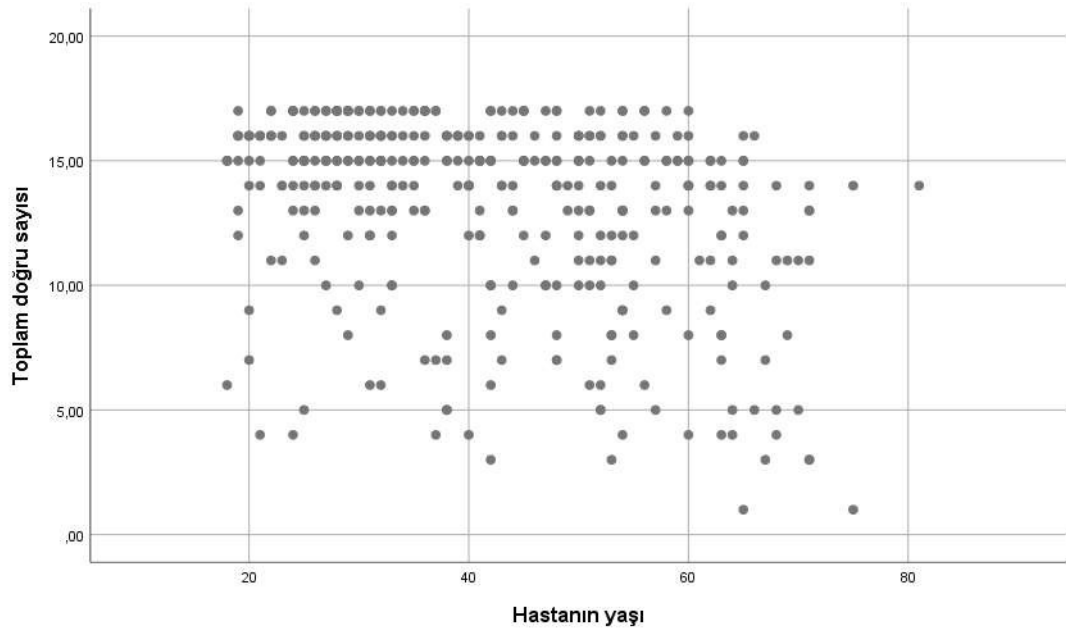
Tablo 6’da gösterildiği gibi COVID-19 bilgi düzeyi toplam puan ortalaması 13,22±3,71 (min. 1-max. 17) dir.

Tablo 6. Katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi toplam puan ortalamaları

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	St. sapma
Toplam puan	388	1	17	13,22	3,71

4.2. Karşılaştırmalı Analiz Bulguları

Katılımcıların yaşı ile COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Spearman korelasyon katsayısı (Rho) - 0,352, $p < 0,001$, $N=388$ olarak hesaplanmıştır. Şekil 1’de bu ilişkinin seyri gösterilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların yaşı ile COVID-19 bilgi düzeyi puanı ilişkisi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analizi için yapılan Mann Whitney U testine göre; eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, kimle yaşadığı ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.006$; $p<0.001$). Buna göre lise ve üstü eğitimi olanların, kronik hastalığı olmayanların ve yalnız yaşayanların puanı daha yüksektir. Cinsiyet, evde 65 yaş üstü birey varlığı ile COVID-19 bilgi düzeyi puanı ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları

Sosyodemografik		N	Ortalama	St. sapma	p
Cinsiyet	Erkek	181	13,58	3,46	0,069
	Kadın	207	12,90	3,91	
Evde >65 yaş birey varlığı	Evet	54	12,18	4,44	0,055
	Hayır	334	13,38	3,56	

Eğitim	Lise altı	114	9,90	3,94	<0,001
	Lise ve üstü	274	14,60	2,58	
Kronik hastalık	Var	121	12,46	4,02	0,006
	Yok	267	13,56	3,52	
Kimle yaşıyor	Yalnız	36	14,69	3,57	<0,001
	Yalnız değil	352	13,07	3,70	

Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analizi için yapılan Mann Whitney U testine göre; COVID-19 geçirme, aşı olma ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$). Buna göre COVID-19 geçirenlerin ve aşı olanların puanı daha yüksektir. Hastaneye yatış ve gebe/lohusalık durumu ile COVID-19 bilgi düzeyi puanı ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8). COVID-19 geçirme zamanı ile COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analizi için yapılan Kruskal Wallis testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları

COVID-19 ilişkili		N	Ortalama	St. sapma	p
COVID-19 geçirme	Evet	194	14,54	2,64	<0,001
	Hayır	194	11,89	4,15	
COVID-19 geçirme zamanı	11 Mart-11 Eylül 2020	40	14,60	2,63	0,489
	12 Eylül 2020-12 Mart 2021	82	14,29	2,78	

	13 Mart 2021 ve sonrası	72	14,80	2,48	
Hastaneye yatış	Var	26	13,42	2,81	0,682
	Yok	362	13,20	3,77	
Aşı olma	Evet	340	13,76	3,27	<0,001
	Hayır	48	9,37	4,40	
Gebe/lohusalık durumu	Evet	16	13,93	2,79	0,661
	Hayır	372	13,19	3,75	

Tablo 9,10 ve 11’de COVID-19 düzeyi anketinin sırasıyla klinik (ilk beş soru), bulaş (6-9 arası sorular), korunma ve kontrol (10-17 arası sorular) sorularından aldıkları puanlar ile COVID-19 geçirme, kronik hastalık varlığı, hastaneye yatış, aşı olma durumları arasındaki ilişkinin analizi için Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

COVID-19 geçirme, kronik hastalık varlığı, aşı olma durumuna göre klinik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.005$; $p<0.001$). Buna göre COVID-19 geçirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda ve aşı olanlarda klinik puanı daha yüksektir. Hastaneye yatışı ile klinik puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre klinik puan ortalamaları

Klinik		N	Ortalama	St. Sapma	P
COVID-19 geçirme	Evet	194	3,87	1,15	<0,001
	Hayır	194	2,84	1,68	
Kronik hastalık	Var	121	3,03	1,60	0,005
	Yok	267	3,50	1,47	

Hastaneye yatış	Var	26	3,57	1,27	0,446
	Yok	362	3,33	1,54	
Aşı olma	Evet	340	3,53	1,45	<0,001
	Hayır	48	2,10	1,49	

Tablo 10'da COVID-19 ilişkili özelliklerine göre bulaş yolları puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. COVID-19 geçirme, kronik hastalık varlığı, aşı olma durumuna göre bulaş yolları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.005$; $p<0.001$). Buna göre COVID-19 geçirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda ve aşı olanlarda bulaş yolları puanı daha yüksektir. Hastaneye yatışı ile bulaş yolları puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 10. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre bulaş yolları puan ortalamaları

Bulaş yolları		N	Ortalama	St. Sapma	P
COVID-19 geçirme	Evet	194	3,62	0,71	<0,001
	Hayır	194	3,13	1,13	
Kronik hastalık	Var	121	3,17	1,03	0,005
	Yok	267	3,47	,93	
Hastaneye yatış	Var	26	3,26	,72	0,554
	Yok	362	3,38	,99	
Aşı olma	Evet	340	3,49	,88	<0,001
	Hayır	48	2,56	1,20	

COVID-19 geçirme, kronik hastalık, aşı olma ile korunma ve kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$). Buna göre COVID-19 geçirenlerde ve aşı olanlarda korunma ve kontrol puanı daha yüksektir. Kronik hastalığı olup olmaması ve hastaneye yatışın varlığı ile ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların COVID-19 ilişkili özelliklerine göre korunma ve kontrol soruları puan ortalamaları

Korunma ve kontrol		N	Ortalama	St. Sapma	P
COVID-19 geçirme	Evet	194	7,05	1,30	<0,001
	Hayır	194	5,92	1,85	
Kronik hastalık	Var	121	6,25	1,88	0,072
	Yok	267	6,59	1,60	
Hastaneye yatış	Var	26	6,57	1,41	0,781
	Yok	362	6,48	1,72	
Aşı olma	Evet	340	6,73	1,43	<0,001
	Hayır	48	4,70	2,31	

5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisinin başlamasıyla birlikte toplumlarda COVID-19'a dair bilgi düzeyinin gelişmesi hayati bir mesele haline gelmiştir. COVID-19'u önleyici tedbirler, hastalığın teşhisi, hastalıkla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, kişiler arasında ve genel olarak toplumda yayılımının azaltılması, ölüm oranlarının düşürülmesi gibi pek çok süreç, COVID-19'a dair bilgi düzeyiyle ilişkili olarak gerçekleşmiştir. COVID-19'a bilinen maruziyeti olan ve olmayan katılımcılarla yapılan bu araştırmaya katılanların %50'sinin COVID-19'a bilinen maruziyeti olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarının gösterdiği üzere, katılımcıların çeşitli sosyodemografik özellikleriyle bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Araştırmaya katılanların bilgi düzeyi ortalaması 17 soru üzerinden $13,22\pm3,71$ olarak

tespit edilmiş olup bu oranın yüksek olduğu ifade edilebilir. İtalya’da büyük bir üniversite hastanesindeki 2046 sağlık çalışanıyla çevrimiçi anket yöntemiyle yapılan bir araştırmada, COVID-19 bilgi düzeyi sorularına verilen doğru cevapların ortalaması %71,6 olarak tespit edilmiştir [37]. Çin’in Henan bölgesinde farklı 10 hastanede 1357 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %89’unun COVID-19’a yönelik yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir [38]. İran’da 26-28 Şubat 2020 tarihleri arasında 5 ila 7. sınıf 240 tıp öğrencisiyle yapılan bir araştırmada, COVID-19 bilgi düzeyine yönelik 15 soruya doğru yanıt verme oranı %86,9 olarak görülmüştür [39]. Hızlı çevrimiçi anket yoluyla Amerika’da yaşayan 2986 ve İngiltere’de yaşayan 2988 kişinin katıldığı bir araştırmada, katılımcıların COVID-19’un yayılması ve genel semptomlarına dair bilgi düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir [40]. Çin’de 12 soruluk bir çevrimiçi anketle 6910 kişinin katıldığı bir çalışmada COVID-19 bilgi düzeyi sorularına doğru yanıt verenlerin oranı %90 olarak tespit edilmiştir [41]. Suudi Arabistan’da Qassim bölgesindeki 3 üniversite 323 tıp öğrencisi ve intörnler ile Haziran-Ağustos 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmada ise sorulara doğru yanıt verme oranı 15 puanlık anket üzerinden ortalama 12,5 olarak tespit edilmiş olup katılımcıların %83,9’u yüksek bilgi düzeyine sahip olarak görülmüştür [42]. Farklı ülkelerde ve çeşitli kesimlerle gerçekleştirilen bu çalışmalar, COVID-19 bilgi düzeyi üzerine yapılan araştırmalara katılanların bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamız literatürdeki çalışmalara bu yönden benzemektedir.

Araştırmamızda COVID-19 klinik belirtilerine yönelik sorulardan biri olan “Ateş, yorgunluk, kuru öksürük, kas ağrıları ve ishal şikayetlerinden birisi varsa COVID-19 olma ihtimali düşünülmelidir” ifadesine doğru yanıtını veren kişilerin oranı %82,2’dir. Bu oran, Suudi Arabistan’da yapılan çalışmada hemen hemen aynı olan bir soruya verilen yanıtlarda %86,4 olarak görülmektedir [42]. Aynı çalışmada COVID-19’un bulaşma yollarına dair bir soruya katılımcılar %97,5’lik doğru oranda yanıt verirken, bizim çalışmamızda “COVID-19 virüsünü kapmış kişiler solunum, konuşma, öksürük vb. yollarla virüsü çevrelerindekiyle bulaştırırlar” sorusuna verilen doğru yanıt oranı %90,2’dir. Araştırmamızda “Ellerimizi sabunlu suyla en az 20-30 saniye yıkamak, COVID-19 virüsünden korunmada önemlidir” sorusuna verilen yanıt %93,8 iken, Suudi Arabistan’da yapılan çalışmada yer alan benzer bir soruya verilen doğru yanıt oranı %93,5 olarak görülmektedir [42]. Aynı çalışmada tokalaşmamak, öpüşmemek, toplantılara katılmamak ve elleri sık sık temizlemeye dair soruya %96,6 doğru yanıt verilirken araştırmamızda “COVID-19 enfeksiyonunu yayılmasını

önlemek için kalabalık ortamlardan uzak durulmalıdır.” sorusuna doğru yanıt oranı %89,7’dir. Bizim araştırmamızda en düşük doğru yanıt verilen “Zatürre aşısını herkes olmalıdır” sorusu %30,5 oranında doğru yanıtlanmıştır. Suudi Arabistan’da yapılan çalışmada ise en düşük doğru yanıt %6,2 oranıyla “Toplumdaki her birey dışarı çıkarken yüz maskesi takmalıdır” sorusuna verilmiştir [42]. Bizim araştırmamızda maske ile ilgili benzer bir soru olan “Maske takanların fiziksel mesafeye uyması gerekmez” sorusuna doğru yanıt oranı ise %81,4’tür. Doğru yanıtların benzer nitelikte olması, iki çalışmanın yapıldığı dönemlerde COVID-19’un bulaş yollarına dair katılımcıların yüksek bilgi düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Bilgi düzeyine dair sorularda alınacak önlemlerdeki yaklaşıma dair farklılıkta ise, ülkelerin önlem alma yaklaşımlarının yanında kültür ve gündelik ilişki kodlarının da etkisinin olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda COVID-19’a bilinen maruziyeti olanların COVID-19 bilgi düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Araştırma bulgularına göre COVID-19’a bilinen maruziyeti olanların bilgi düzeyleri sorularında klinik, bulaş yolları, korunma ve kontrol puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. COVID-19’a bilinen maruziyeti olanların puanlarının daha yüksek bulunmasında bu bireylerin hastalığa maruziyetten dolayı deneyimsel öğrenme yoluyla daha fazla öğrenmelerinin rolü olduğu düşünülebilir. Hastalıktan öğrenme bu sonuçlara ulaşmamızda etken olmuş olabilir. Bunun yanında hastalıkla ilgili daha fazla merak duyup, COVID-19’a dair bilgilenme açısından kendilerini daha fazla motive ettikleri ve daha fazla bilgiye ulaştıkları söylenebilir. Bilgi edinmenin aynı zamanda hastalıkla baş etme ve kontrol altına alma yollarından biri olduğunu varsaydığımızda, COVID-19’a dair etkin bilgilenmenin COVID-19’a bilinen maruziyeti olanlar açısından daha fazla araştırılmış olduğu düşünülebilir. Araştırmamız sonuçlarına göre COVID-19’a bilinen maruziyeti olanların bu maruziyeti hangi dönemde geçirdiği ile COVID-19 bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Araştırmamızın verileri Haziran 2021, Eylül 2021 tarihleri arasında elde edildiğinden dolayı, o dönemde COVID-19’un sürekli gündemde olması toplumsal COVID-19 bilgi düzeyinin belli bir seviyede olmasını sağlamış olabilir. Bilinen maruziyeti olan katılımcılar açısından COVID-19’a dair bilgi düzeyinin bu süreç içerisinde toplumdaki inanç, değer ve tutumlardan dolayı belli bir seviyede kalmış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, tüm katılımcılar arasında COVID-19’a bilinen maruziyeti olup COVID-19 ilacı alanların oranı %49’dur. Bu kişiler arasında %35,6’lık kesim ilacı düzenli, %2,1’lik kesim ise ilacı düzensiz olarak kullanmıştır. Bu bulgular COVID-19’a bilinen

maruziyeti olan kesimin davranışlarının bilgi düzeyiyle orantılı olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda aşı olanların COVID-19 bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Aşı olan katılımcıların klinik, bulaş yolları, korunma ve kontrol hususlarına yönelik sorularda puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılanların %4,1'i tek doz, %83,5'i çift doz aşı olmuş olup %1,5'i ise henüz sıra gelmediği için, %2,1'i ise COVID-19 geçirdiği için aşı olmamıştır. Bu verilere bakıldığında, aşya karşı olan (%3,4) ve tereddütte olan (%5,4) %8,8'lik kesim haricinde, katılımcıların neredeyse tamamı COVID-19 hastalığında aşı olmaya dair pozitif bir tutum içindedir ve tek veya çift doz aşı olan %87,6'lık kesimin bilgi düzeylerinin yüksek olması, bu kesimin araştırmaya katılan büyük çoğunluğu temsil etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Buna karşın, katılımcıların yalnızca %55,9'u COVID-19'un etkili bir aşısı olmadığına dair soruya olumsuz (doğru) yanıt vermiştir. Başka bir deyişle, katılımcıların %55,9'u aşının etkili olduğunu düşünmektedir. Bu sonuçlar katılımcıların büyük çoğunluğunun COVID-19 aşısı olma ve buna dair bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak aşının etkili olduğuna yönelik inançlarının bilgi düzeylerine nazaran daha düşük olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda kronik hastalığı olmayanların COVID-19 bilgi düzeyi puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kronik hastalık bulunmayan katılımcıların bilgi düzeyleri sorularında klinik, bulaş yolları ve korunma ve kontrol puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Acil sağlık hizmetleri personelinin COVID-19 hakkında bilgi düzeylerini etkileyen etmenler üzerine yapılan kesitsel bir çalışmada, COVID-19 ile ilgili kişisel bilgi düzeyleri açısından kronik hastalığa sahip olup olmamak anlamlı bulunmamıştır [43]. Ancak, kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin nöbetleri veya mesaieleri sonrasında eve girerken alması gereken önlemlere dair puan ortalamaları kronik hastalığa sahip olan katılımcılara göre anlamlı ve yüksek bulunmuştur [43]. İlk bakışta, kronik hastalığa sahip olan bir bireyin hastalıkla yaşamasından kaynaklı olarak genel bir hastalık bilinci ve farkındalık düzeyine sahip olabileceği düşünülmektedir. Ancak araştırma sonuçlarında görülen kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olması olgusu, bu kişilerin mevcut sağlıklı hallerini korumak için daha fazla bilgilenmeye çabaladıklarını düşündürmektedir. Bu bireylerin sağlıklı hallerini idame ettirmek için koruyucu sağlık davranışında bulundukları söylenebilir. Araştırmamıza katılan ve kronik hastalığa sahip olmayanların sayısı kronik hastalığa sahip olanların sayısının neredeyse iki katıdır. Bu oran da kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek çıkmasında bir faktör olarak düşünülebilir.

Bu bulgu, kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin COVID-19 bilgi düzeylerinin değişkenlik gösterebildiğini, ancak bilgi ve tutumlarına dair pozitif yönde bir puana sahip olduklarını ifade etmektedir.

Araştırmamızda hastaneye yatışı olan %6,7'lik kesimin ve gebe/lohusalık durumu olan %2,8'lik kesimin COVID-19'a dair bilgi düzeyleri, hastaneye yatmamış olan veya gebelik/lohusalık durumu olmayan kesimlerle anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu kesimlerin araştırmaya katılanların çok küçük bir kısmı olduğu düşünüldüğünde, daha yüksek oranlara sahip katılımcılarla yapılan araştırmalarda bu sonuç türünün farklı çıkması öngörülebilir. Zira hastaneye yatma öyküsü olan kişilerin sağlık profesyonelleri ile doğrudan görüşme imkanı olması ve bu nedenle hastalık seyrine yönelik daha kapsamlı bilgilendirme alması beklenebilir. Ancak bu sonuç sağlık profesyonellerinin ellerine geçen sağlık geliştirme davranışı kazandırma fırsatlarını kaçırdığını göstermektedir. Bunun yanında bireylerin hastaneye akut yatış nedenlerini önemsedikleri ve tedavi süreçlerini düşünmelerinden dolayı bu dönemlerde öğrenmeye kapalı oldukları da düşünülebilir. Bu durumlar, COVID-19'a dair bilgi düzeylerinin anlamlı bir fark çıkmamasında önemli bir etken olarak ele alınabilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamasıyla yaşları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, katılımcıların yaşları yükseldikçe sorulara doğru cevap veren katılımcı sayısı azalmaktadır. Daha genç yaştaki katılımcıların COVID-19'a dair bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasında, bu kesimin sosyal medya ve diğer araçları daha aktif kullanan, bilgi kaynaklarına erişimi gelişkin bir kesim olduğu düşünülebilir.

Suriye'de 400 katılımcıyla gerçekleştirilen bir araştırmada her bir katılımcıya 20 adet soru sorulmuş, 35-50 yaş arasındaki katılımcıların %88'i sorulara doğru yanıt vererek en yüksek bilgi düzeyi kesimini oluşturmuştur [44]. Ancak, 51-65 yaş arasındaki kesimin %69, 20-34 yaş arasındaki kesimin ise %55,4'lük doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir [44]. Bu tespit bizim yaş ile bilgi düzeyi arasındaki negatif yönlü korelasyon eğiliminden farklılık göstermektedir. Çalışmanın bir diğer bulgusu ise aylık gelir düzeyiyle bilgi düzeyi arasındaki pozitif yönlü korelasyondur. Buna göre, aylık gelir düzeyi yüksek olan kesim sorulara daha fazla doğru yanıt vermiştir. Bu bulgular ışığında, Suriye'de gerçekleştirilen çalışmada yer alan 20-34 yaş arasındaki kesimin 51-65 yaş arasındaki kesime oranla daha düşük doğru yanıt verme eğilimi taşıması, aylık gelir düzeylerinin daha düşük olma ihtimaliyle ilişkilendirilebilir [44]. Çalışmamızda ise 60 yaş sonrası kesimin bilgiye erişim kanallarının

diğer kesimlere oranla daha kısıtlı olacağı, örneğin internet ve sosyal medya kullanımının bu kesimlerde 60 yaş altı kesimlere nazaran daha kısıtlı olacağı öngörülebilir. Ayrıca, Suriye’de gerçekleştirilen çalışmada yer alan 20-34 yaş arasındaki kişilerin geçtiğimiz 12 yıllık süreçte savaş koşulları sebebiyle yeterli eğitimi alamadığı, yüksek gelir düzeyine sahip olmadığı da öngörülebilir [44]. Bu durumun COVID-19 bilgi düzeylerine yansımaları, bu genç yaş grubunda düşük bilgi düzeyiyle karşılaşılması şeklinde yorumlanabilir.

Hastane eczacılarıyla Türkiye’de henüz COVID-19 pozitif vaka görülmediği bir dönemde yapılan bir araştırmada katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [45]. Çalışmaya katılan büyük çoğunluk 20-39 yaş arasında yer almıştır (%67,8). Araştırmacılar çalışmalarında yaş gruplarını “40 yaş üzeri” ve “40 yaş altı” olarak ikiye ayırmış, 40 yaş altı olan katılımcıların ekinezyanın koruyucu rolü ile hastalığın bulaş yollarına (örneğin cinsel yolla bulaşması ve anneden çocuğa geçmesi) hakkındaki sorulara dair verdiği cevaplarda daha fazla yanlış yaklaşıma sahip olduklarını tespit etmiştir. Araştırmaya katılanların bilgi kaynağı olarak en çok televizyon ve gazete gibi medya organlarını (%60,3), internetteki bilimsel kaynakları (%53,6), internetteki bilimsel olmayan kaynakları (%53,2) ve sosyal medyayı (%41,4) kullandığı göz önüne alındığında [45], araştırmanın yapıldığı dönemde henüz net bilgiye sahip olunmayan konularda bu sorulara daha genç yaşta olanların eski bilgi ve tecrübelerden ziyade daha az bilimsel görünen kaynaklardan gelişigüzel bilgilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızın katılımcılarından %46,6’sı erkek ve %53,6’sı kadındır. Araştırmamızda COVID-19 bilgi düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine yönelik COVID-19 bilgi, tutum ve davranışları üzerine yapılan ve %79,4’ünün kadın öğrencilerden oluşan bir çalışmada da cinsiyet açısından anlamlı bir fark görülmemiştir [46]. Akademik personele yönelik yapılan ve %53,7’sinin erkeklerden oluştuğu bir çalışmada bilgi düzeyinde cinsiyete dair bir fark görülmezken tutumlarda cinsiyete dair bir fark tespit edilmiştir [47]. Suriye’de yapılan bir çalışmada erkeklerin %91’i bilgi düzeyine yönelik sorulara doğru yanıt vermişken bu oran kadınların %87 olarak bulunmuş, bu çalışmada da cinsiyet açısından anlamlı bir fark görülmemiştir [44]. Türkiye’nin farklı bölgelerinden ve çeşitli kurumlarda çalışan diş hekimlerinin katıldığı bir araştırmada ise %53,7’si kadın olan katılımcıların COVID-19 bilgi düzeyi kadınlarda anlamlı olarak yüksek görülmüştür. Çalışmada kadın hekimlerinin yüksek olması, son yıllarda diş hekimliği bölümlerini kadın öğrencilerin daha fazla tercih etmesiyle

ilişkilendirilmektedir. Kadınlarda bilgi düzeyinin anlamlı olarak yüksek çıkması ise bu olguyla ilişkili olarak düşünülebilir [48]. Çin’de gerçekleştirilen başka bir çalışmada da %46’sı kadın olan katılımcıların bilgi düzeyleri erkeklere nazaran daha yüksek görülmüştür. Araştırmacılar bunun sebebinin araştırmaya katılan kadınların %57,2’sinin asgari lisans eğitimi görmüş olmasından kaynaklanabileceğini ifade etmektedir [49]. Bu bulgular, COVID-19 bilgi düzeyinde cinsiyete bağlı farkın çalışmalara katılan kişilerin eğitim düzeyleriyle ilişkisi açısından anlamlı olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmamıza katılan kadın ve erkeklerin oransal olarak yakın olması, katılımcıların yaş ve eğitim düzeyinin bilgi düzeyine etki etmede daha belirleyici olması, cinsiyete bağlı anlamlı bir fark görülmemesinde bir gerekçe olarak düşünülebilir.

Araştırmamızda eğitim durumu ile bilgi düzeyi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Lise ve üstü eğitime sahip olanların puanı daha yüksek görülmektedir. Benzer bir olgu Suriye’de gerçekleştirilen araştırmada da görülmektedir [44]. Yapılan çalışmada, en yüksek doğru yanıt puanına sahip olan grubun %87’lik oranla üniversite eğitimi alanlar, sonra sırasıyla %54 oranıyla lise eğitimi alanlar ve %52 oranıyla ilköğretim düzeyinde eğitime sahip kişiler olduğu görülmüştür [44]. Yue vd. (2021) tarafından Çin’in Henan bölgesinde farklı kesimlerden 517 kişiyle yapılan bir araştırmada da eğitim düzeyi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin COVID-19 bilgi düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur [49]. Eğitim düzeyinin yüksek olması, COVID-19’a dair bilgi edinme yollarına erişim, daha iyi bilgi edinme imkanı olan meslekte çalışma, çalışılan iş yerlerinde bilgi edinme imkanlarının daha iyi olması ve eğitim düzeyi yüksek olan kesimlerin kendi yaşamlarına yönelik bilgi ve farkındalıklarının da yüksek olması gibi hususlarla ilişkilendirilebilir. Bu açıdan, daha iyi eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların karşı karşıya kaldıkları COVID-19 pandemisine yönelik daha hızlı ve daha nitelikli bilgilenme süreci işlettikleri düşünülebilir. Bunun yanında, araştırmamızda katılımcı grubunun yalnızca %6,2’lik kesimi okula gitmemiş olup, yalnızca %2,1’i okuma yazma bilmemektedir. Lise ve üniversite mezunu olanlar ise araştırma grubumuzun %70,6’sini oluşturmuştur. Buna göre, araştırmaya katılan kesimin eğitim düzeylerinin yüksek olması ile COVID-19 bilgi düzeyleri arasındaki anlamlı ilişkinin kaynağında, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun orta ve yüksek eğitim düzeyine sahip olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamızın bir diğer bulgusu COVID-19 bilgi düzeyinin yalnız yaşayan

katılımcılarda daha yüksek olduğu tespitidir. Araştırmaya katılan ve yalnız yaşayan %9,3'lük kesimin bilgi düzeyi anlamlı düzeyde yüksektir. Akademik personelin COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada, ailedeki birey sayısı 1-3 olanların bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca, evli olmayıp yalnız olan %28,4'lük kesimin COVID-19'a yönelik tutumlarında anlamlı istatistiksel değer görülmüştür [47]. Başka bir çalışmada, bekarların evlilere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüş, bekarların %97,5'inin lise ve üzeri eğitim gördüğü belirtilmiştir [49]. Evde yalnız yaşayanların COVID-19'a yönelik bilgi düzeylerinin yüksek olması, bu kişilerin hastalığın bulaş yolları, seyri ve etkilerine dair kendilerini bilgilendirme ihtiyaçlarının ilk elden kendileri tarafından karşılanması gerektiği ihtiyacını düşündürmektedir. Evde başkalarıyla yaşayan birinin bilgilenmeye yönelik kendine düşen sorumluluğu başkalarına devretme imkanı bulunmaktadır. Yapılan çalışmalardaki benzer sonuçlarda ise katılımcıların yalnız yaşayıp yaşamadığı net olarak belirtilmemekte, evli veya bekar oldukları belirtilmekte ve yaşadıkları hanede kaç kişinin yer aldığı aile sayısı olarak ifade edilmektedir [47, 49]. Bu açıdan bizim araştırmamız diğer araştırma sonuçlarına nazaran daha kesin bir bilgi sunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilinen COVID-19 maruziyeti olanlar ile olmayanların COVID-19'a dair bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmamızda, COVID-19'a bilinen maruziyeti olan bireylerin bilgi düzeylerinin COVID-19'a bilinen maruziyeti olmayanlara nazaran daha yüksek olduğunu tespit ettik.

Araştırmamızda ayrıca COVID-19 bilgi düzeyi puan ortalamaları katılımcıların yaşları, eğitim durumları, kronik hastalığa sahip olup olmadığı, hanede kaç kişiyle yaşadığı, aşı olma durumuna göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini tespit ettik.

Katılımcıların cinsiyeti, COVID-19 maruziyetine istinaden hastane yatışı olup olmaması veya gebe/lohusalık durumu ile COVID-19 bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulamadık.

COVID-19'a bilinen maruziyeti olmayanların bilgi düzeylerinin daha düşük olması, hastalığa maruz kalmadan önce önleyici bir faktör olarak bilgi düzeylerinin güçlendirilmesi ve buna bağlı olarak bireylerin COVID-19 karşısında daha doğru tutumlar geliştirmesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Ayrıca, herhangi bir nedenle doktora başvuran veya hastaneye yatan kişilerin sistematik bilgilendirilmesine daha fazla önem verilmelidir. Buna yönelik halk sağlığı politikaları geliştirilmeli, toplumdaki her bireyin hastalıklara maruz kalmadan önce bilgi düzeylerinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır.

7. KAYNAKÇA

- [1] Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome -coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19). Clin Exp Pediatr. 2020 Apr;63(4):119-124. doi: 10.3345/cep.2020.00493.
- [2] Güney S. Davranış Bilimleri, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım, 2009.
- [3] Arı R. Gelişim ve Öğrenme, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, Testlerle Desteklenmiş Geliştirilmiş 3. Baskı, 2006.
- [4] Gencel İE. Öğrenme Stilleri, Deneyimsel Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitim, Tutum ve Sosyal Bilgiler Program Hedeflerine Erişi Düzeyi. D.E.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir, 2006.
- [5] Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.
- [6] Glass, JM. Experiential Learning Styles and Instructional Delivery in Doctorate Programs. Regent university, The Faculty of the School of Psychology & Counseling, (Doktora Tezi). Virginia, USA. 2008.
- [7] Bronson J, Carrick M, Dalgliesh B, Evans F, Proudman B, Proudman S, Weaver M, Willis J. The Definition, Ethics and Exemplary Practices of Experiential Training and Development. The DEEP Document, Version 6.2. 1999.
- [8] Lai CC, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Ko WC, Hsueh PR. Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country healthcare resources and economic status. Int J Antimicrob Agents. 2020. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105946.
- [9] Yesilbağ K. Aytoğu G. Coronavirus Host Divergence and Novel Coronavirus (Sars-CoV-2) Outbreak. Clin Exp Ocul Trauma Infect. 2020. 2(1): 139-147.
- [10] Graham RL, Donaldson EF, Baric RS. A decade after SARS: strategies for controlling emerging coronaviruses. 2013. Nat Rev Microbiol, 11: ss: 836-848.
- [11] Zumla A, Hui DS, Perlman S. Middle East respiratory syndrome. Lancet. 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33221-0.
- [12] Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. Int J Antimicrob Agents. 2020. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105951.

- [13] Kurtulus B, Ozlu T. New Coronavirus: SARS-CoV-2. *Mucosa*. 2020. doi: 10.33204/mucosa.706906.
- [14] T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU). 2 Nisan 2020.
- [15] World Health Organization. Novel coronavirus situation report-2. January 22, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200122-sitrep-2-2019-ncov.pdf> (Erişim tarihi: 9 Eylül 2022).
- [16] Guan WJ. et. al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*. 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
- [17] Huang C, Wang Y, Li X, et. al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020. doi: 10.1016/S0140- 6736(20)30183-5.
- [18] Wang D, Hu B, Hu C, et. al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020. doi: 10.1001/jama. 2020.1585.
- [19] Chan JF, Yuan SF, Kok KH, et. al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
- [20] Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID- 19). *The Indian Journal of Pediatrics*. 2020. doi: 10.1007/s12098-020- 03263-6.
- [21] Li Q, Guan X, Wu P, et. al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *The New England Journal of Medicine*. 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
- [22] Chen L, Liu HG, Liu W, et. al., Analysis of clinical features of 29 patients with 2019 novel coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases*. 2020. doi: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.0005.
- [23] Yang J, Zheng Y, Gou X, et. al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID- 19) infection: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 2020. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.017.
- [24] Huang X, Wei F, Hu L, et. al. Epidemiology and Clinical Characteristics of COVID-19. *Arch Iran Med*. 2020. doi: 10.34172/aim.2020.09.

- [25] Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et. al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 2020. doi: 10.25561/77482.
- [26] Sakarya S. COVID-19 Pandemisi: Toplum bağışıklığı yaklaşımı ve kanıta dayalı politika üzerine kısa bir değerlendirme. T24. 11 Nisan 2020. <https://t24.com.tr/yazarlar/sibel-sakarya/kovid-19-pandemisi-toplum-bagisikligi-yaklasimi-ve-kanita-dayali-politika-uzerine-kisa-bir-degerlendirme,25928> (Erişim tarihi: 9 Eylül 2022).
- [27] Halk Sağlığı Uzmanları Derneği HASUDER. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemisine Türkiye’de Hazırlıklılık ve Yanıt: 28. Gün Değerlendirmesi. 12 Nisan 2020, <https://korona.hasuder.org.tr/pandeminin-28-gun-degerlendirmesi/> (Erişim tarihi: 9 Eylül 2022).
- [28] Centers for Disease Control and Prevention. How to Protect Yourself and Others. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html> (Erişim tarihi: 9 Eylül 2022).
- [29] Turner BS. Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi. Çev. Ümit Tatlıcan. Bursa: Sentez Yayıncılık. 2011.
- [30] Coe RM. Sociology of Medicine. Second Edition. McGraw-HillBook Company. 1978.
- [31] Akman M ve Ünalın P. Biyopsikosozal yaklaşım. N. Bozdemir ve İ. Kara (Ed.). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi içinde. ss: 22-24. Adana: Nobel Tıp Kitabevi. 2010.
- [32] Ünsal A., “Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, Çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik”, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 2017, 11-28.
- [33] Gözümlü S. ve Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014. 7(3) ss: 230-237.
- [34] Özvarış BŞ. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Ankara: Hacettepe Yayınları. 2011.
- [35] Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş. 2004.
- [36] Öztekin AZ, Üner S. ve Eren N. Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2012.
- [37] Moro M, Pietro VG, Capraro M, et al. 2019-novel coronavirus survey: knowledge and attitudes of hospital staff of a large Italian teaching hospital. Acta Biomed. 2020. 91(11):29–34. doi:10.23750/ abm.v91i3-S.9419.

- [38] Zhang M, Zhou M, Tang F, et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. *J Hosp Infect.* 2020. 105(2):183–187. doi:10.1016/j.jhin.2020.04.012.
- [39] Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID-19 and Iranian medical students; a survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. *Arch Iran Med.* 2020. 23(4):249–254. doi:10.34172/aim.2020.06.
- [40] Geldsetzer P. Use of rapid online surveys to assess people's perceptions during infectious disease outbreaks: a cross-sectional survey on COVID-19. *J Med Internet Res.* 2020. 22(4):1–19. doi:10.2196/18790.
- [41] Zhong B, Luo W, Li H, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.* 2020. 16(10): 1745–1752. doi:10.7150/ijbs.45221.
- [42] Alsoghair M, Almazyad M, Alburaykan T, Alsultan A, Alnughaymishi A, Almazyad S, Alharbi M, Alkassas W, Almadud A, Alsuhailani M. Medical Students and COVID-19: Knowledge, Preventive Behaviors, and Risk Perception. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021. 18, 842. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020842>.
- [43] Ergün E, Ergün Ş, Çelebi Pashid İ. Acil Sağlık Hizmetleri Personellerinin COVID-19 Hakkında Bilgi, Korunma Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2020. 1(1):16-27.
- [44] Labban L, Thallaj N, Labban A. Assessing the Level of Awareness and Knowledge of COVID 19 Pandemic among Syrians. *Arch Med.* 2020. Vol.12 Iss.2: 8.
- [45] Kara E, Demirkan K, Unal S. Knowledge and Attitudes of Hospital Pharmacist about COVID-19. *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2020. <https://dx.doi.org/10.4274/tjps.galenos.2020.72325>.
- [46] Ulaş Kadioğlu B, Soylar P ve Güneş, G. Üniversite Öğrencilerinin Koronavirüs Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi.* 2021. 1 (4), 36-49.
- [47] Ceyhan S ve Uzuntarla Y. Akademik personelin COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Turkish Studies.* 2020. 15(6), 259-276. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.45988>.

- [48] Keskin Tunç S, Toprak ME. Diş Hekimlerinin COVID-19 Enfeksiyonu ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına Etki Eden Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi. Van Sag Bil Derg. 2020. 13 (Özel Sayı): 33-38.
- [49] Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. Journal of Community Health. 2021. 46:286–291.



8.EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim elemanlarından Prof.Dr.Azize Dilek GÜLDAL'ın sorumluluğunda 'Covid-19'a bilinen maruziyetin bireylerin Covid-19'la ilgili bilgi düzeyleri ile ilişkisi' isimli Dr. Mehmet Yeral'in uzmanlık tez çalışması yürütülmektedir. Bu araştırmada, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalara kimlik bilgileri kullanılmadan 'Covid 19 Bilgi Düzeyi Anketi ve Sosyodemografik Veri Anketi Formu' uygulanacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlar dışında kimseyle paylaşılmayacak ve kullanılmayacaktır. Çalışmada kimlik bilgileri verilmeyecek, verilmişse de kimse ile paylaşılmayacaktır. Vücut bütünlüğünü bozan herhangi bir tıbbi girişim uygulanmayacaktır. Herhangi bir ilaç verilmeyecek ve çalışma boyunca her hangi bir ücret talep edilmeyecektir

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda Prof.Dr.Azize Dilek Güldal'ın sorumluluğunda yürütülen Dr. Mehmet Yeral'in uzmanlık tezi 'Covid-19'a bilinen maruziyetin bireylerin Covid-19'la ilgili bilgi düzeyleri ile ilişkisi ' isimli araştırma hakkında bilgilendirildim. Araştırmada herhangi bir ilaç verilmeyeceği, herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulmayacağı tarafıma anlatıldı, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlar dışında kimseyle paylaşılmayacağı ve kullanılmayacağı konusunda bilgilendirildim.

Çalışmamızın amacı Covid-19'a maruz kalan ve kalmayan kişilerin bilgi düzeyinin ölçülmesi olup, bu iki grup arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark olup olmadığının araştırılması ve bu verilerin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesidir. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Mehmet Yeral

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

EK 2: Sosyodemografik veri formu

1.Yaş

a)18-34 b)35-49 c)50-64 d)65 ve üzeri

2.Cinsiyet

a) erkek b) kadın

3.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

a) yalnız
b) sadece eşinizle
c) sadece çocuklarınızla
d) eşiniz ve çocuklarınızla
e) anneniz ve babanız ile
f) 65 yaş üstü bir akrabanız ile
g) arkadaşlar - akrabalar ile

4.Eğitim düzeyiniz?

a)okuma yazma yok
b)okuma yazma var
c) ilkokul
d) orta okul
e)Lise
f) yüksek okul veya üniversite

EK 3: COVID 19 BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ

1) Ateş, yorgunluk, kuru öksürük, kas ağrıları ve ishal şikayetlerinden birisi varsa COVID 19 olma ihtimali düşünülmelidir.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

2) Tad ya da koku alamama durumunda COVID 19'dan şüphe edilmelidir.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

3) Şu an için Covid 19'un etkili kesin bir tedavisi yoktur.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

4) Şu an için Covid 19'un etkili bir aşısı yoktur.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

5) Covid 19 enfeksiyonunu bir kez geçiren bir kişi bu virüsle bir daha kesinlikle enfekte olmaz.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

6) Covid 19 korunmasız ortamlarda çok hızlı ve kolay bulaşabilmektedir.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

7) Covid 19 virüsünü kapmış kişiler solunum, konuşma, öksürük vb yollarla virüsü çevrelerindekiilere bulaştırırlar.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

8) Covid 19 virüsünü kapmış olan kişiler ateş veya başka şikayetleri olmadığı zaman virüsü başkalarına bulaştırmazlar.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

9) Aile içi bulaşma en sık karşılaşılan bulaşma yollarındandır.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

10) Covid şüphesi söz konusu olduğunda ilk yapılacak iş diğerleri ile teması kesmek-izolasyondur.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

11) Zatürre aşısını herkes olmalıdır.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

12) Covid-19 salgını sırasında grip aşısı olmaya gerek yoktur.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

13) Maske takanların fiziksel mesafeye uyması gerekmez.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

14) Tek kullanımlık tıbbi(cerrahi) maskenin bir hafta boyunca koruyuculuğu vardır.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

15) Ellerimizi sabunlu suyla en az 20-30 saniye yıkamak, Covid 19 virüsünden korunmada önemlidir.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

16) Covid 19 enfeksiyonunu yayılmasını önlemek için kalabalık ortamlardan uzak durulmalıdır.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

17) Covid 19 virüsü ile temas etmiş kişiler 14 gün boyunca izole edilmelidir.

Doğru() Yanlış() Bilmiyorum()

