



**BİR İLÇEDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ  
BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19)  
FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

**Emine ALKAN**

**2022  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN**

**BİR İLÇEDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE KORONAVİRÜS  
(COVID-19) FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

**Emine ALKAN**

**T.C.  
Karabük Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında  
Yüksek Lisans Tezi  
Olarak Hazırlanmıştır**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN**

**KARABÜK  
Ocak 2022**

Emine ALKAN tarafından hazırlanan “BİR İLÇEDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN

.....

Tez Danışmanı, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 28/01/2022

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Ayfer BAYINDIR ÇEVİK (BÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tuğba AYDIN YILDIRIM (KBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

*“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”*

Emine ALKAN

## ÖZET

### Yüksek Lisans Tezi

## BİR İLÇEDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Emine ALKAN

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN

Ocak 2022, 92 sayfa

Bu çalışmada, 18 yaş üstü bireylerin koronavirüs (COVID-19) farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı. Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı. Farkındalık düzeyinin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu gibi farklı değişkenler ile ilişkisi incelendi. Çalışmanın örneklemini Kastamonu İli Pınarbaşı İlçesi'nde yaşayan 523 katılımcı oluşturdu. Çalışmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu ve Koronavirüs (COVID-19) Farkındalık Ölçeği kullanılarak elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogrov-Smirnov (K-S) testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyonu Katsayısı kullanıldı. Çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması  $45,55 \pm 17,83$  olup, %47,2'sinin kadın olduğu belirlendi. Katılımcıların koronavirüsten korunma önlemi olarak %97,5'inin ellerini sık sık yıkadığı, %90,8'inin kolonya ve dezenfektan kullandığı, %89,7'sinin maske ve siperlik kullandığı, %83,9'unun sosyal mesafeye uyduğu, %93,9'u maskeyi doğru kullandığı, %6,1'inin yanlış kullandığı belirlendi. KFÖ ölçeğinin alt boyutlarına ait puan

ortalamları bulaşma tedbiri farkındalığı için  $40,19 \pm 5,88$ ; güncel gelişmeleri takip farkındalığı için  $14,79 \pm 4,59$ ; hijyen tedbiri farkındalığı için  $14,02 \pm 4,09$  olarak bulundu. Katılımcıların üç alt boyutta koronavirüs farkındalık düzeyleri genel olarak yüksek bulundu. Yaş arttıkça katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığının arttığı görüldü. Güncel gelişmeleri takip ve hijyen tedbiri alt boyutlarında genç katılımcıların farkındalığında artış görüldü. Cinsiyet ve koronavirüs tanısı alma durumuna göre farklılaşma tespit edilmedi. Yaşanılan yer değişkenine göre köy-beldede yaşayanların bulaşma tedbiri farkındalığı yüksek bulundu. Öğrenim seviyesi düşük olan katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığı, üniversite ve üstü öğrenim seviyesine sahip olan katılımcılara göre yüksek tespit edildi. Diğer meslek gruplarına göre sağlık çalışanlarının bulaşma tedbiri farkındalığı düşük saptandı. Kamuda çalışan katılımcıların farkındalık düzeyleri üç alt boyutta da diğer sektörlerin gerisindedir. Emekli ve çalışmayan katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalıkları diğer gruplardan yüksektir. Elde edilen bu verilere göre, bireylerin farkındalık düzeyleri artırılmalı pandemiye yönelik eğitim ve bilgilendirmelere daha fazla ağırlık verilmelidir. Verilen eğitimlerin etkinliklerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler :** COVID-19, farkındalık, halk sağlığı hemşireliği, koruyucu önlemler.

**Bilim Kodu :** 1032.05

## **ABSTRACT**

**M. Sc. Thesis**

### **DETERMINATION OF CORONAVIRUS (COVID-19) AWARENESS LEVEL IN INDIVIDUALS OVER 18 YEARS OF AGE LIVING IN A DISTRICT**

**Emine ALKAN**

**Karabük University  
Institute of Graduate Programs  
Department of Nursing Science**

**Thesis Advisor:**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN**

**January 2022, 92 pages**

In this study, it was aimed to determine the coronavirus (COVID-19) awareness levels of individuals over the age of 18. The study was planned in descriptive and cross-sectional type. The relationship between awareness level and different variables such as gender, age, and educational status was examined. The sample of the study consisted of 523 participants living in the Pınarbaşı District of Kastamonu. The data of the study were obtained using the Personal Information Form and the Coronavirus (COVID-19) Awareness Scale. Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov (K-S) test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and Spearman Brown Rank Correlation Coefficient were used to evaluate the data. The average age of the participants participating in the study was  $45.55 \pm 17.83$ , and 47.2% of them were women. As a precaution against coronavirus, 97.5% of the participants wash their hands frequently, 90.8% use cologne and disinfectant, 89.7% use masks and visors, 83.9% adhere to social distance, 93% It was determined that 0.9 of them used

the mask correctly and 6.1% of them used it incorrectly. The mean scores of the sub-dimensions of the CFS scale were  $40.19 \pm 5.88$  for contagion prevention awareness;  $14.79 \pm 4.59$  for awareness of following current developments; It was found as  $14.02 \pm 4.09$  for awareness of hygiene measures. The coronavirus awareness levels of the participants in three sub-dimensions were found to be high in general. It was observed that as the age increased, the awareness of the contagion precautions increased. There was an increase in the awareness of young participants in the sub-dimensions of following current developments and hygiene measures. No differentiation was detected according to gender and the status of being diagnosed with coronavirus. According to the variable of place of residence, the awareness of the contagion measure was found to be high among the people living in the village-town. The awareness of the contagion measure of the participants with a low level of education was found to be higher than the participants with a university or higher education level. Compared to other occupational groups, the awareness of health workers regarding the prevention of contamination was found to be low. The awareness levels of the participants working in the public sector are behind other sectors in all three sub-dimensions. Contagion prevention awareness of retired and non-working participants is higher than other groups. According to these data, awareness levels of individuals should be increased and more emphasis should be placed on education and information about the pandemic. It is recommended to evaluate the effectiveness of the training provided.

**Key Word** : COVID-19, awareness, public health nursing, preventive measures.

**Science Code** : 1032.05



## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca ilgisini ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında katkı ve desteğini esirgemeyen çok kıymetli, saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Gülcan KAR ŞEN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Veri toplama sürecinde çalışmama katılmayı kabul ederek çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan katılımcılara teşekkür ederim.

Sevgili aileme hiçbir manevi yardımı esirgemedен yanımda oldukları için tüm kalbimle teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa</u></b>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER .....	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	xiii
BÖLÜM 1 .....	1
GİRİŞ .....	1
BÖLÜM 2 .....	5
GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. COVID-19 PANDEMİSİ .....	5
2.1.1. Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2. Bulaş Yolları.....	7
2.1.3. Klinik Bulguları.....	8
2.1.4. Risk Grupları .....	8
2.1.5. Tanı Yöntemleri ve Tedavi.....	9
2.1.6. Korunma Yolları ve Önlemler.....	11
2.1.6.1. Sürveyans ve Filyasyon .....	12
2.1.6.2. Bireysel Önlemler .....	13
2.1.6.3. Toplumsal Önlemler .....	13
2.1.6.4. Aşılama .....	13
2.2. COVID-19'DA HEMŞİRELİK.....	14
BÖLÜM 3 .....	17
GEREÇ VE YÖNTEM .....	17

	<b><u>Sayfa</u></b>
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ .....	17
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH.....	17
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ .....	17
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	18
3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	18
3.4. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	19
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu .....	19
3.5.2. Koronavirüs Farkındalık Ölçeği .....	19
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI .....	20
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	20
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER .....	21
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	22
BÖLÜM 4 .....	23
BULGULAR .....	23
4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ .....	23
4.2. KATILIMCILARIN SALGIN SÜRECİNE AİT ÖZELLİKLERİ .....	24
4.3. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIK DÜZEYLERİ.....	27
4.4. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIĞI DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	27
4.5. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIĞI DÜZEYLERİNİN SOSYAL İLİŞKİLERE VE SOSYAL ORTAMA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .....	34
4.6. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIĞI DÜZEYLERİNİN BİLGİ VE KORUNMAYA YÖNELİK DAVRANIŞLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .....	39
BÖLÜM 5 .....	43
TARTIŞMA .....	43
5.1. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI.....	44

**Sayfa**

5.2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	45
5.3. KATILIMCILARIN SOSYAL İLİŞKİLERİ VE SOSYAL ORTAMI İLE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	50
5.4. KATILIMCILARIN BİLGİ VE KORUNMAYA YÖNELİK DAVRANIŞLARI İLE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	51
BÖLÜM 6 .....	54
SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	54
6.1. SONUÇLAR .....	54
6.2. ÖNERİLER .....	55
KAYNAKLAR .....	57
EK AÇIKLAMALAR A. ....	68
ÖZGEÇMİŞ .....	78

## ÇİZELGELER DİZİNİ

	<b><u>Sayfa</u></b>
Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikler değişkenine ait dağılımı .....	24
Çizelge 4.2. Katılımcıların salgın süreci değişkenine ait dağılımı.....	25
Çizelge 4.3. Koronavirüs farkındalık düzeyleri .....	27
Çizelge 4.4. Koronavirüs farkındalık düzeyinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması .....	28
Çizelge 4.5. Koronavirüs farkındalık düzeyinin cinsiyete göre karşılaştırılması	29
Çizelge 4.6. Koronavirüs farkındalık düzeyinin medeni duruma göre karşılaştırılması .....	29
Çizelge 4.7. Koronavirüs farkındalık düzeyinin sürekli ikamet yerine göre karşılaştırılması .....	30
Çizelge 4.8. Koronavirüs farkındalık düzeyinin öğrenim durumuna göre karşılaştırılması .....	31
Çizelge 4.9. Koronavirüs farkındalık düzeyinin mesleğe göre karşılaştırılması..	33
Çizelge 4.10. Koronavirüs farkındalık düzeyinin evde kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması .....	34
Çizelge 4.11. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında çalışılan sektöre göre karşılaştırılması .....	35
Çizelge 4.12. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında işe gitme durumundaki değişikliğe göre karşılaştırılması .....	36
Çizelge 4.13. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında akrabalarla görüşme sıklığına göre karşılaştırılması .....	37
Çizelge 4.14. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında görüşme yerine göre karşılaştırılması .....	38
Çizelge 4.15. Koronavirüs farkındalık düzeyinin koronavirüs tanısı alma durumuna göre karşılaştırılması.....	39
Çizelge 4.16. Koronavirüs farkındalık düzeyinin maske değiştirme sıklığına göre karşılaştırılması .....	40
Çizelge 4.17. Koronavirüs farkındalık düzeyinin doğru maske kullanımına göre karşılaştırılması .....	41
Çizelge 4.18. Koronavirüs farkındalık düzeyi ile sürekli değişkenler arasındaki ilişki.....	42

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ARDS	: Acute Respiratory Distress Syndrome (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
BTF	: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı
CDC	: Centers for Disease Control (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı 2019
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
FİTAS	: Filyasyon Takip Sistemi
GGTF	: Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı
HIV/AIDS	: Human İmmunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) / Acquired İmmune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
H1N1	: İnfluenza A (Domuz gribi)
HSYS	: Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
HTF	: Hijyen Tedbiri Farkındalığı
KFÖ	: Koronavirüs Farkındalık Ölçeği
MERS-CoV	: Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus (Orta Doğu Solunum Sendromu)
mRNA	: messenger RNA (Mesajcı RNA)
PCR	: Polimeraz Zincir Reaksiyonu
RNA	: Ribonucleic Acid (Ribonükleik Asit)
RT-PCR	: Nazofaringeal Sürüntü Örnekleri
SARS-CoV	: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Virüsü)
SARS-CoV-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Virüsü-2)
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
2019-nCoV	: 2019-novel Coronavirus (Yeni Koronavirüs)

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

İnsanlık tarihi geniş coğrafyalara yayılan, toplu ölümlere ve devam eden sağlık sorunlarına sebep olan pek çok pandemiye şahit olmuştur. Pandemiler ciddi sağlık sorunlarıdır. Geçmişte pandemi yapmış hastalıklardan Veba (541), Sarı humma (1800), Kolera (1817), İspanyol Gribi (1918), Asya Gribi (1957), H1N1 (2009) ve Ebola (2013) en önemlileridir. Günümüzde ise hala küresel aktif bir pandemi olan HIV/AIDS (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu, 1981) beraberinde bulaş hızı ve mortalitesi yüksek 21. yüzyılın en büyük pandemisi COVID-19 varlığını sürdürmektedir. Yakın zamanda SARS (Ağır Solunum Sendromu, 2002) ve MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu, 2015) hastalıklarının epidemiyolojisinden sonra SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 hastalığı Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır (Aslan, 2020; Özlü ve Öztaş, 2020; Mert 2020). 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) COVID-19'u pandemi ilan etmiş aynı tarihte ülkemizde ilk vaka görülmüştür (WHO situation report 51 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı Rehberi, 2020). Küresel olarak 250 milyondan fazla vaka vardır (<https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention/print> Erişim Tarihi: 09.12.2021). Türkiye'de 11 Şubat 2022 tarihi itibari ile toplam 12.748.341 vaka tespit edilmiş ve bu vakalardan 89.994'ü hayatını kaybetmiştir (<https://covid19.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.02.2022).

Virüsün ana bulaşma şekli damlacık yoluylaadır. Bununla birlikte hastalığa maruz kalmış bireyin öksürmesi, hapşırması ile ortama saçılan solunum damlacıklarına diğer kişilerin doğrudan temas etmesiyle bulaşma gerçekleşmektedir. Hastalıktan korunmanın en iyi yolu virüse maruz kalmamaktır. Maruz kalmayı önleyecek önlemlerde özellikle yayılımın azaltılmasında el hijyeni, sosyal mesafe, maske ve izolasyonun önemi büyüktür (Bilgiç ve Güner, 2020; Kömür ve Taşova, 2020).

Geçmiş salgınlarda da uygulanan, toplumda hastalığa yakalananların ve temashıların takibi, erken tanı, evde bakım, izlem ve bireysel korunma gibi yöntemler salgın yönetiminde etkili olmuştur (Özbıçakçı, 2020; Özlü ve Öztaş, 2020).

Hızla yayılan ve DSÖ tarafından acil küresel halk sağlığı sorunu olarak bildirilen bu hastalığa yönelik tedavi ve ilacın henüz bulunamaması koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha ortaya çıkardı ([https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) Erişim Tarihi: 01.12.2021; Dindar Demiray ve Alkan Çeviker, 2020). Koruyucu önlemlere olan gereksinim artmasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini artmıştır. Bu hizmetlerin yürütülmesinde önemli rollere sahip halk sağlığı hemşirelerine de toplumun büyük çoğunluğuyla iletişimde olduğu ve uygulamalarını toplum temelli yürüttüğü için önemli sorumluluklar yüklenmiştir (Tanrıverdi vd, 2020, <https://degree.astate.edu/articles/nursing/role-of-public-health-nurses.aspx> Erişim Tarihi:10.12.2021). Bu anlamda Japonya'da yapılan bir çalışma halk sağlığı hemşirlerinin iş yükünün maksimum sınıra ulaştığını belirtmiştir (Yoshioka-Maeda vd, 2020). DSÖ, hemşirelerin COVID-19 pandemi sürecini yönetmede etkili olduğunu çoğu defa belirtmiş ve dünyanın her yerinde hemşireler hastalığın önlenmesi ve kontrol altına alınmasında aktif görev almışlardır. Bu süreçte hemşireler, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalar, sörveyans çalışmaları, sanitasyon ve sosyal izolasyon uygulamaları, bağışıklama, evde bakım hizmetleri ve sağlık eğitimi hizmetleri görevlerinde bulunmuştur (Mert, 2020; Şenol Çelik vd, 2021).

Ortaya çıkan bu hastalığın bilinmeyen özelliklerde yeni bir hastalık olması toplumu endişeye sevk etmiştir. Hastalık hakkında bilgilendirme çalışmaları hızlanmıştır. Bu süreçte hemşireler ve diğer sağlık ekipleri insanlara hastalığın belirti ve bulguları konusunda rehberlik etmeli, koruyucu ekipman kullanımı özellikle el hijyeni konusunda bilgi vererek toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlamalıdır (Tezel ve Öztürk Eyimaya, 2020; Junejo vd, 2021).



Virüsün bulaş yolları hakkında toplumun bilinçlendirilmesi hastalığın bulaşını yavaşlatmakta etkili olduğu görülmüştür. Sağlık kuruluşlarındaki yükü de hafifletmeye yardımcı olmuştur. Bu bağlamda hemşirenin toplumsal bilinç ve farkındalık oluşturmadaki rolü dikkat çekmektedir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde toplum bilincinin ve farkındalığının artırılması pozitif sonuçlar vermekte ve hastalığın bulaşıcılığını engellemede etkili olmaktadır. Yapılan araştırmalar bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesinde toplumda oluşturulan farkındalığın önemli olduğunu desteklemektedir (Bilgin, 2020; Erkal vd, 2020).

Funk vd. 2009'da yapmış olduğu bir çalışma sonucunda, doğru bilgi paylaşımları farkındalığın oluşmasını sağlarken hastalığın yayılımını yavaşlatabilir, hastalık kolay tanınırsa ve bilgi hızla yayılırsa, koruyucu davranışa yönelik güçlü bir eğilim de varsa, hastalığın enfeksiyon oranının önemli ölçüde azaltılabileceğini belirtmiştir. Başka bir çalışmada bireylerin farkındalık düzeyleri tespit edilmeye çalışılmış sonuç olarak COVID-19 pandemisi sonrasında bireylerin temizlik, hijyen, maske ve eldiven kullanma gibi koruyucu tedbir içeren davranışlarında ortalama %85-90 oranında artış olduğuna ulaşılmıştır (Karataş, 2020).

Tüm dünyanın etkilendiği COVID-19 pandemisiyle baş etmede halkın hastalığa yönelik bilgi ve farkındalığının geliştirilmesinin büyük öneme sahip olduğu ortaya çıkmaktadır. COVID-19 konusunda bireylerde oluşturulan farkındalık pandeminin bulaşma hızında azalmaya etki edeceği anlaşılmaktadır. Bireysel olarak alınacak tedbirlerin toplumların tamamına etki ettiğini göz önüne alırsak, doğru bilgiyle yapılan davranışların etkili sonuçlar verebileceği öngörülmektedir. Bireylerin öncelikle kendi davranışlarının farkında olmaları gerekmektedir. Bu noktada sergilenecek tutumlar önem arz etmekle birlikte bu tutumları oluşturacak farkındalık düzeyinin ise önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (Bilgin, 2020; Chen vd, 2020).

Literatürde COVID-19'a yönelik hastalığın ne olduğu, bulaş yolları, korunma önlemlerinin uygulanıp uygulanmadığı gibi konular ile küçük gruplarda (öğrenciler, diş hekimleri, sağlık personelleri vb.), COVID-19 korku ve kaygısı üzerinden farkındalığa bakılan birçok çalışma mevcuttur (Bhagavathula, 2020; Khader vd, 2020; Modi vd, 2020; Liu vd,2021; Nguyen vd, 2021). Farkındalığa yönelik ölçek

kullanarak yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu anlamda farkındalığı geniş bir grupta ele alan, farkındalığı ölçmeye yönelik ölçek kullanan ve farkındalığı etkileyen faktörleri ele alarak değerlendiren çalışmamız bu açılardan farklılığını ortaya koymakta ve literatüre katkı sağlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Koronavirüs (COVID-19) hastalığı ile ilgili bireylerin farkındalık düzeylerinin ölçek yardımıyla tespit edilmesi ve bu düzeyin nelerden etkilediğinin belirlenmesidir. Bu alışma, Kastamonu ili Pınarbaşı ilçesi'nde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin COVID-19'a yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Bu alışma sonucunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Bireylerin Koronavirüs (COVID-19) farkındalık düzeyleri nasıldır?
2. Bireylerin demografik özellikleri ile Koronavirüs (COVID-19) farkındalık leği alt boyut puanları arasında ilişki var mıdır?
3. Bireylerin sosyal ilişkileri ve sosyal ortamı ile Koronavirüs (COVID-19) farkındalık leği alt boyut puanları arasında ilişki var mıdır?
4. Bireylerin bilgi ve korunmaya yönelik davranışları ile Koronavirüs (COVID-19) farkındalık leği alt boyut puanları arasında ilişki var mıdır?

## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. COVID-19 PANDEMİSİ

Pandemi kelimesi, Eski Yunancaya dayanmaktadır. Pan kelimesi “tüm” demos ise “insanlar” anlamına gelmektedir (Aslan, 2020). Pandemi, hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelerde, kıtalarda, tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi olarak tanımlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Covid-19 Bilgilendirme Platformu, 2020). 2019’un aralık ayından itibaren hızla yayılmaya başlayan COVID-19’un bulaşıcılığı yüksek ve mortalite oranı çok fazladır, bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bulaşıcı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. ([https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 03.12.2021).

Bu toplumsal krizin önlenmesinde ilk adımlar Çin’de atılmaya başlamıştır. İnsan popülasyonunun yoğun olduğu ortamlarda potansiyel tüm bulaşma zincirlerinin durdurulmasını sağlamak nihai hedef olmuştur (Heymann ve Shindo, 2020). Tüm dünyayı etkileyen koronavirüs pandemisi yeni dünya düzenini beraberinde getirmiş ve alınan önlemler toplumsal hayatı yeni baştan şekillendirmiştir (Kırık ve Özkoçak, 2020). İzolasyon, temaslı takibi ve karantina ile vakaların belirlenmesine ek olarak, sosyal mesafe gibi önlemler bulaşmayı engellemede önemli rol oynamıştır (Cowling vd, 2020). Özellikle sağlık sektöründe artan vakalar nedeniyle hastane, personel ve ekipman yetersizliği tüm dünyada paniğe neden olmuştur. Ülkeler koruyucu ekipman arayışına girmiş ve temin etmekte zorluk çekmişlerdir. Hastanelerde çalışan sağlık ekipleri artan vakalara yetişmekte oldukça zorlanmış yoğun çalışma saatleriyle yorgun düşmüşlerdir (Çetin ve Yağcı, 2021). Hastalığın bilinmeyen yönleri ve vaka sayısının artması sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmış, stres ve endişenin yoğunlaşmasına sebep olmuştur. COVID-19 hastalarının bakımından sorumlu tüm

personeller enfeksiyon riski taşımaktadır. Bakımın ön saflarında yer alan hemşireler bu nedenle enfeksiyona daha duyarlı olmaktadır. (Huang vd, 2020; Yoshioka-Maeda vd, 2020). Bütün risklere rağmen başta halk sağlığı hemşireleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları COVID-19'un zorluklarıyla mücadeleye devam etmiştir (Tezel ve Öztürk Eyimaya, 2020).

### **2.1.1. Epidemiyolojisi**

Koronavirüsler domuz, deve, yarasa, kedi, köpek gibi hayvanlarda bulunan insana da geçebilen RNA virüsleridir (Yeşilbağ ve Aytoğu, 2020). İnsanlarda 7 tip koronavirüsün enfeksiyona neden olduğu bilinmektedir. 2002-2004 yıllarında epidemi yapan SARS-CoV koronavirüsü Ağır Akut Solunum Sendromuna (Severe Acute Respiratory Syndrome), 2012 yılında epidemi yapan MERS-CoV koronavirüsü Orta Doğu Solunum Sendromuna (Middle East Respiratory Syndrome) yol açmıştır. Ciddi solunum yolu hastalığı ve ölüme neden olmuşlardır. Son olarak 2019 sonunda başlayıp 2020'de salgın haline gelen ve hala devam eden hastalığın etkeni de bir koronavirüs çeşitidir. Bu virüsün SARS-CoV'a genomik olarak benzediği saptanmış bu nedenle hastalığın ilk adı SARS-CoV-2 olmuştur. Daha sonra 2019-nCoV veya COVID-19 olarak da adlandırılmıştır. Ciddi boyutta alt solunum yolu enfeksiyonu yapabilen zarflı bir RNA virüsüdür (Singhal, 2020; Haköksüz vd, 2020).

Çin'in Hubei Eyaleti Wuhan Şehrinde ilk olarak 8 Aralık'ta etyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarına rastlanmıştır. 31 Aralık'ta 27'ye çıkan pnömoni vakaları Dünya Sağlık Örgütü'ne bildirilmiştir. Vakalarda ateş, öksürük ve dispne saptanmıştır (TÜBA Covid-19 küresel salgın değerlendirme raporu, 2020). Çin CDC (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) tarafından test edilen pnömoni hastalarında, yeni bir koronavirüs tespit edildiği açıklanmıştır (Zhu vd, 2020). Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan incelemeler neticesinde bu hastalık COVID-19 olarak adlandırılmıştır (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> Erişim Tarihi: 01.12.2021).

Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü 30 Ocak 2020 tarihinde yeni koronavirüs salgınına DSÖ'nün en yüksek alarm seviyesi olan uluslararası endişe verici halk sağlığı acil durumu ilan etmiştir. Bu tarihte Çin dışındaki 18 ülkede 98 vaka bildirilmiş henüz ölüm olmamıştır ([https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))) Erişim Tarihi: 12.10.2021). Türkiye Çin'in hastalığı DSÖ'ye bildirmesinden sonra 10 Ocak 2020'de Bilim Kurulunu oluşturmuştur (TÜBA Covid-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu, 2020). Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart'ta tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı Rehberi, 2020). Aynı tarihte tüm dünyada DSÖ tarafından pandemi ilan edilmiştir (WHO situation report 51 2020). 9 Aralık 2021 tarihi itibarıyla ülkemizde toplam vaka sayısı 8.700.641 ve bu enfeksiyona bağlı 76.041 ölüm olduğu bildirilmiştir (<https://covid19.saglik.gov.tr/>) Erişim Tarihi: 09.12.2021).

### **2.1.2. Bulaş Yolları**

COVID-19 hastalığının bulaş yolları temas, damlacık yolu ve aerosolizasyon işlemleri yani hava yolu ileidir. Direk kişiden kişiye bulaş ise COVID-19'un ana bulaş yoludur. Solunum damlacıkları yoluyla yakın mesafeden bulaş gerçekleşmektedir. Enfekte olan kişinin öksürmesi, hapşırması veya konuşması sırasında varolan virüs mukoza zarıyla temas ederek başka birini enfekte etmektedir. Ayrıca enfeksiyon, kişinin kontamine olmuş bir yüzeye teması sonucu el hijyeni uygulamayıp ağzına, gözüne yahut burnuna temas ettirmesi sonucu ortaya çıkabilmektedir. Damlacıklar yaklaşık olarak iki metreden öteye geçmemektedir. Havada asılı kalan damlacıklardan bulaş olup olmadığı tartışılmaktadır (Guo vd, 2020; <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention/print> Erişim Tarihi:15.12.2021). Özel görüntüleme yöntemleriyle solunum yolundaki damlacıkların aerosole dönüşüp öksürme ve hapşırma gibi durumlarla havada yatay yönde iki metreden fazla ilerleyebileceğini gösteren çalışmalar da vardır, ancak bu konudaki belirsizlik bireylerde yanlış uygulamalara veya önlem alırken problem yaşamalarına yol açabilmektedir. Bu belirsizliği dikkate alarak, mesafe konusunda daha dikkatli olunması gerekmektedir (Bilgiç ve Güner,

2020). Hafif bulgular seyreden hastalarda bulaştırıcılık süresi semptomların başlangıcından sonra yaklaşık on günlük bir süreken, hastalığın ağır seyrettiği vakalarda süre daha uzun bulunmuştur (Wang vd, 2020). Amerika Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC), hastalığın başlangıcından itibaren dokuz gün sonrasında solunum örneklerinde virüs izolasyonunun olmadığını belirtmiştir (Wei vd, 2020).

### **2.1.3. Klinik Bulguları**

COVID-19'lu kişilerde, hafif veya ağır düzeyde semptomlar bildirilmiştir. Belirtiler virüse maruziyetten sonra 2-14 günde ortaya çıkabilmektedir. İleri yaş ve kronik rahatsızlığa sahip kişilerde ciddi komplikasyonlar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html> Erişim Tarihi: 02.12.2021).

Enfeksiyon öncelikle solunum yolu epitel hücrelerini tutarak yayılmaya başlamaktadır. Bu nedenle belirtiler solunum yoluyla ilgili olmaktadır. Ateş, öksürük, nefes darlığı, takipne ve radyolojik görüntülemelerde akciğer dokusunda bilateral buzlu cam görünümü spesifik semptomları oluşturmaktadır (Recalcati, 2020; WHO Report 28 Erişim Tarihi: 10.10.2021) Hastalık bunların dışında üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları, miyalji, baş ağrısı, ishal, koku ve tat almada bozukluk belirtileri de vermektedir. COVID-19'u diğer solunum yolu enfeksiyonlarından kolay ayırt ettirebilecek bulgular mevcut değildir ancak hastalığın başlangıcından kısa süre sonra dispne gelişimi ve akciğerlerde tipik görünümünün oluşması hastalığı akla getiren bulgular olmaktadır (Öncül, 2020). Ağır olgularda genellikle bir hafta sonra nefes darlığı ve kanda oksijen azlığı görülmektedir daha sonra Şiddetli Solunum Sıkıntısı Belirtileri (ARDS) görülmektedir (Alkan, 2021).

### **2.1.4. Risk Grupları**

Amerika Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'ne (CDC) göre 65 yaş ve üstü kişiler ve özellikle huzurevinde yaşayanlar, kronik akciğer hastalığı olan veya astımı olan kişiler COVID-19 için "hastalık riski yüksek grupta" yer almaktadır. Ayrıca

başıklığı zayıflamış kişiler (kanser tedavisi, sigara içme, başıklık zayıflatıcı ilaç kullanımı), beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar, diyabet hastaları, diyalize giren kronik böbrek hastaları ve karaciğer hastaları risk grubunda sayılmaktadır (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> Erişim Tarihi: 16.02.2022). Kanser hastaları malignite ve anti-tümör tedavisi nedeniyle immünoşüpresif olduklarından mevcut koronavirüs hastalığı pandemisinde oldukça savunmasız bir grup olarak kabul edilmektedir (Zhang vd, 2020) . Hastalığın kardiyovasküler sistemi de etkilediği tahmin edilmektedir. Ayrıca kardiyovasküler hastalıkların da bu enfeksiyonu kolaylaştırdığı bilinmektedir (Aktoz vd, 2020; Wang vd, 2020).

İleri yaşın ve erkeklerin hastalığı daha ağır geçirdiği bilinmekle beraber kronik hastalığı (yüksek tansiyon, şeker hastalığı, şişmanlık, kalp hastalığı vb.) olanların da hastalığı ağır geçirdiği görülmüştür (Alkan, 2021). Kırılgan nüfus olarak da nitelendirilen ayrıca kronik rahatsızlıklara sahip olan yaşlı nüfus, başlıca risk grupları arasında yer almaktadır. Pandemiden en çok etkilenen grupların başında gelmektedir (Çöl ve Baysan, 2021). COVID-19 ile ilişkili hastaneye yatış oranları pediyatrik hastalarda yetişkinlere göre daha düşüktür ve COVID-19 ile ilişkili ölümler çocuklarda nadirdir (Reich ve Elward, 2022).

### **2.1.5. Tanı Yöntemleri ve Tedavi**

Bir hastada COVID-19 hastalığını düşündüren belirtilerin başında ani beliren ateş ve solunum yolu semptomları (öksürük, nefes darlığı gibi) olmaktadır. Bunların dışında hastalığı düşündüren bulgular arasında miyalji, ishal, tat ve koku almanın bozulması yer almaktadır. Hastanın son 14 gün içindeki temas öyküsü tanıda önem arz etmektedir. Bu şekilde birçok vakaya ulaşılmıştır. Tanı konulan hastaların nerede yaşam sürdükleri önemli olmakta bu yüzden filyasyon çalışmalarına başlanıp, hastanın yaşadığı ortam ve kimlerle temas ettiği belirlenmektedir. Bu tanılama işlemlerinden sonra öncelikle risk görülen bireyler teste tabi tutulmaktadır (Öncül 2020).

COVID-19 hastalığı için; duyarlılığı yüksek testlerle hızlı ve erken tanı işlemi; olguları belirlemede, temaslıları takip etmede, kaynağı bulmada ve salgının

yönetiminde çok önemlidir. Gerçek zamanlı revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) yöntemi, hastalığı saptamak için kullanılmaktadır (Bozdemir ve Çolak, 2021; Kabir vd, 2021). 12 Ocak 2020'de tanı koyucu PCR (Polimeras Chain Reaction) testi birçok ülke tarafında geliştirilmeye başlanmıştır (TÜBA, Covid-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu, 2020). Test işlemleri CDC, yerel halk sağlığı departmanları, hastane laboratuvarları ve bazı ticari referans laboratuvarları tarafından yapılmaktadır (Öncül, 2020). Virüsün bulaşmasından kısa bir süre sonra, üst solunum yolunda RT-PCR yöntemiyle viral RNA saptanmakta ve semptomların ortaya çıkmasından önceki 1-2 gün içinde yüksek düzeylere çıkmaktadır (Erensoy, 2021). Semptomlar başladıktan sonraki ilk hafta içinde üst solunum yolu örneklerinde yüksek seyreden viral yük daha sonra azalmaya başlamaktadır (Rhee vd, 2021). Bu testin güvenilirlik düzeyi %70'dir (Corman vd, 2020; Choe vd, 2020). Tanıda kullanılan diğer testlerden olan serolojik testlerde antikor yapıları araştırılmaktadır. Ancak bu testlerde yanılma payının yüksek olmasından dolayı DSÖ bu testleri hastalık tanısında referans olarak önermemektedir (Öncül, 2020). Radyolojik bulgular için Akciğer grafisi ilk tercih yöntemi olup, çocuk ve genç yaş grubunda direkt akciğer grafisi, Bilgisayarlı Tomografi incelemesinden önce tercih edilmelidir. Akciğer grafisi, kolay uygulanabilir olması ve düşük doz radyasyona maruziyet vermesi açısından pratik kullanım sağlarken, normal grafi sonucu hastalığın olmadığı anlamına gelmemektedir (Şenyiğit, 2021). Bilgisayarlı tomografi ise PCR testinin negatif geldiği ve normal akciğer grafisi olduğu durumlarda tanıda yardımcı olabilmektedir (Alsharif ve Qurashi, 2021).

Hastalık sonrası iyileşenlerde viral RNA saçmaya devam edip, enfeksiyonu bulaştırdığına dair bir bulgu henüz yoktur. Virüsün hızlı bir şekilde geniş bir alana yayılmasıyla mutasyonlar olmaktadır. COVID-19'un yeni varyantları belirlenirken, tanıda kullanılan testlerin yeni varyantlar açısından değerlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması büyük önem taşımaktadır (Bozdemir ve Çolak, 2021).

COVID-19 hastalığına özgül ilaç henüz yoktur. Bağışıklal tedavi yöntemi olarak antikor tedavisi kullanılmaktadır. Hastalığı geçirenlerin çoğu antikor oluşturmakta olup bu bireylerden alınan plazma bazen olumlu ama çoğu zaman olumsuz sonuç vermiştir. Bunun nedeni kullanılan plazmada virüs karşıtı antikorun ne kadar



olduğunun bilinmemesidir. COVID-19'dan korunma ve tedavisinde vitamin ve minerallerin, asetilsalisilik asitin etkili olup olmadığına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır (Alkan, 2021). Kesin tedavinin olmaması hastalıkla mücadelenin halk sağlığı önlemleriyle başarılabilirliğini orataya koymaktadır. Halk sağlığı önlemlerinin başında el ve solunum hijyeni, sosyal mesafe, izolasyon ve karantina gelmektedir (Erkal vd, 2020).

Dünyada COVID-19 hastalığı nedeniyle insan etkileşimlerini azaltmak amacıyla karantina uygulamaları başlatılmış ve evde izolasyon yöntemi uygulanmıştır. Karantina, izolasyon, sosyal mesafe kuralları hızla hayata geçirilmiştir (Özbıçakçı, 2020). Bununla birlikte salgın hastalıklardan korunmada aşılama en etkin yöntemlerden biridir. Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı alan ilk aşı Pfizer/Biontech (Faz 3 aşamasında) aşısıdır (Erkekoğlu vd, 2020; Yavuz, 2020).

#### **2.1.6. Korunma Yolları ve Önlemler**

Araştırmalar sonucunda salgının kontrolü için gereken başlıca yöntemleri birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak sıralayabiliriz. Birincil koruma sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve toplumsal farkındalığın sürekli geliştirilmesi, ikincil koruma baskılama ve etkili vaka fiyasyonu, üçüncül korumada ise tıbbi gerekliliği olan tüm hastalara sağlık hizmeti sunabilecek şekilde kapasite oluşturulması ve özellikle sekonder ölümlerin önlenmesidir (Uçar vd, 2020).

Pandemi olan hastalıkların kontrolünde tedavinin yanı sıra koruyucu önlemlerin uygulanması, hastalığın bildirilmesi, hasta birey ve taşıyıcıların tespiti amacıyla yürütülen sörveyans ve fiyasyon çalışmaları son derece önemlidir (Subaşı Baybuğa ve Kacarolu Vicdan, 2020).

Salgın hastalıklarda hastalığın oluşumunu önlemek amaçlı korunma ve kontrol önlemleri alınır. Enfeksiyon hastalıklarında üç etken önemlidir. Kaynak, bulaşma yolu ve sağlam kişi bu üç unsur “enfeksiyon zincirini” oluşturur. Enfeksiyon riskini azaltmak için de kaynak ile son konak arasındaki enfeksiyon zincirinin kırılması önemli olmaktadır. Alınabilecek önlemlerden bazıları kaynağa yönelik; kaynağın

tespiti, etkenin yok edilmesi, kaynak hasta bireyse kesin tanı konulup tedavisi, izolasyonu ve temaslıların tespit edilmesidir. Bulaşma yoluna yönelik önlemler; hava, su, gıda gibi koşulların düzeltilmesi ve denetimi, bulaşma yolunu analatan sağlık eğitimleri, sabun, su gibi temizlik maddelerinin kullanımı, atık yönetimi ve nüfus hareketlerinin kontrolü sayılabilir. Sağlam kişiye yönelik ise kişisel hijyen, dezenfektan ve koruyucu ekipman kullanımı, aşılama, karantina, izolasyon ve sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivitelerdir. Bu önlemler hastalık etkeninin bilindiği durumlarda koruyucu olmaktadır. Ancak COVID-19 hastalığında olduğu gibi yeni bir etken sebebiyle salgın oluşabilir. Bu durumda aktif sürveyans başlamakta ve filyasyon uygulanmaktadır (Önal, 2020; McIntosh, 2020).

#### **2.1.6.1. Sürveyans ve Filyasyon**

Sürveyans hastalıklardan korunma ve kontrol için vakaların saptanması, sürekli bildirim, verilerin doğru, zamanında ve sistematik şekilde toplanması için yapılan çalışmalardır. Salgın hastalık başlamadan önce hastalığın bildirimleri düzenli olarak yapılır ve hastalık hakkında raporlar oluşturulup ulusal düzeyde yayınlanır. Bu durum pasif sürveyansın bir parçasını oluşturmaktadır. Aktif sürveyans salgında belirli bir hastalık için özel bir bildirim sistemi kurulmasıdır. Türkiye’de COVID-19 verileri medya aracılığıyla halka bildirilmekte ve DSÖ ile paylaşılmaktadır (Önal, 2020). Filyasyon diğer adıyla saha incelemesi kaynağın ve etkenin belirlenmesine yönelik çalışma yapılması ve/veya temaslılar dahil koruma ve kontrol önlemlerinin alınmasıdır (KHGM, Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi, 2018). Ülkemizde hastalığın hangi bölgelerde popülasyonun ne kadarını etkilediğini belirlemek için veriler sürekli izlenmiş ve yeni vakaların bulunması için çalışmalar yapılmıştır. İlçe sağlık müdürlükleri sahada aktif rol alarak filyasyon ekiplerini oluşturmuştur. Bu süreçte sahada daha fazla insana ihtiyaç duyulmuş ve filyasyon ekipleri her vakayı temaslılarıyla birlikte yerinde belirlemiştir. Hastalığın kaynağını bulma amacıyla yapılan ziyaretlerde kişilere korunma ve kontrol önlemleri hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. Sürecin anlık olarak yönetilmesini sağlayan uygulamalar Halk Sağlığı Yönetim Sistemi’ne (HSYS) eklenen modül ve Filyasyon Takip Sistemi’nin (FİTAS) geliştirilmesi ekiplerin işini kolaylaştırmış ve filyasyon oranını %99’un üzerine çıkarmıştır (Atak vd, 2020).

### **2.1.6.2. Bireysel Önlemler**

Enfeksiyonu önleyici kontrol önlemlerinin başında maske, mesafe ve hijyen gelir. Öksürme ve hapşırma gibi durumlarda tek kullanımlık mendillerin tercih edilmesi, kapalı ve kalabalık ortamlardan kaçınma, sabun ve suyla elleri sık yıkama bunlara erişim yoksa en az %60 oranında alkol bazlı dezenfektanların kullanılması, diğer insanlarla en az 2 metre mesafeye dikkat etmek sayılabilir. Kişiler kendilerini hastalık açısından takip etmelidir. Ateş, öksürük, nefes darlığı gibi bulguların olması durumunda en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html> Erişim Tarihi:10.11.2021).

### **2.1.6.3. Toplumsal Önlemler**

Şüpheli durumlarda, ateş, öksürük gibi belirtileri varolan hastalardan kaçınmak, kapalı ortamları sık sık havalandırmak, temas yüzeylerinin uygun dezenfektanlarla hijyenini sağlamak önemlidir. Ateş, öksürük, nefes darlığı gibi hastalığın belirtilerini gösteren kişiler acilen sağlık kuruluşlarına başvurmalıdır. Bu kişilerin temas öyküleri alınmalı, düzenli filyasyon çalışmalarıyla toplumsal taramalar yapılmalıdır (McIntosh, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon Rehberi, 2021; Rothan ve Byrareddy, 2020). Semptomları olan vakaların izolasyonu, temaslarının izlenmesi ve karantinaya alınması, çevresel dezenfeksiyonun etkili bir şekilde yapılması önerilmektedir (Ferretti vd, 2020). Ayrıca artırılmış tedbirlerle ülkelere giriş çıkış yasakları, salgının tespit edildiği bölgelerde karantina uygulamaları, iptal olan uluslararası çapta spor ve sanat etkinlikleri, kongreler ve seyahat kısıtlamaları, kamusal alanlarda yapılan dezenfeksiyon uygulamaları, sokağa çıkma yasakları ve eğitime ara verilmesi gibi önlemler alınmıştır (Acar, 2020).

### **2.1.6.4. Aşılama**

Hastalıktan korunmaya yönelik aşı geliştirme çalışmaları yoğun bir şekilde yapılmaktadır. Geliştirilen aşuların etkinliği hala tartışılmakta olup şimdilik en etkili

yöntem virüsle temastan kaçınmak olmaktadır. Özellikle çocukların ve ileri yaş kronik rahatsızlığa sahip kişilerin periyodik ve mevsimsel aşılarını yaptırmaları önemlidir. Bu nedenle kapalı ve kalabalık ortamlardan kaçınmak, kontamine olmuş ellerin göze, ağza ve burna dokunmasından kaçınmak, 20 saniye süre ile elleri yıkamak ve alkol bazlı el dezenfektanları kullanmak, sosyal mesafeyi korumak ve maske takmak hala geçerli ve korunmada önemli kurallar arasında bulunmaktadır. (McIntosh, 2020; Rothan ve Byrareddy, 2020).

Aşılanmanın temel amacı toplumsal bağışıklığı oluşturarak hastalığın bulaşıcılığını önemli ölçüde azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere hızlı bir şekilde aşı üretilmesi için onay vermiş, bugüne kadar Dünya Sağlık Örgütü tarafından kayıt altına alınmış 50'den fazla aşı adayını bulunmaktadır (Alkan ve Canatan, 2021). Bu aşılarından ilki 11 Aralık 2020 tarihinde ilk kez Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı alan ve bir mRNA aşısı olan Pfizer/Biontech aşısıdır. Moderna'nın geliştirdiği mRNA aşısı FDA onayına başvuran ikinci aşısıdır (Yavuz, 2020). Aşı çalışmaları tüm hızıyla devam etmektedir. Faz 3 aşamasında etkinliklerinin yüksek olduğu görülen ve birçok ülke tarafından kullanım onayı alan aşılar Pfizer/BioNTech (mRNA temelli), Moderna (mRNA temelli), Oxford/Astra Zeneca (vektör aşısı), Johnson&Johnson (vektör aşısı), Sputnik V (vektör aşısı), Coronavac (inaktif virüs aşısı) olmak üzere etkinlikleri hala değerlendirilmektedir (Kaya, 2021). Türkiye'de yerli aşı üretilmiştir. İnaktif aşı teknolojisiyle üretilen TURKOVAC, şu an yaygın kullanım öncesinde son aşama olan faz 3 klinik araştırma aşamasındadır. Ülke genelinde Aralık 2021 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır (<https://www.tuseb.gov.tr/turkovac/turkovac-nedir> Erişim Tarihi: 20.02.2022).

## **2.2. COVID-19'DA HEMŞİRELİK**

Halk sağlığı, toplumun birlikte gayretiyle hastalıkları önleme, yaşamı uzatma ve sağlığı geliştirme bilimidir. Birinci basamak sağlık çalışanları, hastalıkları önlemede ve sağlığı geliştirmede kilit bir rol oynar (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services> Erişim Tarihi:13.11.2021).

Florence Nightingale ilk enfeksiyon kontrol hemşiresidir. Teorileri ve öğretileriyle hemşirelere, önleyici yaklaşımın enfeksiyonların önlenmesindeki etkisini aktarmıştır. Hemşireler bu yaklaşıma dayanarak öncül uygulamalarda bulunmuşlardır (Newsom, 2003). COVID-19 birçok bilinmezliğin olduğu yeni bir hastalık olduğu için, hemşireler hastalıkta mücadelede standart koruyucu önlemleri uygulamıştır. Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı büyük bir değişime neden olmuştur. Uzun çalışma saatleri boyunca bu ekipmanlarla çalışmışlardır (Jackson vd, 2020).

Artan zorlukların olduğu bir döneme rağmen, hemşireler halk sağlığı için dramatik bir fark yaratma potansiyeline sahiptir. Amerikan Halk Sağlığı Derneği, halk sağlığı hemşireliğini "hemşirelik, sosyal ve halk sağlığı bilimlerinden elde edilen bilgileri kullanarak toplumların sağlığını geliştirme ve koruma uygulaması" olarak tanımlamaktadır (<https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/public-health-nursing/> Erişim Tarihi: 02.12.2021). Halk sağlığı hemşireleri, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif görev almıştır (Yönetmelik, 1964). Dünyadaki pandemilerde halk sağlığı hemşireleri, sürveyans çalışmaları, vaka bulma ve veri analizi sürecinde yer almıştır (Savage ve Kub, 2009). Sürveyans ve fiyasyon çalışmaları ekip çalışmasını gerektirir. Bu anlamda sağlık profesyonelleri içinde sahada çalışıp toplumla yakın temas halinde olan halk sağlığı hemşirelerinin ve klinikte çalışan enfeksiyon kontrol hemşirelerinin pandemi kontrolünde ekip içinde aktif rol almaları beklenmektedir (Subaşı Baybuğa ve Kacaroglu Vicdan, 2020). Halk sağlığı hemşirelerinin, dünyanın artık COVID-19 salgını olarak bildiği halk sağlığı krizinin ön saflarında yer aldığını, tarihsel sürece bakıldığında da bulaşıcı hastalıklarda toplumda savunmasız riskli gruplar başta olmak üzere sağlığı geliştirme, koruma ve önleme çalışmalarında aktif olduklarını görmekteyiz (Edmonds vd, 2020).

Bir hastalık meydana geldiğinde, hastalığa karşı verilen tepkiler bulaşıcı ajanın ilerlemesini değiştirebilir. Özellikle yakın çevresinde bir hastalığın farkına varan kişiler, duyarlılıklarını azaltacak önlemler alabilirler. Farkındalık ilk elden gözlem ve ağızdan ağıza iletişim yoluyla ortaya çıkabilir. Bu bağlamda farkındalık için kişinin eyleme geçmeye istekli olduğu salgın hakkındaki bilgi olarak bakılmalıdır (Funk vd, 2009). DSÖ yalnızca pandemiyle değil asılsız bilgilerle mücadele edildiğini

açıklamıştır (Zarocostas, 2020). Kısıtlı bilgi ortamının oluşturduğu korku, merak ve komplo teorileri mücadele başarısını etkilemektedir. Pandemiyle mücadelede toplumun davranışları kader belirleyici niteliktedir. Bu nedenle doğru bilginin önemi büyüktür. Toplumsal anlamda farkındalık bilgi aktarımlarıyla geliştirilebilir. Sağlık otoriteleriyle toplum arasında köprü görevi oluşturan hemşirelere düşen sorumluluk artarak devam etmektedir (Uçar vd, 2020). Halk sağlığı hemşirelerinin pandemi gibi salgın durumlarında, halkı bilgilendirme ve farkındalık oluşturmada medya kaynaklarını da kullanması önemli olmaktadır (Flynn, 2007).

Virüse maruz kalmamak en etkili korunma yöntemidir. Hijyen kurallarına uyum, kalabalık ortamlardan kaçınma, kontamine yüzeyele temastan sonra ellerin yıkanması veya dezenfektan kullanımı gibi önlemlerin toplum bilincini ve farkındalığını artırması için aktarılması gerekir. Halk sağlığı hemşireleri toplumsal tarama ve fiyasyon çalışmalarıyla bu alanda etkili olmalıdır (Özyurt ve Vehid, 2020). Hastalığın yayılmasını durdurabilmek adına hastalar hızla tanınıp izole edilmeli, gereken durumlarda yerleşim birimlerinde karantina uygulamaları yapılmalıdır. En önemlisi bireylerin farkındalığı artırılarak kendi kendilerine alacakları önlemler olmaktadır (Yürük Bal ve Çelik, 2020).

## BÖLÜM 3

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Bu çalışma Haziran-Ağustos 2021 tarihleri arasında Kastamonu İli Pınarbaşı İlçesi'nde yapılmıştır. Pınarbaşı, Batı Karadenizde Küre Dağlarının güney kesiminde yer alır. İlçe dağlık bir araziye sahiptir. Dağlar arasında kalan küçük plato düzlükleri ile Zarı Çayı'nın vadi tabanı yerleşim sahasıdır (<https://kastamonu.ktb.gov.tr/TR-63822/pinarbasi.html> Erişim Tarihi: 01.06.2021).

31 Aralık 2020 tarihinde açıklanan nüfus sonuçlarına göre toplam nüfus 5.756'dır (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> Erişim Tarihi: 01.05.2021). Toplum sağlığı faaliyetlerini yürüten Pınarbaşı Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde 1 Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 2 Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır (<https://kastamonu.ktb.gov.tr/TR-63822/pinarbasi.html> Erişim Tarihi: 01.06.2021).

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Kastamonu İli Pınarbaşı İlçesi'nde yaşayan 18 yaş üstü 5101 birey oluşturmuştur (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> Erişim Tarihi: 01.05.2021).

Evreni bilinen örneklem formülü

$$n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq \quad (3.1)$$

Eşitlik 3.1 kullanılarak %5 kabul edilebilir hata, %95 güven aralığı (1- $\alpha$ ) ile 5101 kişi içerisinde hesaplanan örneklem büyüklüğü 357 olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için G-power 3.1 programı kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemi 0.21 etki büyüklüğünde, 0.01 hata payı ve 0.99 güven aralığında, %99 evreni temsil etme gücüyle 523 katılımcı oluşturmaktadır.

N= Evrendeki birey sayısı

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

p = İncelenecek olayın görülüş sıklığı ( olasılığı ). Çalışmada 0,5 alınmıştır.

q = İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer. Çalışmada 1,96 alınmıştır.

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma olarak simgelenmiştir.

### **3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18 yaş üstü olmak
- Pınarbaşı İlçesi'nde ikamet ediyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Okuryazar olmak
- Türkçe konuşup anlayabilmek
- Bilişsel anlama yeterliliğine sahip olmak (ileri yaş için)
- Duyma, işitme ve konuşma yeterliliğine sahip olmak (ileri yaş için)

### **3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- 18 yaşın altında olmak
- Verilerin eksik doldurulması
- Başka il ve ilçede ikamet ediyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Okuryazar olmamak
- Türkçe konuşamamak ve anlayamamak
- Bilişsel anlama yeterliliğine sahip olmamak (ileri yaş için)



- Duyma, işitme ve konuşma yeterliliğine sahip olmamak (ileri yaş için)

### **3.4. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

Bağımlı değişken bireylerin COVID-19 farkındalık düzeyidir. Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği, salgın döneminde işe gitme durumundaki değişiklik, evde kimlerle yaşadığı, akrabalarıyla görüşme durumu, COVID-19 ile ilgili bilgileri nereden aldığı, maske değiştirme sıklığı, doğru maske kullanımı ve COVID-19 tanısı alma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Çalışmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek A.5) ve Koronavirüs (COVID-19) Farkındalık Ölçeği (Ek A.6) kullanılarak elde edildi.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu**

Literatür incelenerek (Alıcılar vd, 2020; Ceyhan ve Uzuntarla, 2020; Sizer vd, 2020) katılımcıların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu vb.) özellikleri ile koronavirüs sürecine ilişkin (salgın sırasında işe gitme durumunda değişiklik, salgın döneminde akrabalarla ne sıklıkla görüşüldüğü, koronavirüs tanısı alma durumu, maske değiştirme sıklığını değerlendiren vb.) sorular, maske doğru kullanım bilgisini doğru/yanlış olarak değerlendiren görsel soru ve VAS (Vizuel Analog Skala) ile sorulan (koronavirüse yakalanma konusunda kendini riskli görme durumu ve koronavirüse yakalanma korku düzeyi ile ilgili) sorular olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Koronavirüs Farkındalık Ölçeği**

Çalışmada veri toplama aracı olarak Bilgin (2020) tarafından geliştirilen Koronavirüs (COVID-19) Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 3 alt boyut ve 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipinde cevaplanabilen bir ölçektir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin birinci alt boyutu “bulaşma tedbiri farkındalığı-

BTF” (1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9. maddeler) 9 madde ve alınabilecek en yüksek puan 45’tir., ikinci alt boyutu “güncel gelişmeleri takip farkındalığı-GGTF” (10,11,12 ve 13. maddeler) 4 maddeden, üçüncü alt boyut olan “hijyen tedbiri farkındalığı-HTF” (14,15,16 ve 17. madde) 4 maddeden oluşmakta ve alınabilecek en yüksek puanlar 20’dir. Ölçek alt boyutlarından alınan puan arttıkça o alt boyuta ilişkin özellikler artmaktadır. Ölçeğin alt boyutuna ilişkin Cronbach Alfa iç tutarlık anlamında güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.93; 0.87 ve 0.82 olarak bulunmuştur (Bilgin, 2020). Ölçeğin bu araştırmadaki Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla 0.92; 0.85 ve 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek için toplam puan değerlendirmeye alınmayıp sadece alt boyut puanları kullanılmaktadır.

### **3.6. VERİLERİN TOPLANMASI**

COVID-19 sürecindeki sosyal mesafe önlemleri gereği, çalışma çalışma verileri gerekli izolasyon önlemleri alınarak 2021 yılı Haziran-Ağustos ayları içerisinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veriler online ortama işlenerek tablet bilgisayar kullanılarak toplandı. Bu şekilde kâğıt yoluyla temas ortadan kaldırılmış ve kâğıt israfının önüne geçmek hedeflenmiştir. Uygun hijyen, maske ve mesafe koşulları sağlanarak minimum temas yoluyla verilere ulaşıldı.

Çalışmaya başlamadan önce anket sorularının anlaşılabilirliği ve açıklığını test etmek için örneklem grubuna girmeyen toplam 20 kişiyle ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapıldı. Her bireyden veri toplama ortalama 10 dakika sürdü.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan 07.04.2021 tarih ve 2021/546 no’lu karar ile etik kurul onayı alındı (Ek A.1). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu’ndan izin alındı (Ek A.2). Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma uygulama izni (Ek A.3) alındıktan sonra veri toplamaya başlandı.

“Koronavirüs (COVID-19) Farkındalık Ölçeği” için Okan Bilgin’den mail yoluyla ölçek kullanım izni alındı (Ek A.4).

Katılımın gönüllülük esasına dayandığı çalışmada, veri toplama öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve onam alındı. “Gizliliğin Korunma İlkesi” doğrultusunda katılımcıların kişisel bilgileri alınmadı.

### **3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER**

Çalışmanın sonucunda 523 katılımcıdan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Araştırmada verilerin analizinde örnekleme oluşturan bireylerin tanıtıcı özellikleri için frekans ve yüzde kullanıldı.

Çalışmada kullanılan koronavirüs farkındalık ölçeği puanlarının normal dağılım sergileyip sergilemediği Kolmogrov-Smirnov (K-S) testi, çarpıklık-basıklık katsayıları ve histogram grafikleri ile incelendi. Ölçek alt boyut puanlarına ilişkin K-S testi puanlarının ( $p < 0.05$ ) normal dağılım göstermediği, ölçek alt boyutlarında çarpıklık basıklık katsayılarının +1 aralığının üzerinde olduğu, histogram grafikleri incelendiğinde normalden çarpık dağılımın görülmesi nedeniyle verilerin analizinde non parametrik istatistiklerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Non parametrik istatistiklerden olan Kruskal Wallis H testi için gruplar arası farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi için post hoc testi olmadığından farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi için Mann Whitney U testi kullanıldı.

Koronavirüs farkındalık düzeyi ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyonu Katsayısı kullanıldı. Katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeyleri ile koronavirüse yakalanma konusunda kendini riskli görme durumları arasındaki ilişkide sadece hijyen tedbiri farkındalığı ile  $r_s = -0,11$  düzeyinde negatif, düşük ve anlamlı ilişki değerlendirildi. Bulaşma tedbiri farkındalığı ile koronavirüse yakalanma korkusu arasında ise  $r_s = 0,13$  düzeyinde pozitif, anlamlı ilişki olarak değerlendirildi. Koronavirüs farkındalık düzeyi ile katılımcıların demografik ve salgın süreci ile ilgili bazı sürekli

değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile bulaşma tedbiri farkındalık düzeyi arasında  $r_s=0,22$  düzeyinde pozitif, anlamlı ve düşük düzeyde, güncel gelişmeleri takip farkındalığı ile  $r_s=-0,26$  düzeyinde negatif, düşük ve anlamlı ve hijyen tedbiri farkındalık düzeyi ile  $r_s=-0,09$  düzeyinde negatif ve anlamlı ilişki değerlendirildi (Çizelge 4.18).

### **3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu çalışma, Kastamonu İli Pınarbaşı İlçesi'nde yaşayan 18 yaş üstü bireyler ile sınırlıdır. Örneklem seçimiyle ilgili sınırlılık ikametgâh adresi Pınarbaşı olduğu halde nüfusun çoğunluğu büyük şehirlerde yaşamaktadır. Ancak bu oran resmi kayıtlı olmadığı için bilinmemektedir. Bu nedenle aile hekimliği tabanlı değil toplum tabanlı örneklem seçimi yapılmıştır. Ayrıca katılımcılara maske kullanımının doğruluğunu ölçmek için sorulan görsel sorunun, katılımcılara uygun seçilememiş olma ihtimali, çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Çalışmadaki veriler kişilerin kendi beyanlarına dayanmaktadır.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Pınarbaşı ilçesi'nde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin COVID-19'a yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları altı bölümde sunulmuştur.

1. Katılımcıların Demografik Özellikleri
2. Katılımcıların Salgın Sürecine Ait Özellikleri
3. Katılımcıların Koronavirüs Farkındalık Düzeyleri
4. Katılımcıların Koronavirüs Farkındalığı Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması
5. Katılımcıların Koronavirüs Farkındalığı Düzeylerinin Sosyal İlişkilere ve Sosyal Ortama Göre Karşılaştırılması
6. Katılımcıların Koronavirüs Farkındalığı Düzeylerinin Bilgi ve Korunmaya Yönelik Davranışlara Göre Karşılaştırılması

#### 4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların yaş ortalaması  $45,55 \pm 17,83$ 'tür. Katılımcıların %11,5'inin 18-24 yaş arası, %22'si 25-34 yaş arası, %16,8'i 35-44 yaş arası, %14,9'u 45-54 yaş arası, %17,4'ü 55-64 yaş arası ve %17,4'ü 65 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların %47,2'sinin kadın, %52,8'inin erkek olduğu; %36,7'sinin bekâr, %66,3'ünün evli olduğu, öğrenim durumu değişkeni bakımından çoğunluğun %30,2 ile ilkökul mezunu, sırasıyla %22,4 oranıyla lise ve üniversite mezunu olduğu, %14,3'ünün ortaokul, %6,3'ünün okuryazar olmadığı ve %4,4'ünün ise okuryazar olduğu görülmektedir. Meslek değişkeni bakımından katılımcıların %23,1'i ev hanımı, %19,9'u emekli, %17,4'ü işçi, %11,9'u memur, %8,2'si esnaf, %6,7'si sağlık çalışanı ve %4'ü öğrencidir. Katılımcıların %59,8'i ilçede, %40,2'si belde ve

köylerde ikamet etmektedir. Katılımcıların %38,8'i ailesiyle, %35,6'sı eşiyile, %23,5'i yalnız ve %2,1'i çocuklarıyla yaşamaktadır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikler değişkenine ait dağılımı (n=523).

	<b>Değişken</b>	<b>Alt Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Demografik Özellikler</b>	<b>Yaş</b>	18-24 yaş arası	60	11,5
		25-34 yaş arası	115	22
		35-44 yaş arası	88	16,8
		45-54 yaş arası	78	14,9
		55-64 yaş arası	91	17,4
		65 yaş ve üstü	91	17,4
		(N=523 için) Ort + SS = 45,55 ± 17,83		
	<b>Cinsiyet</b>	Kadın	247	47,2
		Erkek	276	52,8
	<b>Medeni Durum</b>	Bekâr	192	36,7
Evli		331	63,3	
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	33	6,3	
	Okuryazar	23	4,4	
	İlkokul	158	30,2	
	Ortaokul	75	14,3	
	Lise	117	22,4	
	Üniversite ve üstü	117	22,4	
<b>Meslek</b>	Memur	62	11,9	
	Sağlık çalışanı	35	6,7	
	Esnaf	43	8,2	
	İşçi	91	17,4	
	Çiftçi	46	8,8	
	Emekli	104	19,9	
	Öğrenci	21	4	
	Ev hanımı	121	23,1	
<b>Sürekli İkamet Yeri</b>	Köy- belde	210	40,2	
	İlçe	313	59,8	
<b>Evde Kiminle Yaşadığı</b>	Yalnız	123	23,5	
	Eşimle	186	35,6	
	Çocuklarımla	11	2,1	
	Ailemle	203	38,8	

#### 4.2. KATILIMCILARIN SALGIN SÜRECİNE AİT ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların salgın sürecine ilişkin özellikleri incelendiğinde; %47,8'inin çalışmadığı, %25,4'ünün kamu sektöründe, %13,4'lük bir oranlarının da özel sektör

ve kendi işinde çalıştıkları görülmektedir. Salgın sırasında işe gitme durumunda değişiklik ile ilgili değişkeninde %24,9'unun aynı düzende çalıştığı, %14,5'inin mesaisinde azalma olduğu, %9,8'inin mesaisinde artma olduğu, %1,9'unun uzaktan çalıştığı, %1,5'inin işsiz kaldığı görülmektedir. Salgın sırasında akrabalarla hangi sıklıkta görüşüldüğü değişkenine ilişkin olarak katılımcıların %48,6'sının görüşmediği, %36,3'ünün ayda bir görüştüğü, %9,9'unun haftada bir gün görüştüğü, %5,2'sinin her %28,7'si gün görüştüğü görülmektedir. Katılımcılar %28,7'si açık hava/bahçelerde, %22,4'ü ev ortamında akrabaları ile görüşmektedir. Koronavirüs ile ilgili bilgileri katılımcılar çoğunlukla TV'den (%87,4), sosyal medyadan (%61,2), ev halkı ve yakın çevreden (%21,8) öğrenmektedir. Katılımcıların %75,5'i koronavirüs tanısı almamıştır. Katılımcıların %39,4'ü her gün, %31,4'ü 3-4 saat aralıkla, %19,7'si kirlenme, yırtılma ya da nemlendiğinde; %9,6'sı haftada bir kez maske değişimi yapmaktadır. Katılımcıların koronavirüsten korunma önlemi olarak %97,5'inin ellerini sık sık yıkadığı, %90,8'inin kolonya ve dezenfektan kullandığı, %89,7'sinin maske kullandığı, %83,9'unun sosyal mesafeye uyduğu görülmektedir. Katılımcıların %93,9'unun maskeyi doğru kullandığı, %6,1'inin yanlış kullandığı görülmektedir. Katılımcıların koronavirüse yakalanma konusunda kendini riskli görmeye ilişkin ortalamaları  $5,41 \pm 3,30$ ; koronavirüse yakalanma korkusuna ilişkin ortalamaları  $5,02 \pm 3,55$  olduğu görülmektedir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Katılımcıların salgın sürecine yönelik değişkenlerin dağılımı (n=523).

Değişken	Alt Değişkenler	n	%
<b>Salgın sırasında çalışılan sektör</b>	Kamu	133	25,4
	Özel sektör	70	13,4
	Kendi işi	70	13,4
	Çalışmıyor	250	47,8
<b>Salgın sırasında işe gitme durumu ile ilgili değişiklik</b>	Uzaktan çalıştım	10	1,9
	Mesai saatlerinde azalma oldu	76	14,5
	Mesai saatlerinde artma oldu	51	9,8
	Aynı düzende çalıştım	130	24,9
	İşsiz kaldım	8	1,5
	Emekli / çalışmıyorum	248	47,4

Çizelge 4.2. (devam ediyor).

<b>Salgın sırasında akrabalar ile hangi sıklıkla görüştüğü</b>	Her gün	27	5,2
	Haftada bir	52	9,9
	Ayda bir	190	36,3
	Görüşmüyor	254	48,6
<b>Salgın döneminde nerede görüştüğü</b>	Ev ortamı	117	22,4
	Açık hava/bahçe	150	28,7
	Görüşmüyor	256	48,9
<b>Koronavirüs ile ilgili bilgileri nereden aldığı*</b>	Televizyon	457	87,4
	Sosyal medya	320	61,2
	Sağlık çalışanı	95	18,2
	Gazete/dergi	59	11,3
	Ev halkı/yakın çevre	114	21,8
	İş yeri eğitimleri	36	6,9
<b>Koronavirüs tanısı alma durumu</b>	Evet	128	24,5
	Hayır	395	75,5
<b>Maskenin hangi sıklıkla değiştirildiği</b>	Kirlenir/nemlenir/yırtılırsa	103	19,7
	3-4 saat aralıkla	164	31,4
	Her gün	206	39,4
	Haftalık	50	9,6
<b>Koronavirüsten korunmaya yönelik alınan önlemler*</b>	Ellerimi sık sık yıkarım	510	97,5
	Kolonya / dezenfektan kullanırım	475	90,8
	Maske kullanırım	469	89,7
	Kıyafetleri havalandırırım	314	60
	Dışarıdan gelen paketleri dezenfekte ederim	254	48,6
	Dışarıda eldiven kullanırım	142	27,2
	Ek besin / bitkisel vitamin takviyesi alırım	165	31,5
	Sosyal mesafeye dikkat ederim	439	83,9
<b>Maske doğru kullanım bilgisi</b>	Doğru	491	93,9
	Yanlış	32	6,1
<b>Koronavirüse yakalanma konusunda kendini riskli görme</b>	(N=523 için) Ort $\pm$ SS = 5,41 $\pm$ 3,30		
<b>Koronavirüse yakalanma korkusu</b>	(N=523 için) Ort $\pm$ SS = 5,02 $\pm$ 3,55		

\*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.



### 4.3. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIK DÜZEYLERİ

Katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeyleri incelendiğinde; “bulaşma tedbiri farkındalığı (BTF)” alt boyutu ortalamasının  $40,19 \pm 5,88$  olduğu ve bu puanın “her zaman” aralığına karşılık geldiği görülmektedir. Bu alt boyuttan alınan en yüksek puanın 45 olduğu düşünüldüğünde katılımcıların koronavirüs farkındalığına ilişkin bulaşma farkındalığı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Koronavirüs farkındalık düzeyleri.

	n	Min.	Max.	Ort $\pm$ SS	Aralık Değeri
<b>1. Alt Boyut: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	523	14	45	$40,19 \pm 5,88$	Her zaman
<b>2. Alt Boyut: Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	523	4	20	$14,79 \pm 4,59$	Genellikle
<b>3. Alt Boyut: Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	523	4	20	$14,02 \pm 4,09$	Genellikle

İkinci alt boyut olan “güncel gelişmeleri takip farkındalığı (GGTF)” alt boyutu ortalamasının  $14,79 \pm 4,59$  olduğu ve üçüncü alt boyut olan “hijyen tedbiri farkındalığı (HTF)” alt boyutu ortalamasının  $14,02 \pm 4,09$  olduğu ve iki alt boyut ortalamalarının da “genellikle” aralığına karşılık geldiği görülmektedir. İki ve üçüncü alt boyuttan alınan en yüksek puanın 20 olduğu düşünüldüğünde güncel gelişmeleri takip ve hijyen tedbiri farkındalığının ortalama değerinin üzerinde yani yüksek olduğu söylenebilir (Çizelge 4.3).

### 4.4. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIĞI DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeyinin yaş gruplarına göre farklılaştığı görülmektedir (bulaşma tedbiri farkındalığı  $H=35,912$ ;  $p<0,05$ ; güncel gelişmeleri takip farkındalığı  $H=40,913$ ;  $p<0,05$ ; hijyen tedbiri farkındalığı  $H=16,537$ ;  $p<0,05$ ). Farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre

bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda 55-64 yaş aralığında olanların 18-24 yaş aralığında olanlara göre ve 45-54; 55-64 ve 65 yaş ve üstü grupta olan katılımcıların 25-34 yaş arası katılımcılara göre bulaşma tedbiri farkındalığı daha yüksektir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Koronavirüs farkındalık düzeyinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Yaş	n	Ort ± SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	18-24 Yaş Arası	60	39,03 ± 7,02	35,912	<b>0,000*</b>	<b>5&gt;1**</b> <b>4,5,6&gt;2**</b>
	25-34 Yaş Arası	115	37,91 ± 6,79			
	35-44 Yaş Arası	88	39,62 ± 6,00			
	45-54 Yaş Arası	78	41,21 ± 5,19			
	55-64 Yaş Arası	91	41,98 ± 3,66			
	65 Yaş ve Üstü	91	41,73 ± 4,90			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	18-24 Yaş Arası	60	16,26 ± 3,72	40,913	<b>0,000*</b>	<b>1,2,3&gt;5,6**</b> <b>4&gt;6**</b>
	25-34 Yaş Arası	115	15,65 ± 3,84			
	35-44 Yaş Arası	88	16,30 ± 3,85			
	45-54 Yaş Arası	78	14,89 ± 4,46			
	55-64 Yaş Arası	91	13,06 ± 4,76			
	65 Yaş ve Üstü	91	12,93 ± 5,41			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	18-24 Yaş Arası	60	15,25 ± 4,02	16,537	<b>0,005*</b>	<b>3&gt;5**</b>
	25-34 Yaş Arası	115	13,74 ± 4,44			
	35-44 Yaş Arası	88	15,17 ± 4,11			
	45-54 Yaş Arası	78	14,74 ± 3,80			
	55-64 Yaş Arası	91	13,41 ± 3,73			
	65 Yaş ve Üstü	91	14,18 ± 4,04			

\* Kruskal Wallis H Testi,  $p < 0,05$  \*\* Mann Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre 18-24 yaş; 25-34 yaş; 35-44 yaş arası katılımcıların farkındalık düzeylerinin 55-64 ve 65 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda da 35-44 yaş arası katılımcıların 55-64 yaş arası katılımcılara göre farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.4).

Koronavirüs farkındalık düzeyinin cinsiyete göre karşılaştırılmasına bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $Z = -1,014$ ;  $p > 0,05$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $Z = -1,696$ ;  $p > 0,05$ ) ve hijyen tedbirleri farkındalığı ( $Z = -0,447$ ;  $p > 0,05$ ) alt boyutlarının hiçbirinde farklılaşmadığı görülmektedir. Koronavirüs farkındalığı bakımından kadın ve erkek katılımcıların benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Koronavirüs farkındalık düzeyinin cinsiyete göre karşılaştırılması.

<b>Koronavirüs Farkındalık Ölçeği</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Kadın	247	40,36 ± 5,82	-1,014	0,311
	Erkek	276	40,04 ± 5,94		
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Kadın	192	14,41 ± 4,71	-1,696	0,090
	Erkek	331	15,13 ± 4,46		
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Kadın	210	14,45 ± 3,93	-0,447	0,655
	Erkek	313	14,21 ± 4,24		

\* Mann Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Farkındalık düzeyinin medeni duruma göre karşılaştırılmasında ise evli ve bekar katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $Z = -1,983$ ;  $p < 0,05$ ) ve güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $Z = -2,204$ ;  $p < 0,05$ ) alt boyutlarında farklılaşırken; hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda ( $Z = -1,693$ ;  $p > 0,05$ ) farklılaşmadığı görülmektedir. Bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda evli katılımcıların bekâr katılımcılara göre daha yüksek farkındalık düzeyine sahip olduğu görülür iken, güncel gelişmeleri takip farkındalığında ise bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir. Buna göre bulaşma tedbiri farkındalığı ve güncel gelişmeleri takip farkındalığı üzerinde medeni durum değişkeninin etkili bir değişken olduğu söylenebilir (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Koronavirüs farkındalık düzeyinin medeni duruma göre karşılaştırılması.

<b>Koronavirüs Farkındalık Ölçeği</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Bekâr	192	39,34 ± 6,56	-1,983	<b>0,047*</b>
	Evli	331	40,68 ± 5,40		
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Bekâr	192	15,39 ± 4,27	-2,404	<b>0,016*</b>
	Evli	331	14,45 ± 4,66		
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Bekâr	192	14,57 ± 4,49	-1,693	0,091
	Evli	331	14,18 ± 3,85		

\* Mann Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Sürekli ikamet yerine göre bakıldığında köy-belde ve ilçede ikamet eden katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $Z = -$

4,356;  $p<0,05$ ) ve güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $Z=-3,237$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarında farklılaşırken; hijyen tedbirleri farkındalığı alt boyutunda ( $Z=-0,703$ ;  $p>0,05$ ) farklılaşmadığı görülmektedir. Bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda köy ve belde yaşayan katılımcıların, ilçede ikamet eden katılımcılara göre daha farkındalık düzeyleri daha yüksek iken, güncel gelişmeleri takip farkındalığında ise ilçede ikamet eden katılımcıların köy ve belde ikamet eden katılımcılara göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Koronavirüs farkındalık düzeyinin sürekli ikamet yerine göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	İkamet Yeri	n	Ort $\pm$ SS	Z	p
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Köy- belde	210	41,68 $\pm$ 4,37	-4,356	<b>0,000*</b>
	İlçe	313	39,20 $\pm$ 6,52		
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Köy- belde	210	13,95 $\pm$ 4,90	-3,237	<b>0,001*</b>
	İlçe	313	15,36 $\pm$ 4,29		
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Köy- belde	210	14,57 $\pm$ 3,79	-0,703	0,482
	İlçe	313	14,15 $\pm$ 4,28		

\* *Mann Whitney U Testi,  $p<0,05$*

Farklı öğrenim durumuna sahip katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeyleri incelendiğinde bulaşma tedbiri farkındalığı ( $H=41,375$ ;  $p<0,05$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $H=70,053$ ;  $p<0,05$ ) ve hijyen tedbiri farkındalığı ( $H=48,120$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarında farklılaştığı görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda okuryazar olmayan ( $Z=-3,563$ ;  $p<0,05$ ) ve okuryazar olanların ( $Z=-3,346$ ;  $p<0,05$ ) farkındalık düzeylerinin üniversite ve üstü öğrenim düzeyine sahip olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Yine ilkokul mezunu katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığı puanlarının lise ( $Z=-3,687$ ;  $p<0,05$ ) ve Üniversite ve üstü ( $Z=-5,773$ ;  $p<0,05$ ) mezunlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda çıkan anlamlı farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; üniversite ( $Z=-5,824$ ;  $p<0,05$ ), lise ( $Z=-6,351$ ;  $p<0,05$ ), ortaokul ( $Z=-6,035$ ;  $p<0,05$ ) ve ilkokul ( $Z=-4,636$ ;  $p<0,05$ ) mezunu katılımcıların farkındalık düzeylerinin okuryazar olmayanlardan

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ortaokul ( $Z=-4,139$ ;  $p<0,05$ ), lise ( $Z=-4,264$ ;  $p<0,05$ ) ve üniversite ( $Z=-3,907$ ;  $p<0,05$ ) mezunu katılımcıların farkındalık düzeylerinin okuryazar olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Yine ortaokul ( $Z=-3,586$ ;  $p<0,05$ ) ve lise ( $Z=-3,814$ ;  $p<0,05$ ) mezunu katılımcıların farkındalık düzeylerinin ilkökul mezunu katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda anlamlı çıkan farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; ilkökul, ortaokul ve lise mezunu katılımcıların hijyen tedbirleri farkındalık düzeylerinin okuryazar olmayan ve üniversite ve üstü mezunu katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre koronavirüs farkındalık düzeyi üzerinde öğrenim durumu değişkeninin etkili bir değişken olduğu söylenebilir (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Koronavirüs farkındalık düzeyinin öğrenim durumuna göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Öğrenim Durumu	n	Ort $\pm$ SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Okuryazar değil	33	41,75 $\pm$ 5,44	41,375	<b>0,000*</b>	<b>1,2&gt;6**</b>
	Okuryazar	23	42,21 $\pm$ 4,25			
	İlkokul	158	41,98 $\pm$ 4,34			
	Ortaokul	75	39,68 $\pm$ 6,42			
	Lise	117	39,43 $\pm$ 5,85			
	Üniversite ve üstü	117	38,03 $\pm$ 6,83			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Okuryazar değil	33	9,57 $\pm$ 4,65	70,053	<b>0,000*</b>	<b>1&lt;3,4,5,6**</b>
	Okuryazar	23	11,00 $\pm$ 5,22			
	İlkokul	158	14,12 $\pm$ 4,60			
	Ortaokul	75	16,25 $\pm$ 3,96			
	Lise	117	16,17 $\pm$ 3,82			
	Üniversite ve üstü	117	15,62 $\pm$ 3,91			

Çizelge 4.8. (devam ediyor).

	Okuryazar değil	33	12,27 ± 3,58	48,120	<b>0,000*</b>	<b>3,4,5&gt;1,6**</b>
	Okuryazar	23	13,13 ± 3,42			
<b>Hijyen</b>	İlkokul	158	14,44 ± 3,68			
<b>Tedbiri</b>	Ortaokul	75	15,70 ± 3,97			
<b>Farkındalığı</b>	Lise	117	15,61 ± 3,86			
	Üniversite ve üstü	117	12,81 ± 4,44			

\* *Kruskall Wallis H Testi, p<0,05* \*\* *Mann Whitney U Testi, p<0,05*

Farklı meslek grubundaki katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerine bakıldığında bulaşma tedbiri farkındalığı (H=59,353; p<0,05), güncel gelişmeleri takip farkındalığı (H=51,411; p<0,05) ve hijyen tedbiri farkındalığı (H=52,467; p<0,05) alt boyutlarında farklılaştığı görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda ev hanımlarının bulaşma tedbiri farkındalık düzeylerinin memur (Z=-4,973; p<0,05), sağlık çalışanı (Z=-5,950; p<0,05) ve işçilerden (Z=-5,079; p<0,05) yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanı katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığı puanlarının çiftçi (Z=-2,874; p<0,05), emekli (Z=-4,566; p<0,05) ve öğrenci (Z=-2,831; p<0,05) olan katılımcılarda anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Emekli olan katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalıklarının da işçi meslek grubundaki katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır (Z=-3,064; p<0,05). Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda çıkan anlamlı farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; ev hanımlarının güncel gelişmeleri takip farkındalık düzeylerinin diğer tüm meslek grubu katılımcıların farkındalık düzeylerinden düşük olduğu saptanmıştır. Çiftçi meslek grubu katılımcıların farkındalık düzeylerinin emekli grubundan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Z=-2,548; p<0,05). Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda anlamlı çıkan farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; çiftçi grubunun, memur (Z=-5,592; p<0,05), sağlık çalışanı (Z=-4,834; p<0,05) ve işçi (Z=-3,243; p<0,05) grubundan; emekli (Z=-4,002; p<0,05) ve ev hanımı (Z=-5,856; p<0,05) grubunun hijyen tedbiri

farkındalığının ise çiftçi grubundan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Koronavirüs farkındalık düzeyinin mesleğe göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Meslek	n	Ort $\pm$ SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Memur	62	38,56 $\pm$ 6,81	59,353	<b>0,000*</b>	<b>8&gt;1,2,4**</b>
	Sağlık çalışanı	35	35,51 $\pm$ 7,01			
	Esnaf	43	39,97 $\pm$ 6,17			
	İşçi	91	38,32 $\pm$ 7,21			
	Çiftçi	46	40,10 $\pm$ 4,53			
	Emekli	104	41,38 $\pm$ 4,26			
	Öğrenci	21	40,90 $\pm$ 5,06			
	Ev hanımı	121	42,76 $\pm$ 3,83			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Memur	62	15,20 $\pm$ 4,23	51,411	<b>0,000*</b>	<b>1,2,3,4,5,6,7&gt;8**</b>
	Sağlık çalışanı	35	15,42 $\pm$ 4,14			
	Esnaf	43	15,62 $\pm$ 4,11			
	İşçi	91	15,71 $\pm$ 4,30			
	Çiftçi	46	16,93 $\pm$ 3,12			
	Emekli	104	14,76 $\pm$ 4,67			
	Öğrenci	21	16,80 $\pm$ 3,48			
	Ev hanımı	121	12,28 $\pm$ 4,86			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Memur	62	12,88 $\pm$ 4,11	52,467	<b>0,000*</b>	<b>5&gt;1,2,4**</b>
	Sağlık çalışanı	35	11,77 $\pm$ 5,08			
	Esnaf	43	15,06 $\pm$ 3,71			
	İşçi	91	14,79 $\pm$ 4,40			
	Çiftçi	46	17,17 $\pm$ 2,84			
	Emekli	104	14,63 $\pm$ 3,86			
	Öğrenci	21	14,95 $\pm$ 4,09			
	Ev hanımı	121	13,73 $\pm$ 3,48			

\* Kruskal Wallis H Testi,  $p<0,05$  \*\* Mann Whitney U Testi,  $p<0,05$

Katılımcıların evlerinde kiminle yaşadığı değişkenine göre koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı (H=5,318;  $p>0,05$ ) ve güncel gelişmeleri takip farkındalığı (H=4,220;  $p>0,05$ ) alt boyutlarında farklılaşma bulunmazken, hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda (H=13,569;  $p<0,05$ ) alt boyutunda farklılaştığı görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; yalnız (Z=-2,372;  $p<0,05$ ) ve eşiyile (Z=-3,540;  $p<0,05$ ) yaşayan katılımcıların ailesiyle yaşayanlara göre hijyen tedbiri farkındalığının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Koronavirüs farkındalık düzeyinin evde kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Kiminle Yaşadığı	n	Ort ± SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Yalnız	123	39,32 ± 6,63	5,318	0,150	-
	Eşimle	186	41,00 ± 5,10			
	Çocuklarımla	11	40,72 ± 7,34			
	Ailemle	203	40,19 ± 5,88			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Yalnız	123	15,21 ± 4,80	4,220	0,239	-
	Eşimle	186	14,71 ± 4,86			
	Çocuklarımla	11	13,27 ± 4,58			
	Ailemle	203	14,70 ± 4,20			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Yalnız	203	14,56 ± 4,55	13,569	<b>0,004*</b>	<b>1,2&gt;4**</b>
	Eşimle	123	15,05 ± 3,70			
	Çocuklarımla	186	13,27 ± 5,42			
	Ailemle	203	13,57 ± 3,95			

\* Kruskal Wallis H Testi,  $p<0,05$  \*\* Mann Whitney U Testi,  $p<0,05$

#### 4.5. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIĞI DÜZEYLERİNİN SOSYAL İLİŞKİLERE VE SOSYAL ORTAMA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Farklı sektörlerde çalışan/çalışmayan katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $H=56,422$ ;  $p<0,05$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $H=39,463$ ;  $p<0,05$ ) ve hijyen tedbiri farkındalığı ( $H=72,384$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarında farklılaştığı görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda özel sektör ( $Z=-3,484$ ;  $p<0,05$ ), kendi işi ( $Z=-2,548$ ;  $p<0,05$ ) ve çalışmayan gruptaki ( $Z=-7,390$ ;  $p<0,05$ ) katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalık düzeylerinin kamuda çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmayan gruptaki katılımcıların farkındalık düzeylerinin kendi işini yapan gruptakilerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $Z=3,207$ ;  $p<0,05$ ). Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda kendi işi ( $Z=-3,137$ ;  $p<0,05$ ) ve



özel sektörde ( $Z=-2,643$ ;  $p<0,05$ ) çalışan katılımcıların kamuda çalışanlara göre farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca özel sektör ( $Z=-4,608$ ;  $p<0,05$ ) ve kendi işinde ( $Z=-5,106$ ;  $p<0,05$ ) çalışan katılımcıların güncel gelişmeleri farkındalık düzeyleri çalışmayan gruptaki katılımcılardan daha yüksektir. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda özel sektör ( $Z=-5,558$ ;  $p<0,05$ ), kendi işi ( $Z=-7,157$ ;  $p<0,05$ ) ve çalışmayan ( $Z=3,949$ ;  $p<0,05$ ) gruptaki katılımcıların kamuda çalışanlara göre farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca özel sektör ve kendi işinde çalışan gruptaki katılımcıların hijyen tedbirleri farkındalıkları çalışmayan gruptakilere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında çalışılan sektöre göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Çalışılan Sektör	n	Ort $\pm$ SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Kamu	133	36,93 $\pm$ 7,43	56,422	<b>0,000*</b>	<b>2,3,4&gt;1**</b>
	Özel sektör	70	40,34 $\pm$ 5,67			<b>4&gt;3**</b>
	Kendi işi	70	39,84 $\pm$ 5,05			
	Çalışmıyor	250	41,98 $\pm$ 4,28			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Kamu	133	14,84 $\pm$ 4,48	39,463	<b>0,000*</b>	<b>3,2&gt;1**</b>
	Özel sektör	70	16,65 $\pm$ 3,38			<b>2,3&gt;4**</b>
	Kendi işi	70	17,00 $\pm$ 3,07			
	Çalışmıyor	250	13,63 $\pm$ 4,91			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Kamu	133	12,34 $\pm$ 4,42	72,384	<b>0,000*</b>	<b>2,3,4&gt;1**</b>
	Özel sektör	70	15,98 $\pm$ 3,81			<b>2,3&gt;4**</b>
	Kendi işi	70	16,84 $\pm$ 2,99			
	Çalışmıyor	250	14,21 $\pm$ 4,09			

\* Kruskal Wallis H Testi,  $p<0,05$  \*\* Mann Whitney U Testi,  $p<0,05$

Salgın sırasında işe gitme durumundaki değişiklik değişkenine göre koronavirüs farkındalık düzeyinin farklılaştığı görülmektedir (bulaşma tedbiri farkındalığı  $H=52,015$ ;  $p<0,05$ ; güncel gelişmeleri takip farkındalığı  $H=52,057$ ;  $p<0,05$  ve hijyen tedbirleri farkındalığı  $H=42,931$ ;  $p<0,05$ ). Farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan

Mann Whitney U testi sonucuna göre bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda emekli/çalışmayan katılımcıların mesai saatinde azalma olan ( $Z=-4,068$ ;  $p<0,05$ ) ve aynı düzende çalışan ( $Z=-3,746$ ;  $p<0,05$ ) gruplardan anlamlı şekilde farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı düzende çalışan, işsiz kalan ve emekli/çalışmayan grup farkındalık düzeylerinin mesai saatleri artan gruptan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda uzaktan çalışan grup katılımcılarının emekli/çalışmayan gruba göre farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır ( $Z=-2,641$ ;  $p<0,05$ ). Ayrıca aynı düzende çalışan grubun güncel gelişmeleri takip farkındalık düzeylerinin mesai saatinde artma olan, azalma olan ve emekli/çalışmayan gruptan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda aynı düzende çalışan katılımcıların hijyen tedbirleri farkındalık düzeylerinin mesai saatinde artma olan, azalma olan ve emekli/çalışmayan gruptan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında işe gitme durumundaki değişikliğe göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Salgın Sırasında İşe Gitme Durumu	n	Ort ± SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Uzaktan çalıştım	10	37,50 ± 6,62	52,015	<b>0,000*</b>	<b>6&gt;2,4**</b>
	Mesai saatinde azalma oldu	76	38,64 ± 7,28			<b>4,5,6&gt;3**</b>
	Mesai saatinde artma oldu	51	35,27 ± 7,66			
	Aynı düzende çalıştım	130	39,79 ± 5,41			
	İşsiz kaldım	8	42,12 ± 3,87			
	Emekli / çalışmıyorum	248	41,94 ± 4,03			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Uzaktan çalıştım	10	17,70 ± 2,94	52,057	<b>0,000*</b>	<b>1&gt;6**</b>
	Mesai saatinde azalma oldu	76	14,60 ± 4,64			<b>4&gt;2,3,6**</b>
	Mesai saatinde artma oldu	51	14,78 ± 4,23			
	Aynı düzende çalıştım	130	16,99 ± 3,15			
	İşsiz kaldım	8	17,12 ± 3,27			
	Emekli / çalışmıyorum	248	13,51 ± 4,89			

Çizelge 4.12. (devam ediyor).

<b>Hijyen Tebiri Farkındalığı</b>	Uzaktan çalıştım	10	15,00 ± 4,26	42,931	<b>0,000*</b>	<b>4&gt;2,3,6**</b>
	Mesai saatinde azalma oldu	76	13,27 ± 4,27			
	Mesai saatinde artma oldu	51	12,35 ± 5,03			
	Aynı düzende çalıştım	130	16,09 ± 3,70			
	İşsiz kaldım	8	13,62 ± 5,06			
	Emekli / çalışmıyorum	248	14,12 ± 3,65			

\* *Kruskall Wallis H Testi, p<0,05* \*\* *Mann Whitney U Testi, p<0,05*

Salgın sırasında akrabalarıyla farklı sıklıkta görüşen katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı (H=11,891; p<0,05) ve hijyen tedbiri farkındalığı (H=24,489; p<0,05) alt boyutlarında farklılaştığı, güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda ise (H=5,000; p>0,05) farklılaşma olmadığı görülmektedir. Bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutundaki farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; akrabalarıyla görüşmeyen katılımcıların her gün görüşen katılımcılara göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir (Z=-2,097; p<0,05). Ayrıca akrabalarıyla görüşmeyen ve ayda bir görüşen katılımcıların haftada bir görüşen katılımcılara göre bulaşma tedbiri farkındalığı daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda akrabalarıyla görüşmeyen katılımcıların, diğer grupların (her gün, haftada bir, ayda bir görüşen) hijyen tedbiri farkındalıklarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. (devam ediyor). Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında akrabalarla görüşme sıklığına göre karşılaştırılması.

<b>Koronavirüs Farkındalık Ölçeği</b>	<b>Akrabalarla Görüşme Sıklığı</b>	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>H</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Bulaşma Tebiri Farkındalığı</b>	Her gün	27	36,40 ± 10,10	11,891	<b>0,008*</b>	<b>4&gt;1**</b>
	Haftada bir	52	39,09 ± 5,65			<b>4,3&gt;2**</b>
	Ayda bir	190	40,25 ± 5,75			
	Görüşmüyor	254	40,77 ± 5,25			

Çizelge 4.13. (devam ediyor).

<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Her gün	27	13,33 ± 5,64	5,000	0,172	-
	Haftada bir	52	14,38 ± 4,54			
	Ayda bir	190	14,60 ± 4,57			
	Görüşmüyor	254	15,18 ± 4,48			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Her gün	27	12,29 ± 4,41	24,489	<b>0,000*</b>	<b>4&gt;1,2,3**</b>
	Haftada bir	52	13,17 ± 4,34			
	Ayda bir	190	13,83 ± 3,87			
	Görüşmüyor	254	15,14 ± 4,00			

\* *Kruskall Wallis H Testi*,  $p<0,05$  \*\* *Mann Whitney U Testi*,  $p<0,05$

Akrabalarıyla görüşme yerine ilişkin katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $H=9,471$ ;  $p<0,05$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $H=24,616$ ;  $p<0,05$ ) ve hijyen tedbiri farkındalığı ( $H=47,361$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarında farklılaştığı görülmektedir. Bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutundaki farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; görüşme yapmayan katılımcıların, ev ortamında görüşme yapan katılımcılara göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir ( $Z=-2,955$ ;  $p<0,05$ ). Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutunda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre görüşme yapmayan ( $Z=-4,511$ ;  $p<0,05$ ) ve açık havada ( $Z=-4,423$ ;  $p<0,05$ ) görüşen katılımcıların farkındalık düzeyleri ev ortamında görüşenlere göre daha yüksektir. Hijyen tedbirleri farkındalığı alt boyutunda açık havada görüşen ( $Z=-4,896$ ;  $p<0,05$ ) ve görüşme yapmayan ( $Z=-6,744$ ) katılımcıların hijyen tedbirleri farkındalık düzeyleri ev ortamında görüşme yapanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14. Koronavirüs farkındalık düzeyinin salgın sırasında görüşme yerine göre karşılaştırılması.

<b>Koronavirüs Farkındalık Ölçeği</b>	<b>Görüşme Yeri</b>	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>H</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Ev ortamı	117	38,42 ± 7,87	9,471	<b>0,009*</b>	<b>3&gt;1**</b>
	Açık hava/bahçe	150	40,34 ± 5,11			
	Görüşmüyor	256	40,92 ± 5,10			

Çizelge 4.14. (devam ediyor).

<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Ev ortamı	117	12,82 ± 4,98	24,616	<b>0,000*</b>	<b>3,2&gt;1**</b>
	Açık hava/bahçe	150	15,52 ± 4,12			
	Görüşmüyor	256	15,27 ± 4,43			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Ev ortamı	117	12,07 ± 3,99	47,361	<b>0,000*</b>	<b>3,2&gt;1**</b>
	Açık hava/bahçe	150	14,59 ± 3,76			
	Görüşmüyor	256	15,19 ± 3,96			

\* *Kruskall Wallis H Testi, p<0,05* \*\* *Mann Whitney U Testi, p<0,05*

#### 4.6. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS FARKINDALIĞI DÜZEYLERİNİN BİLGİ VE KORUNMAYA YÖNELİK DAVRANIŞLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Koronavirüs tanısı alma durumuna göre katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $Z=-1,277$ ;  $p>>0,05$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $Z=-0,918$ ;  $p<0,05$ ) ve hijyen tedbiri farkındalığı ( $Z=-0,222$ ;  $p>0,05$ ) alt boyutlarının hiçbirinde farklılaşmadığı görülmektedir. Buna göre bulaşma koronavirüs tanısı alan ve almayan katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin benzer olduğu ve koronavirüs farkındalık düzeyi üzerinde tanı almanın etkili bir değişken olmadığı söylenebilir (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Koronavirüs farkındalık düzeyinin koronavirüs tanısı alma durumuna göre karşılaştırılması.

<b>Koronavirüs Farkındalık Ölçeği</b>	<b>Koronavirüs Tanısı Alma</b>	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Evet	128	40,66 ± 5,49	-1,277	0,202
	Hayır	395	40,04 ± 6,00		
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Evet	128	15,19 ± 4,31	-0,918	0,358
	Hayır	395	14,66 ± 4,68		
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Evet	128	14,42 ± 4,20	-0,222	0,824
	Hayır	395	14,29 ± 4,06		

\* *Mann Whitney U Testi, p<0,05*

Maske kullanım sıklığına bakıldığında katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı (H=7,327; p>0,05) alt boyutunda anlamlı farklılaşma bulunmazken, güncel gelişmeleri takip farkındalığı (H=48,124; p<0,05) ve hijyen tedbiri farkındalığı (H=60,875; p<0,05) alt boyutlarının farklılaştığı görülmektedir. Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutundaki farklılaşmanın kaynağına ilişkin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre; maskesini kirlendiği, nemlendiği veya yırtıldığında değiştiren katılımcıların her gün (Z=-4,279; p<0,05) ve her hafta (Z=-5,032; p<0,05) değiştirenlerden daha yüksek farkındalık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yine 3-4 saat aralıklarla değiştiren katılımcıların farkındalık düzeylerinin her gün (Z=-4,373; p<0,05) ve her hafta (Z=-5,219; p<0,05) değiştirenlerden daha yüksek olduğu; her gün değiştiren katılımcıların haftalık değiştiren katılımcılardan daha yüksek olduğu (Z=-3,315; p<0,05) saptanmıştır. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutundaki farklılaşmanın kaynağına ilişkin Mann Whitney U testi sonucuna göre maskesini kirlendiği, nemlendiği veya yırtıldığında değiştiren katılımcıların her gün (Z=-6,182; p<0,05) ve her hafta (Z=-4,870; p<0,05) değiştirenlerden daha yüksek farkındalık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yine 3-4 saat aralıklarla değiştiren katılımcıların hijyen tedbirleri farkındalık düzeylerinin her gün (Z=-5,540; p<0,05) ve her hafta (Z=-4,334; p<0,05) değiştirenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Koronavirüs farkındalık düzeyinin maske değiştirme sıklığına göre karşılaştırılması.

Koronavirüs Farkındalık Ölçeği	Maske Değiştirme Sıklığı	n	Ort ± SS	H	p	Fark
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Kirlenir/nemlenir/yırtılırsa	103	39,05 ± 6,79	7,327	0,062	-
	3-4 saat aralıkla	164	39,94 ± 5,87			
	Her gün	206	40,62 ± 5,45			
	Haftalık	50	41,60 ± 5,88			
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Kirlenir/nemlenir/yırtılırsa	103	16,04 ± 4,22	48,124	<b>0,000*</b>	<b>1&gt;3,4**</b>
	3-4 saat aralıkla	164	15,92 ± 4,22			<b>2&gt;3,4**</b>
	Her gün	206	14,11 ± 4,26			<b>3&gt;4**</b>
	Haftalık	50	11,32 ± 5,53			
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Kirlenir/nemlenir/yırtılırsa	103	15,79 ± 4,27	60,875	<b>0,000*</b>	<b>1&gt;3,4**</b>
	3-4 saat aralıkla	164	15,36 ± 4,05			<b>2&gt;3,4**</b>
	Her gün	206	13,22 ± 3,58			
	Haftalık	50	14,32 ± 4,09			

\* Kruskal Wallis H Testi, p<0,05 \*\* Mann Whitney U Testi, p<0,05

Maskeyi doğru ve yanlış kullanan katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin bulaşma tedbiri farkındalığı ( $Z=-2,332$ ;  $p<0,05$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $Z=-3,814$ ;  $p<0,05$ ), hijyen tedbiri farkındalığı ( $Z=-2,669$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarında farklılaştığı görülmektedir. Hijyen tedbiri farkındalığı ve güncel gelişmeleri takip farkındalığında maskeyi doğru kullananların farkındalık düzeylerinin yanlış kullananlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bulaşma tedbiri farkındalığında ise yanlış kullananlar lehine düşük bir anlamlı farklılaşma bulunmuştur (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17. Koronavirüs farkındalık düzeyinin doğru maske kullanımına göre karşılaştırılması.

<b>Koronavirüs Farkındalık Ölçeği</b>	<b>Maske Kullanımı</b>	<b>n</b>	<b>Ort <math>\pm</math> SS</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı</b>	Doğru	491	40,08 $\pm$ 5,88	-2,332	<b>0,020*</b>
	Yanlış	32	41,84 $\pm$ 5,69		
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı</b>	Doğru	491	15,01 $\pm$ 4,47	-3,814	<b>0,000*</b>
	Yanlış	32	11,40 $\pm$ 5,19		
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı</b>	Doğru	491	14,44 $\pm$ 4,09	-2,669	<b>0,008*</b>
	Yanlış	32	12,53 $\pm$ 3,69		

\* *Mann Whitney U Testi,  $p<0,05$*

Koronavirüs farkındalık düzeyi ile katılımcıların demografik ve salgın süreci ile ilgili bazı sürekli değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile bulaşma tedbiri farkındalık düzeyi arasında anlamlı ( $r_s=0,22$ ), güncel gelişmeleri takip farkındalığı ile anlamlı ( $r_s=-0,26$ ) ve hijyen tedbiri farkındalık düzeyi ile anlamlı ( $r_s=-0,09$ ) ilişki saptanmıştır. Buna göre yaş arttıkça katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığında anlamlı bir artış olmaktadır. Ancak yaş arttıkça güncel gelişmeleri takip ve hijyen tedbiri farkındalığında anlamlı bir azalma olmaktadır. Katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeyleri ile koronavirüse yakalanma konusunda kendini riskli görme durumları arasındaki ilişkide sadece hijyen tedbiri farkındalığı ile anlamlı ( $r_s=-0,11$ ) ilişki saptanmıştır. Buna göre hijyen tedbirleri farkındalığı arttıkça, koronavirüs riskinde anlamlı bir düşüş meydana gelmektedir. Bulaşma tedbiri farkındalığı ile koronavirüse yakalanma korkusu arasında anlamlı ( $r_s=0,13$ ) ilişki saptanmıştır (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Koronavirüs farkındalık düzeyi ile sürekli değişkenler arasındaki ilişki.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>Bulaşma Tedbiri Farkındalığı (1)</b>	1,00					
<b>Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı (2)</b>	<b>0,27**</b>	1,00				
<b>Hijyen Tedbiri Farkındalığı (3)</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,67**</b>	1,00			
<b>Yaş (4)</b>	<b>0,22**</b>	<b>-0,26**</b>	<b>-0,09*</b>	1,00		
<b>COVID-19'a Yakalanma Konusunda Kendisini Riskli Görme (5)</b>	-0,03	-0,05	<b>-0,11*</b>	-0,05	1,00	
<b>COVID-19'a Yakalanma Korkusu (6)</b>	<b>0,13**</b>	-0,06	-0,05	<b>0,10*</b>	<b>0,42**</b>	1,00

*Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyonu, \* p<0,05, \*\* p<0,01*



## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA

COVID-19'un Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası düzeyde salgın olarak ilan edilmesiyle beraber, dünya ülkeleriyle paralel şekilde Türkiye'de maske, hijyen, sosyal mesafe kurallarını içeren uygulamalar başlatılmıştır (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> Erişim Tarihi: 01.02.2022). Bunun yanısıra COVID-19 çalışmalarıyla ilgili güncel gelişmelerin takip edilmesi salgın kontrolünde büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda salgınla mücadelede toplumun bilinçlendirilmesi ve farkındalık çalışmaları ön plana çıkmaktadır. Bu çalışma pandemi sürecinde bireylerin farkındalık düzeylerini belirlemeye yönelik olup çalışma bulguları aşağıda belirtilmiş başlıklar doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Katılımcıların Koronavirüs (COVID-19) farkındalık düzeylerinin tartışılması
2. Katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği, ikamet ettiği yer, evde kimlerle yaşadığı) ile Koronavirüs (COVID-19) farkındalık ölçeği alt boyut puanlarına yönelik bulguların tartışılması
3. Katılımcıların sosyal ilişkileri ve sosyal ortamı (salgın sırasında çalışılan sektör, işe gitme durumu ile ilgili değişiklik, akrabalarla görüşme durumu) ile Koronavirüs (COVID-19) farkındalık ölçeği alt boyut puanlarına yönelik bulguların tartışılması
4. Katılımcıların bilgi ve korunmaya yönelik davranışları (hastalık tanısı alma durumu, hastalığa yakalanma risk ve korku durumu, maske doğru kullanımı, maske değiştirme sıklığı) ile Koronavirüs (COVID-19) farkındalık ölçeği alt boyut puanlarına yönelik bulguların tartışılması

## 5.1. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların farkındalık düzeylerinin bulaşma, güncel gelişmeleri takip ve hijyen alt boyutlarında iyi olduğu saptanmıştır. Ancak bulaşma tedbiri farkındalığının (45 puan üzerinden  $40,19 \pm 5,88$  her zaman değer aralığına denk gelmektedir) diğer alt boyutlara (hijyen tedbiri farkındalığı ve güncel gelişmeleri takip farkındalığı) göre farkındalık düzeyinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %97,5'i ellerini yıkadığını, %90,8'i dezenfektan kullandığını, %89,7'si maske kullandığını ve %83,9'u sosyal mesafeye dikkat ettiğini belirtmiştir. Koronavirüse yakalanma korku puanları 5,02 (10 üzerinden) bulunmuştur. Bireylerin hastalığa yaklanmaktan korktukları bu nedenle bulaşma tedbirlerine daha fazla dikkat ettikleri düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre, pandemide bireylerin ellerini sık sık yıkama %90,2 ve dışarı çıkarken maske ya da eldiven kullanma durumları %84,9 oranında artmıştır (Karataş, 2020). Ülkemiz genelinde yayınlanan genelge ile maske takma zorunluluğu getirilmesi gibi koruyucu önlemlere yönelik denetim, yaptırım ve cezaların uygulanması bireylerin bulaşma tedbirine yönelik farkındalığının yüksek olmasına neden olmuş olabilir (<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi-08-09-20> Erişim Tarihi: 10.01.2022). Chen vd.'ne (2020) göre, bireyler arasında oluşan farkındalık ile özellikle hijyen, maske takma ve kişilerarası teması azaltma konularına artan dikkat bir hastalığın yayılmasını yavaşlatmaya yardımcı olabilir denilmiştir. Liu vd. (2021) COVID-19 hakkında halkın farkındalığını araştırmayı ve salgın sırasında kaygı düzeylerini ölçmeyi amaçlayan çalışmada bireylerin çoğunluğunun yüksek düzeyde COVID-19 farkındalığına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca, ciddi şekilde enfekte olmuş bölgedeki katılımcılar, hafif derecede enfekte olmuş bölgedekilere kıyasla salgın sırasında önleme tedbirleri konusunda daha fazla farkındalık sergilemişlerdir.

## 5.2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda yaş arttıkça bulaşma tedbiri farkındalığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır ( $r_s=0,22$ ). 55-64 yaş aralığında olanların 18-24 yaş aralığında olanlara göre bulaşma tedbiri farkındalığı daha iyi bulunmuştur. COVID-19 insandan insana bulaştığı özellikle ileri yaşın bu enfeksiyona duyarlı olduğu ve semptomları ağır yaşadığı, ölüm oranlarının özellikle 65 yaşından sonra arttığı ifade edilmiştir (Deniz ve Kızıarslanoğlu, 2020; Ekici, 2020). Çin’de yapılan bir çalışmada koronavirüse bağlı ölümlerin genel nüfusta %2,3; 70 yaş ve üzerinde %8; 80 yaş ve üzerinde ise %14,8 olarak belirtilmektedir (Wu ve McGoogan, 2020). Bu nedenlerle alınan tedbirler ve kısıtlamalar en çok yaşlılar üzerine yapılmıştır (Demir, 2020). Çalışmamızın aksine Çin’de kentsel-kırsal alanda tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle yapılan kesitsel bir çalışma ve bireylerin yüz maskesi tipi seçimini, tek kullanımlık cerrahi maske takma davranışını ve maske değiştirme süresini ele almıştır. Çalışmada yaşlı bireylerde maske tipi seçiminin doğruluğu ve maske değiştirme süresinin doğruluğu düşük bulunmuştur (Tang vd, 2022). Başka bir çalışmada katılımcıların COVID-19 uygulamalarına (maske takma, el yıkama vb.) bakılmış 18-49 yaş grubunda 60 yaş üstü gruba göre daha iyi uygulama gözlenmiştir (Alahdal vd 2020). Çalışmamızda ileri yaşın farkındalığının yüksek olmasının nedeni kısıtlama ve önlemler konusunda ileri yaş bireylere yoğunlaşılması bu nedenle tedbirlere zorunlu olarak uyum sağladıkları düşünülmektedir. Ayrıca yaş seviyesi arttıkça geçirilen hastalıklar ve bilinçlenmenin arttığı buna bağlı olarak hastalıklara karşı dikkatli olduğu düşünülebilir. Katılımcıların güncel gelişmeleri takip farkındalığı ( $r_s=-0,26$ ) ve hijyen tedbiri farkındalığı ( $r_s=-0,09$ ) düzeyleri yaşın artmasıyla azalmaktadır. 18-24 yaş; 25-34 yaş; 35-44 yaş arası katılımcıların güncel gelişmeleri takip farkındalık düzeylerinin 55-64 ve 65 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların koronavirüsle ilgili bilgileri nereden aldığına yönelik bulgularda televizyon ve sosyal medya’nın diğer bilgi kaynaklarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son yıllarda medya kullanımı artmıştır. Özellikle sosyal ağlar insanların bilgi alışverişi yapmak için kullandıkları alanlara dönüşmüştür. İnsanların acil durumlarda bilgi almak için en çok medya

kaynaklarına başvurdukları bilinmektedir (Al-Surimi vd, 2017). Yaşlılarda teknoloji kullanımının internet ve sosyal medya başta olmak üzere hala düşük olduğu bilinmektedir (Anderson ve Perrin 2017). Çalışmamızda ortaya çıkan sonuçla ilgili gençlerin medya kullanımında daha aktif olduğu bu yüzden güncel gelişmeleri takip farkındalığının yüksek olduğu düşünülmektedir. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutunda ise 35-44 yaş arası katılımcıların 55-64 yaş arası katılımcılara göre farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. İleri yaş katılımcıların fiziksel olarak güçsüzlük yaşayabilmeleri hijyen tedbirlerini almalarında zorluklar yaşatmış olabilir. Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre 2014 yılında yaşlı nüfus içinde banyo yapma/duş almada zorluk yaşayanların oranı %19,1 iken bu oran 2019 yılında %22,1 olmuştur (TUİK 2020a, Erişim Tarihi: 11.02.2022). Ayrıca 35-44 yaş arası katılımcıların çalışma hayatında daha aktif olduğu bu nedenle işe devam konusunda hijyen tedbirlerini almaya özen gösterdikleri düşünülmektedir. Al-Rasheedi vd.'nin (2021) Suudi veya Suudi olmayan yetişkin (17 yaşından büyük) katılımcılarla COVID-19 farkındalığına yönelik yaptıkları kesitsel çalışmada katılımcıların farklı grupları arasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve meslek açısından farklılıklar incelenmiştir. Yaşla ilgili sonuçlarda 20-40 yaş grubundaki katılımcılar, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek farkındalık düzeyi göstermiştir. Bu çalışmanın, çalışmamızın güncel gelişmeleri takip ve hijyen farkındalığı sonuçlarını destekler nitelikte olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda cinsiyet ile farkındalık düzeyleri alt boyutlarının hiçbirinde farklılaşma olmadığı görülmüştür. Çinde vatandaşların salgına tepkisini ölçmek ve enfekte olmamak için uyguladıkları önleyici tedbirleri belirlemek amacıyla çevrimci yapılan çalışmada kadınların hijyen önlemlerini uygulama olasılığı erkeklerden daha yüksek çıkmıştır (Huang vd, 2020). Alahdal vd. (2020) Riyad şehrinde yaşayanlar arasında COVID-19'un farkındalığını, tutumunu ve uygulamasını (el yıkama, maske takma vb.) öğrenmek üzere yaptıkları kesitsel bir çalışmada edilen veriler, erkeklerin farkındalık düzeyinde (%60) kadın katılımcılara (%57) kıyasla hafif bir artış gösterdiğini ortaya koymuştur. COVID-19'a yönelik uygulama söz konusu olduğunda, kadınlar erkeklerden (%80) biraz daha iyi uygulama (%82) göstermiştir. COVID-19 pandemisi sürecinde Türk toplumunun el yıkama konusundaki bilgi ve tutumunu değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere

kıyasla el yıkama hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu ve bunu uygulamaya yansıtığı belirtilmiştir (Kalkan Uğurlu vd,2020). Bizim çalışmamızda kadınlara yönelik bir sonuç elde edilmemiş olsa da yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre kurallara daha fazla uyum sağladığını göstermektedir.

Evli katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalık düzeyi bekâr katılımcılardan yüksek bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (2020) verilerinde yaklaşık her dört haneden birinde en az bir yaşlı birey bulunduğu belirtilmiştir (TUİK 2020a, Erişim Tarihi: 11.02.2022). Yapılan bir çalışmada, COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeyleri incelenmiş, yalnızların evlilere göre daha olumlu davranışa sahip olduğu görülmüştür (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020). Çalışma sonucumuza göre evli katılımcıların yaşadıkları ortamda hassas gruptan (ileri yaşta birey veya çocuk) bireyler bulunabilir bu yüzden bulaşma tedbirlerine daha fazla dikkat ettikleri düşünülebilir. Bekâr katılımcıların evlilere göre güncel gelişmeleri takip farkındalığının daha iyi olduğu görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2020 verilerine göre genç erkek nüfusun %96,1'inin hiç evlenmemiş, genç kadın nüfusun %84,1'inin hiç evlenmemiş olduğu ayrıca genç erkeklerde internet kullanım oranının %95,0; genç kadınlarda %91,0 olduğu sonuçları bulunmuştur (TUİK 2020b, Erişim Tarihi: 12.02.2022). Türkiye'de genç nüfus, toplam nüfusun %15,4'ünü oluşturmaktadır (TUİK 2020c, Erişim Tarihi: 12.02.2022). Bu verilere dayanarak bekâr katılımcıların çoğunun genç nüfusa karşılık geldiğini ve genç nüfusun güncel gelişmeleri takip becerisinin daha iyi olduğu düşünülmektedir.

Sizer ve arkadaşları (2020) çalışmalarında yaşanan yer ile COVID-19 bilgi düzeyi ortalama puanı arasında, il merkezinde yaşayanların ortalama puanı daha yüksek bulmuş bununla birlikte anlamlı farklılığın olmadığını bildirmişlerdir. COVID-19 ile ilgili bilgi, hastalık hakkındaki algı ve COVID-19'a karşı koruyucu önlemlere yönelik tutumun incelendiği Mısır'da yapılan çalışmada, kırsal alanda yaşayan bireylerin bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Abdelhafiz vd, 2020). Yerleşim yerine göre farkındalık düzeylerinde köy veya beldede yaşayan katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda bulaşma tedbiri farkındalığında yaşa bağlı sonuçlar, ileri yaşın daha iyi farkındalığa sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüzden kırsal alanda yaşlı nüfusun daha fazla

olduđu ve farkındalıđın yüksek olduđu dűşűnűlmektedir. Gençlerin interneti en çok eđlenmek, iletiřim ve gündemi takip etme amaçları ile kullandıkları bilinmektedir (Çömlekçi ve Bařol, 2019). İlçe merkezinde yařayan katılımcıların ise güncel geliřmeleri takip farkındalıđı daha yüksektir. Kent merkezinde genç nüfusun yoğunlařtıđı, gençlerin güncel geliřmeleri daha iyi takip ettiđi, farkındalıđın bu nedenle yüksek olabileceđi dűşűnűlmektedir.

Çin’de yapılan bir çalışma COVID-19 hakkında halkın farkındalığını araştırmayı ve salgın sırasında kaygı düzeylerini ölçmeyi amaçlamıştır. Bu çalışma sonucunda eğitim düzeyi düşük katılımcıların salgın sırasında daha fazla endişe duyma olasılığının olduğunu ortaya koymuştur (Liu vd, 2021). Bizim çalışmamızda da bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda okuryazar olmayan ve okuryazar olanların farkındalık düzeylerinin üniversite ve üstü öğrenim düzeyine sahip olanlardan yüksek olduğu, ilkokul mezunu katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığı puanlarının lise ve üniversite ve üstü mezunlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrenim düzeyinin düşmesi kaygı ve endişeyi artırabilir bu durum tedbir ve kurallara uyum sağlamayı gerektirmiş olabilir. COVID-19 hakkında bilgi: kesitsel web tabanlı çalışmada, amaç katılımcıların COVID-19 hakkında temel bilgilerini değerlendirmektir. Çalışmada üniversite ve üstü öğrenim düzeyine sahip olanlar bulaşma, risk grupları ve önleme parametrelerinde ilkokul ve ortaokul grubuna göre daha iyi puanlar almıştır (Guimarães vd, 2021). Güncel gelişmeleri takip farkındalığı üniversite ve üstü, lise, ortaokul ve ilkokul mezunu katılımcıların okuryazar olmayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada (Guimarães vd, 2021) bilgi düzeyine bakılmış farkındalığa bakılmamış ancak farkındalığı belirleyen özelliklerden biri de bilgidir. Bilgi ve davranış arasındaki ilişki farkındalığı belirleyebilir. Bu nedenle bizim farkındalık sonucumuzla bu çalışma sonucu yakın değerler ortaya koymuştur. Bu durumun öğrenim düzeyinin artması ile ilgili olduğu dűşűnűlmektedir. Eğitim düzeyi ile bilgi düzeyinin karşılaştırıldığı başka çalışmada, bireylerine eğitim düzeyi yükselirken COVID-19’a yönelik ortalama bilgi düzeyinin de anlamlı olarak yükseldiği bildirilmiştir (Sizer, 2020). Katılımcıların hijyen tedbiri farkındalığı okuryazar olmayanlarda diğerlerine (İlkokul, ortaokul ve lise) göre düşük bulunmuştur. Endiře ve kaygının yüksekliğine bağlı olarak arttığı dűşűnűlmektedir.

Hane hakkında COVID-19 bulaş riski ile ilgili yapılan çalışmalarda enfeksiyonun bulaşma oranları %11 ile %19 arasında bulunmuştur (Bi vd, 2020; Jing vd, 2020). Başka bir çalışma sadece ev içi temaslarda hastalığın bulaş oranının %75'e ulaştığını belirtmektedir (Böhmer vd, 2020). Cai vd'nin (2020) salgının psikolojik etkilerinin araştırıldığı çalışmasına göre, pandemide bireylerin aile ve yakınlarına hastalığı bulaştırma korku ve endişesi yüksek olarak bulunmuştur. Özellikle nadir görülen hastalıklara sahip veya kronik hastalığı olan birey ve ailesinde pandeminin verdiği endişe, kısıtlamalar nedeniyle sağlık hizmetine ulaşamama korkusu, panik ve stres olasılıklarını artırmaktadır (Willner vd, 2020). Çalışmamızın bulgularında ev hanımlarının bulaşma tedbiri farkındalığının diğer meslek gruplarından (memur, sağlık çalışanı, işçi) yüksek olduğu bulunmuştur. Ev hanımlarının eş, çocuk ve yaşlılara bakma konusunda daha fazla sorumluluğu vardır. Evde bakıma muhtaç kişilerin (yaşlı, çocuk, engelli birey) olması, onları korumak için bulaşma tedbirlerine daha fazla dikkat ettiklerini düşündürmektedir. Ev hanımı katılımcıların güncel gelişmeleri takip farkındalığı tüm meslek gruplarından düşük bulunmuştur Bunun nedeni ev hanımlarının daha düşük toplumsal etkileşimler kurması olabilir. Eğitimlerde bu gruplara ağırlık verilmelidir. Sağlık çalışanları arasında COVID-19'a yönelik bilgi ve kendini koruma uygulamalarını araştırılan bir çalışma sonucunda, sağlık çalışanlarının COVID-19 hakkında bilgisi yeterli düzeyde bulunmuştur. Sağlık çalışanları hastalığın bulaşma yolları hakkında iyi farkındalık sergilemişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin korunma önlemlerine daha fazla dikkat ettiği bulunmuştur (Nguyen vd, 2021). Sağlık çalışanı olan katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığının diğer gruplardan (çiftçi, emekli, öğrenci) düşük olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde hijyen tedbiri farkındalığı sağlık çalışanlarında yine düşük bulunmuştur. Bu durum hakkında sağlık çalışanlarının pandeminin ağır yükü altında yorulması ve kurallara uymada zorluk yaşamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı ilçenin az nüfuslu olup vaka sayısının düşüklüğüne bağlı olarak tedbirlere uymada azalma olmuş olabilir.

Yapılan bir çalışmada, COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeyleri incelenmiş, yalnızların evlilere göre daha yüksek tutuma sahip olduğu görülmüştür (Ceyhan ve Uzuntarla, 2020). Katılımcıların evde beraber yaşadıkları kişiler

değişkenine göre hijyen tedbiri farkındalığı yalnız ve eşiyile yaşayanlarda ailesiyile yaşayanlara göre daha iyi bulunmuştur.

### **5.3. KATILIMCILARIN SOSYAL İLİŞKİLERİ VE SOSYAL ORTAMI İLE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Suudi Arabistan'ın Qassim bölgesindeki alışveriş merkezlerinde rastgele kesitsel yapılan çalışmada hem kamu çalışanları hem de sağlık hizmeti sunucularının farkındalığına yönelik sonuçlarda kamu çalışanları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek farkındalık düzeyi göstermiştir (Al-Rasheedi vd, 2021). Özel sektörde pandemi nedeniyle oluşan iş kaygısı ve işi kaybetme korkusu çalışanları olumsuz etkilemiştir (Sönmez, 2020). Çalışmamızda katılımcıların çalıştığı sektöre göre bakılan farkındalık düzeyinde üç alt boyutta da kamu sektöründe çalışanların diğerlerine (özel sektör, kendi işi, çalışmayan grup) göre düşük bulunmuştur. Ayrıca üç alt boyutta özel sektör ve kendi işinde çalışan katılımcıların farkındalık düzeyleri daha iyi bulunmuştur. Özel sektörde alınan pandemi önlemlerinin daha katı kurallar içerdiği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışanların iş kaybı endişelerinin olabileceği göz önüne alınarak, çalışanların kurallara uyma zorunluluğu artmış olabilir. Kamuda çalışanların bu konuda esnek davrandıkları varsayılabilir.

Toplumda COVID-19 pandemisiyle ilgili farkındalık, tutum ve davranışların değerlendirildiği çalışmada, işe aynı düzende gitme ya da daha fazla gitme durumu cinsiyete göre değerlendirilmiş ve erkeklerde daha yüksek çıkmıştır (Alıcılar vd, 2020). Katılımcıların işe gitme durumundaki değişikliğe göre bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda emekli /çalışmayan grubun diğerlerine (mesai saati azalan ve aynı düzende çalışana) göre iyi bulunmuştur. Emekli gruptaki bireylerin yaşlarının ileri olduğu, farkındalığın çalışma bulgumuzdaki sonuç gibi yaşa bağlı olarak arttığı düşünülmektedir. Mesai saatleri artan grupta bulaşma tedbiri farkındalığı diğerlerine (aynı düzen, işsiz kalan, emekli/çalışmayan) göre düşük saptanmıştır. Mesai saatlerinin artması da farkındalığı azaltan bir faktör olarak düşünülebilir. Aynı düzende çalışan katılımcıların güncel gelişmeleri takip ve hijyen tedbiri farkındalığı diğer gruplara (mesai saati artan/azalan, emekli/çalışmayan) göre yüksek



bulunmuştur. Çalışan grubun farkındalığının daha iyi olmasının işe devam sağlamak amacıyla olabileceği düşünülmektedir. Çalışma düzeninde değişiklik olmayan gruptakilerin pandeminin tüm aşamalarını gözlemlene ve bizzat deneyimle fırsatı olmuş olabilir. Bu durum katılımcılarda farkındalığı artıran faktör olabilir Ayrıca uzaktan çalışan gruptakilerin emekli veya çalışmayanlara göre güncel gelişmeleri takip farkındalığının daha iyi olduğu saptanmıştır. Uzaktan çalışan grubun genç yaş bireyler olduğu, artan farkındalığın gençlerin güncel gelişmeleri daha iyi takip etmesiyle ilgili olduğu düşünülebilir.

Yetişkinler arasında COVID-19 ile ilgili farkındalık ve hijyen uygulamalarının değerlendirilmesi araştırmasında katılanların %65,0'ından fazlasının genellikle dışarı çıkma sayısını azalttığı ve başkalarıyla fiziksel temastan kaçınmaya özen gösterdiği bildirilmiştir (Altaher vd, 2021). Akrabalarıyla görüşmeyen gruptaki katılımcıların bulaşma tedbiri (her gün görüşenlere göre) ve hijyen tedbiri (her gün, haftada bir ve ayda bir görüşenlere göre) farkındalıkları yüksek bulunmuştur. Akrabalarıyla görüşmeyen grubun her anlamda sosyal izolasyonu uyguladığı ve bu konuda farkındalığının yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Sosyal izolasyona dikkat eden grupların farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülebilir. Salgın sırasında akrabalarıyla ev ortamında görüşen katılımcıların üç alt boyutta da düşük farkındalık düzeyi bulunmuştur. Bu durum için korunma önlemlerine dikkat edenlerin farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bulgularımız beklenen sonuçları destekler niteliktedir.

#### **5.4. KATILIMCILARIN BİLGİ VE KORUNMAYA YÖNELİK DAVRANIŞLARI İLE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Hastalık tanısı alma veya almamış olmak hastalığın farkındalığının bir göstergesi olmamalıdır. Farkındalığı ve dikkati artıran bir durum değildir, olmamalıdır. Halk sağlığının ana amacı hasta olmadan korunmayı öncelemektir (Chen vd, 2020). Katılımcıların hastalık tanısı alma değişkenine bağlı farkındalık düzeylerinde bir farklılaşma olmamıştır. Bu çıkan sonuç bizim için iyi bir anlam ifade etmektedir.

Çünkü hasta olmayan bireyin hastalık hakkında düşünceleri ve hastalığa bakışı en az hastalığa yakalanan bireyler kadar olabilir. Tanı almayan bireyler de hastalığa karşı daha dikkatli davranış ve farkındalık sergileyebilir. Tanı alan ve almayan katılımcıların farkındalık düzeylerinin birbirine yakın olduğunu söyleyebiliriz.

Çin’de maske takmaya yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %25’i 4 saatte bir tek kullanımlık cerrahi maske değiştirmiştir. Yaş ne kadar büyükse veya eğitim seviyesi ne kadar düşükse, doğru oran o kadar düşük olmaktadır (Tang vd,2022). Katılımcıların maske kullanım sıklığına göre güncel gelişmeleri takip farkındalığı maskesi kirlendiği, nemlendiği veya yırtıldığında ve 3-4 saat aralıkla değiştirenlerin her gün ve haftalık değiştirenlerden yüksek olduğu, hijyen tedbiri farkındalığında ise maskesini kirlendiği, nemlendiği veya yırtıldığında değiştirenlerin her gün ve haftalık değiştirenlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Maskesini kısa sürede değiştiren katılımcıların uzun süre kullananlara göre bilgi ve hijyen konusunda farkındalıkları artmış sonucuna varılabilir. Farkındalığı yüksek bireylerin bu durumu daha fazla davranışa dönüştürdüğü söylenebilir.

Çin’de halkın yüz maskesi takmalarına ilişkin geniş ölçekli bir kesitsel anket sonucu tek kullanımlık maskeyi doğru takma, çıkarma davranışı ve saklama yöntemi incelenmiştir. Çalışmada yaşlı ve düşük eğitilmiş bireylerin doğru oranı düşük çıkmıştır (Tang vd, 2022). Katılımcılardan maskeyi doğru kullanım bilgisini ölçen görsel soruya doğru cevap verenlerin oranı %93,9’dur. Katılımcıların maske sorusuna yanlış cevap verenlerin bulaşma tedbiri farkındalığı yüksek bulunmuştur. Bu durum bilgiyi ölçme aracının katılımcılara uygun seçilememesiyle alakalı olabilir. Diğer alt boyutlarda ise maske kullanım sorusuna doğru cevap verenlerin farkındalıkları yüksek bulunmuştur. Bu durum beklediğimiz bir sonuç olarak bulgularımızla uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların hijyen tedbiri farkındalığı arttıkça, kendini koronavirüse yakalanma konusunda riskli görme durumunda anlamlı bir düşüş meydana gelmiştir. Çalışma grubumuz koronavirüsten korunmaya yönelik %97,5’i ellerini sık yıkadığını, %90,8’i kolonya/dezenfektan kullandığını ve %89,7’si maske kullandığını belirtmiştir. Katılımcılar hijyen gereksinimlerini karşılamak için bu

önlemleri almaktadır. Bu nedenle hijyen tedbirine dikkat edenler kendilerini hastalığa yakalanma konusunda riskli görmemektedir. Bu durum olumlu anlamaya gelse bireylerde rahatlığa sebep olabilir. Bu nedenle bulaşma tedbirlerine de önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığı arttıkça, koronavirüse yakalanma korkusunda artma bulunmuştur. Bu durum olumlu bir sonuçtur ancak yeterli değildir. Hijyen tedbirleri de bu konuda önem arz etmektedir.

## BÖLÜM 6

### SONUÇLAR VE ÖNERİLER

#### 6.1. SONUÇLAR

18 yaş üstü bireylerin koronavirüs farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada ulaşılan sonuçlar şu şekildedir: Çalışmaya katılan 523 katılımcının;

1. Koronavirüs farkındalık düzeyleri bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutu ortalaması  $40,19 \pm 5,88$ 'dir. Güncel gelişmeleri takip farkındalığı alt boyutu ortalaması  $14,79 \pm 4,59$ 'dur. Hijyen tedbiri farkındalığı alt boyutu ortalaması  $14,02 \pm 4,09$ 'dur. Koronavirüs ölçeği puanlarına göre, katılımcıların iyi düzey farkındalığa sahip olduğu söylenebilir.
2. Yaş ortalaması  $45,55 \pm 17,83$  olup, %47,2 kadın, %52,8'i erkektir.
3. Kadın ve erkek katılımcıların arasında koronavirüs farkındalık düzeyinde anlamlı bir farklılık yoktur.
4. Koronavirüs tanısı alma durumuna göre katılımcıların koronavirüs farkındalık düzeylerinin alt boyutlarının hiçbirinde farklılaşma yoktur.
5. Katılımcıların koronavirüs ile ilgili bilgileri aldıkları kaynaklar %87,4 oranında TV, %61,2 oranında sosyal medya, %21,8 oranında ev halkı ve yakın çevredir.
6. Katılımcıların ellerini yıkama oranı %97,5; kolonya ve dezenfektan kullanma oranı %90,8; maske kullanma oranı %89,7; sosyal mesafeye uyma oranı %83,9 olarak bulundu.
7. Katılımcıların %93,9'u maske kullanım sorusuna doğru cevap verdi.
8. Yaş ile bulaşma tedbiri alt boyut farkındalık düzeyi arasında pozitif ( $r_s=0,22$ ), anlamlı ve düşük düzeyde, güncel gelişmeleri takip alt boyut farkındalığı ile

9. negatif ( $r_s=-0,26$ ), düşük ve anlamlı, hijyen tedbirleri alt boyut farkındalık düzeyi ile negatif ( $r_s=-0,09$ ) ve anlamlı ilişki saptandı.
10. Çalışılan sektöre göre farkındalık düzeyinde, kamuda çalışanların diğer sektörde çalışanlara göre daha düşüktür.
11. Sağlık çalışanı olan katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalığının diğer gruplardan (çiftçi, emekli, öğrenci) düşük olduğu, hijyen tedbiri farkındalığının da düşük olduğu saptandı.
12. Katılımcıların işe gitme durumundaki değişikliğe göre bulaşma tedbiri farkındalığı alt boyutunda emekli /çalışmayan grubun diğerlerine (mesai saati azalan ve aynı düzende çalışan) göre iyi saptandı.
13. Akrabalarıyla görüşmeyen gruptaki katılımcıların bulaşma tedbiri farkındalıkları (her gün görüşenlere göre) ve hijyen tedbiri farkındalıkları (her gün, haftada bir ve ayda bir görüşenlere göre) yüksek saptandı.
14. Katılımcıların kendilerini koronavirüse yakalanma konusunda riskli görme durumuna ilişkin ortalamaları  $5,41 + 3,30$ ; koronavirüse yakalanma korkusuna ilişkin ortalamaları  $5,02 + 3,55$ 'tir.
15. Katılımcıların koronavirüse yakalanma risk durumları arasındaki ilişkide hijyen tedbirleri farkındalığı ile negatif ( $r_s=-0,11$ ), düşük ve anlamlı ilişki saptandı.
16. Hijyen tedbirleri farkındalığı ile koronavirüs korkusu arasında negatif ( $r_s=-0,11$ ), düşük ve anlamlı ilişki saptandı.

## 6.2. ÖNERİLER

Katılımcıların Koronavirüs (COVID-19) farkındalık düzeyini belirlemeye dair yapılan bu çalışma sonucu elde edilen bulgulara dayanarak;

1. Yaş ortalaması yüksek olan katılımcılar hijyen tedbirleri konusunda desteklenmeli ve gerekli yardım çalışmaları planlanmalı, belediyeler gibi diğer kuruluşlardan ekipler oluşturularak ihtiyaçları karşılanmalı,
2. Ev hanımlarının güncel gelişmeleri takip etme imkanlarının artırılması için sosyal etkinlikler planlanmalı, sağlık bakanlığı tarafından güncel bilgiler mesaj olarak telefonlarına iletilebilir,

3. Eğitim düzeyi düşük bireylere yönelik basit dillerde bilgi sağlanmalı,
4. Bireylerin COVID-19'u diğer hastalık semptomlarından ayırmalarına yardımcı olan bilgileri içeren, korunma yöntemlerini ve bulaş yollarını açıklayan posterler, broşürler oluşturulmalı ve dağıtılmalı,
5. Pandemi sürecinde yerel yönetimlerle iş birliği yapılmalı, köy muhtarlarının bilgi düzeyi arttırılmalı, kırsalda yaşanan bireylerin bilinçlendirilmesini amaçlayan çalışmalar yürütülmeli,
6. Aile hekimleri, eczacılar ve sağlık çalışanları, COVID-19'dan korunmak ve ertelenen sağlık hizmetlerinde yanlış ilaç kullanımını önlemek amacıyla hasta-hasta yakınlarına bilgi vermeli,
7. Çalışılan sektörlere göre tedbirlere uyma konusunda farkındalık düzeylerini yükseltmeye yönelik eğitimler verilmeli ve bunların sonuçları değerlendirilerek farkındalıkları incelenmeli,
8. İleri yaş grubun çalışma sonuçlarına göre farkındalığın yüksek çıkmasına nelerin etken olduğu ileriki araştırmaların konusu olabilir,
9. Çalışmamızda kronik hastalıkları, gebeliği ve aşığı dahil etmedik, bundan sonraki çalışmalarda, COVID-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların değerlendirilmesiyle ilgili bu özel ve riskli gruplar da çalışmaya dahil edilebilir,
10. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının damgalanma, yalnızlık, çaresizlik, depresyon ve tükenmişlik sorunlarını yaşaması ihtimaline karşı, ihtiyaç duyulan psikolojik desteği almaları sağlanmalı.

## KAYNAKLAR

Abdelhafiz, A. S., Mohammed, Z., Ibrahim, M. E., Ziady, H.H., Alorabi, M., Ayyad, M., et al. “Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (Covid-19)”, *J Community Health*, 45 (5): 881-90 (2020).

Acar, Y., “Yeni koronavirüs (covid-19) salgını ve turizm faaliyetlerine etkisi”, *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4 (1): 7-21 (2020).

Alahdal, H., Basingab, F., Alotaibi, R., “An analytical study on the awareness, attitude and practice during the covid-19 pandemic in Riyadh, Saudi Arabia”, *J Infect Public Health*, 13 (10): 1446-52 (2020).

Alıcılar, H. E., Güneş, G., Çöl, M., “Toplumda covid-19 pandemisiyle ilgili farkındalık, tutum ve davranışların değerlendirilmesi”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5 (Covid-19 Özel Sayısı): 1-16 (2020).

Al-Dossary, R., Alamri, M., Albaqawi, H., Al Hosis, K., Aljeldah, M., et al. “Awareness, attitudes, prevention, and perceptions of covid-19 outbreak among nurses in Saudi Arabia”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (8269): 1-16 (2020).

Alkan, Ş. Ş., “Covid-19 bağışıklığı”, *Güncel Covid-19 Bilgileri, Covid-19 Özel Sayısı*, Canatan, D., Alkan, Ş. Ş., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 32-8 (2021).

Alkan, Ş. Ş., Canatan, D., “Covid-19 aşılıları”, *Güncel Covid-19 Bilgileri, Covid-19 Özel Sayısı*, Canatan, D., Alkan, Ş. Ş., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 39-46 (2021).

Al-Rasheedi, M., Alhazmi, Y., Mateq Ali, A., ALrajhi, M., Alharbi, NS, Alsuhaibani, S., Mohammed, A., Alharbi, G., “Public and healthcare providers awareness of Coronavirus (COVID-19) in Qassim Region, Saudi Arabia” *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28 (1): 90-98 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2020.08.035>

Alsharif, W., Qurashi, A., “Effectiveness of COVID-19 diagnosis and management tools: A review” *Radiography*, 27(2):682-687 (2021).

Al-Surimi, K., Khalifa, M., Bahkali, S., El-Metwally, A., Househ, M., “The Potential of Social Media and Internet-Based Data in Preventing and Fighting Infectious Diseases: From Internet to Twitter”, *Advances in experimental medicine and biology*, 972, 131–139 (2017). [https://doi.org/10.1007/5584\\_2016\\_132](https://doi.org/10.1007/5584_2016_132)

Anderson, M., Perrin, A., “Tech Adoption Climbs Among Older Adults”, *Pew Research Center*, (2017). <https://www.pewresearch.org/internet/2017/05/17/tech-adoption-climbs-among-older-adults/> (Erişim Tarihi:01.02.20229

Aslan, R., “Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve covid-19”, *Ayrıntı Dergisi*, 8 (85): 35–41 (2020).

Atak, M., Şahin, Ç. E., Sezerol, M. A., “Covid-19 pandemisi sürecinde Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetleri”, Halk Sağlığı ve Covid-19, Covid-19 Özel Sayısı, Önal, A. E., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 129-34 (2021).

Altaher, A. M., Elottol, A., Jebiril, M. A., Aliwaini, S. H. “Assessment of awareness and hygiene practices regarding COVID-19 among adults in Gaza, Palestine”, *New microbes and new infections*, 41, 100876 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2021.100876>

Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., Bandari, D. K., “Knowledge and perceptions of covid-19 among health care workers: cross-sectional study” *JMIR Public Health and Surveillance*, 6 (2): (2020). <https://dx.doi.org/10.2196/19160>

Bi, Q., Wu, Y., Mei, S., Ye, C., Zou, X., Zhang, Z., Liu, X., Wei, L., Truelove, S. A., Zhang, T., Gao, W., Cheng, C., Tang, X., Wu, X., Wu, Y., Sun, B., Huang, S., Sun, Y., Zhang, J., Ma, T., ... Feng, T., “Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study”, *The Lancet. Infectious diseases*, 20(8):911–919 (2020). [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5)

Bilgiç, Z., Güner, R., “Covid-19: patogenezi, bulaşma yolları ve risk faktörleri”, Covid-19 Pandemi Dersleri, Covid-19 Özel Sayısı, Aktaş, F., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 14-24 (2020).

Bilgin, O., “Koronavirüs (covid- 19) farkındalık ölçeği geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Turkish Studies*, 15 (6): 237-245 (2020).

Bozdemir, T., Çolak, D., “Covid-19’da tanı yöntemleri”, Güncel Covid-19 Bilgileri, Covid-19 Özel Sayısı, Canatan, D., Alkan, Ş. Ş., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 26-31 (2021).

Böhmer, M. M., Buchholz, U., Corman, V. M., Hoch, M., Katz, K., Marosevic, D. V., Böhm, S., Woudenberg, T., Ackermann, N., Konrad, R., Eberle, U., Treis, B., Dangel, A., Bengs, K., Fingerle, V., Berger, A., Hörmansdorfer, S., Ippisch, S., Wicklein, B., Grahl, A., ... Zapf, A., “Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series”, *The Lancet. Infectious diseases*, 20(8), 920–928 (2020). [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30314-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30314-5)

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., Zhuang, Q., “Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus disease 2019 (covid-19) in Hubei,



China”, *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, (2020). <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>

Ceyhan, S., Uzuntarla, Y., “Akademik personelin covid-19’a yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi”, *Turkish Studies*, 15 (6): 259–276 (2020).

Chen, H., Paris, C., Reeson, A., “The impact of social ties and SARS memory on the public awareness of 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak”, *Scientific Reports*, 10 (1): 1-9 (2020).

Choe JY, Kim JW, Kwon HH, Hong HL, Jung CY, Jeon CH, Park EJ, Kim SK., “Diagnostic performance of immunochromatography assay for rapid detection of IgM and IgG in coronavirus disease 2019”, *J Med Virol*. Nov;92(11):2567-2572. (2020) doi: 10.1002/jmv.26060. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32458479; PMCID: PMC7283626.

Corman, V. M., Landt, O., Kaiser, M., Molenkamp, R., Meijer, A., et al, “Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR.”, *Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 25(3), 2000045 (2020). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>

Cowling, B. J., Ali, S. T., WY Ng, T., Leung, G. M., vd, “Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study”, *Lancet Public Health*, 2020 (5): 279-288 (2020).

Çetin, T., Yağcan, H., “Covid-19 sürecinde bir devlet hastanesi hemşiresi gözlemleri”, *Sağ Aka Derg*, 8 (3): 186-190 (2021).

Çöl, M., Baysan, C., “Kronik hastalıklar ve covid-19”, Halk sağlığı bakışıyla covid-19, Covid-19 Özel Sayısı, Çöl, M., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 58-64 (2021).

Çömlekçi, M. F., Başol, O., “Gençlerin sosyal medya kullanım amaçları ile sosyal medya bağımlılığı ilişkisinin incelenmesi” *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17 (4), 173-188 (2019). DOI: 10.18026/cbayarsos.525652

Demir, S., A., “Salgın sürecinde yaşlı nüfus, sosyal dışlanma ve yaş ayrımcılığı”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(38): 186-201 (2020).

Deniz, O., Kızıllarslanoğlu, MC., “Yaşlı covid-19 hastalarında palyatif bakım”, Geriatri ve COVID-19, Yürüyen, M., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 54-8 (2020).

Dindar Demiray, E. K., Alkan Çeviker, S., “Covid-19: aşı ve toplumsal korunma”, *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1 (Özel Sayı): 37-44 (2020).

Edmonds, J. K., Kneipp, S. M., Campbell, L. “A call to action for public health nurses during the COVID-19 pandemic”, *Public Health Nursing*, 37 (3): 323-324 (2020).

Ekici, E., “Covid 19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerin bakım yönetimi”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 145-152 (2020).

Erensoy, S., “Covid-19 pandemisinde SARS-CoV-2 ve mikrobiyolojik tanı dinamikleri”, *Mikrobiyol Bul*, 54 (3): 497–509 (2020).

Erkekoğlu, P., Erdemli Köse, S. B., Balcı, A., Yirun, A., “Aşı kararsızlığı ve covid-19’un etkileri”, *Literatür Eczacılık Bilimleri Dergisi*, 9(2): 208–220 (2020).

Erkal, E., Ses, A.G., Aydın, S., Çalışkan, D., “Covid-19’un toplumda yayılımını önlemeye yönelik ilaç dışı halk sağlığı önlemleri”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5 (Covid-19 Özel Sayısı): 79-95 (2020).

Ferretti, L., Wymant, C., Kendall, M., Zhao, L., Nurtay, A., Abeler-Dörner, L., Fraser, C., Parker, M., Bonsall, D., “Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing”, *Science*, 368 (619): 1-7 (2020).  
Flynn, B. C., “Communicating with the public: community-based nursing research and practice”, *Public Health Nursing*, 15 (3): 165–170 (1998).

Funk, S., Gilad, E., Watkins, C., Jansen, A. A.V., “The spread of awareness and its impact on epidemic outbreaks”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106 (16):6872-6877 (2009).

Guimarães, V., de Oliveira-Leandro, M., Cassiano, C., Marques, A., Motta, C., Freitas-Silva, A. L., de Sousa, M., Silveira, L., Pardi, T. C., Gazotto, F. C., Silva, M. V., Rodrigues, V., Jr, Rodrigues, W. F., Oliveira, C. “Knowledge About COVID-19 in Brazil: Cross-Sectional Web-Based Study”. *JMIR public health and surveillance*, 7(1), e24756. (2021). <https://doi.org/10.2196/24756>

Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y. Y., Chen, S. D., Jin, H. J., Tan, K. S., Wang, D. Y., Yan, Y., “The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak- an update on the status”, *Military Medical Research*, 7 (11): 1-10 (2020).

Haköksüz, M., Saraç, F., Yıldırım, M., “Covid-19 virüsün özellikleri ve kökeni”, Covid-19 Pandemi Dersleri, Covid-19 Özel Sayısı, Aktaş, F., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 1-6 (2020).

Heymann, D. L., Shindo, N., “Covid-19: what is next for public health?”, *WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards Lancet*, 395 (10224): 542-545 (2020).

Huang, L., Lin, G., Tang, L. Yu, L., Zhou, Z., “Special attention to nurses’ protection during the COVID-19 epidemic”, *Critical Care*, 24(120): (2020). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>

Huang, Y., Wu, Q., Wang, P., Xu, Y., Wang, L., Zhao, Y., Yao, D., Xu, Y., Lv, Q., Xu, S., “Measures Undertaken in China to Avoid COVID-19 Infection: Internet-Based, Cross-Sectional Survey Study” *Journal of medical Internet research*, 22(5), e18718. (2020). <https://doi.org/10.2196/18718>

Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., Smith, GD., “Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19”, *J Clin Nurs*, 29 (13-14):2041-2043 (2020). doi: 10.1111/jocn.15257.

Jing, Q. L., Liu, M. J., Yuan, J., Zhang, Z. B., Zhang, A. R., Dean, N. E., Luo, L., Ma, M., Longini, I., Kenah, E., Lu, Y., Ma, Y., Jalali, N., Fang, L. Q., Yang, Z. C., Yang, Y., “Household Secondary Attack Rate of COVID-19 and Associated Determinants” *medRxiv: the preprint server for health sciences*, 20056010, (2020). <https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20056010>

Junejo, Y., Ozaslan, M., Safdar, M., “Novel sars-cov-2/covid-19: an update of prevalence, modes of transmission, clinical manifestations, prevention and management”, *Zeugma Biological Science*, 2 (3):1-5 (2021).

Kabir, A., Ahmed, R., Iqbal, M. A., Chowdhury, R., Paulmurugan, R., Demirci, U., Asghar, W., “Diagnosis for Covid-19: current status and future prospects”, *Expert Review of Molecular Diagnostics* 21 (3): 269-288 (2021).

Kalkan Uğurlu Y., Durgun H., Nemetlu E., Kurd O. “COVID-19 salgını sırasında Türk toplumunun sosyal el yıkama bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi” *J Contemp Med*. 10(4): 617-624 (2020).

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, “Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele rehberi”, *KHGM Genelgesi, Ankara*, 1-85 (2018).

Karataş, Z., “Covid-19 pandemisinin toplumsal etkileri, değişim ve güçlenme”, *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4 (1): 3–17 (2020).

Kaya, O., “COVID-19 Vaccines”, *Med J SDU*, (özel sayı-1):31-35 (2021).

Khader, Y., Al Nsour, M., Al-Batayneh, O. B., Saadeh, R., Bashier, H., Alfaqih, M., Al-Azzam, S., AlShurman, B. A. “Dentists' awareness, perception, and attitude regarding covid-19 and infection control: cross-sectional study among jordanian dentists”, *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e18798. (2020). <https://doi.org/10.2196/18798>

Kırık, A.M., Özkoçak, V., “Yeni dünya düzeni bağlamında sosyal medya ve yeni koronavirüs (covid-19) pandemisi”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 7 (45), 133-154 (2020).

Kömür, S., Taşova, Y., “Covid-19: toplumda enfeksiyon kontrolü” Covid-19 Pandemi Dersleri, Covid-19 Özel Sayısı, Aktaş, F., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 57-61 (2021).

Li, S., Feng, B., Liao, W., Pan, W., “Internet use, risk awareness, and demographic characteristics associated with engagement in preventive behaviors and testing: cross-sectional survey on covid-19 in the United States”, *J Med*, 22 (6): e19782 (2020).

Liu, Y., Li, P., Lv, Y., Hou, X., Rao, Q., Tan, J., Gong, J., Tan, C., Liao, L., Cui, W., “Public awareness and anxiety during COVID-19 epidemic in China: A cross-sectional study”, *Comprehensive psychiatry*, 107(152235) (2021). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152235>

McIntosh, K., “Coronavirus disease 2019 (covid-19)”, *UpToDate*, [https://www.cmim.org/PDF\\_covid/Coronavirus\\_disease2019\\_COVID-19\\_UpToDate2.pdf](https://www.cmim.org/PDF_covid/Coronavirus_disease2019_COVID-19_UpToDate2.pdf) (Erişim Tarihi: 11.10.2021)

Mert, K., “Dünya tarihindeki pandemilerin özellikleri ve halk sağlığı hemşireliği”, Covid-19 Pandemisi ve Halk Sağlığı Hemşireliği, Covid-19 Özel Sayısı, Aksayan, S., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 1-6 (2020).

Modi, P. D., Nair, G., Uppe, A., Modi, J., Tuppekar, B., Gharpure, A. S., Langade, D., “Covid-19 awareness among healthcare students and professionals in mumbai metropolitan region: a questionnaire-based survey”, *Cureus*, 12 (4): 1-15 (2020).

Newsom, S., “The history of infection control: Florence Nightingale part 1”, *British Journal of Infection Control*, 4(2):22-25 (2003). doi:10.1177/175717740300400208

Nguyen, A. N., Le, X., Ta, N., Wong, D., Nguyen, N., Le, H. T., Nguyen, T. T., Pham, Q. T., Nguyen, Q. T., Duong, Q. V., Luong, A. M., Koh, D., Hoang, M. T., Pham, H. Q., Vu, T., Vu, G. T., Latkin, C. A., Ho, C., Ho, R. “Knowledge and Self-Protective Practices Against COVID-19 Among Healthcare Workers in Vietnam”, *Frontiers in public health*, 9, 658107 (2021). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.658107>

Önal, A.E., “2019-2020 Covid-19 pandemisinde beşinci aya girerken”, Halk Sağlığı ve Covid-19, Covid-19 Özel Sayısı, Önal, A.E., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 1-7 (2020).

Öncül, M.O., “Covid-19 klinik özellikleri ve tanı”, Halk Sağlığı ve Covid-19, Covid-19 Özel Sayısı, Önal, A.E., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 13-25 (2020).

Özbiçakçı, Ş., “Dünyada halk sağlığı hemşirelerinin covid-19 süreci ve sonrasında değişim yönetimine yönelik uygulamaları” Covid-19 Pandemisi ve Halk Sağlığı Hemşireliği, Covid-19 Özel Sayısı, Aksayan, S., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 19-26 (2020).

Özlü, A., Öztaş, D., “Yeni corona pandemisi (covid-19) ile mücadelede geçmişten ders çıkartmak”, *Ankara Med J*, 2020 (2): 468-481 (2020).

Özyurt, M., Vehid, S., “Covid-19 bir zoonoz mu? Korunmada önemli noktalar”, Halk Sağlığı ve Covid-19, Covid-19 Özel Sayısı, Önal, A.E., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 124-128 (2020).

Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis, P., Falagas, M. E., “Psychosocial consequences of infectious diseases”, *Clinical Microbiology and Infection*, 15 (8): 743-747 (2009).

Recalcati, S., “Cutaneous manifestations in Covid-19: a first perspective”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34 (5): 212-213 (2020).

Reich, P., Elward, A., “Infection Prevention during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic” *Infectious disease clinics of North America*, 36(1), 15–37 (2022). <https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.12.002>

Rhee, C., Kanjilal, S., Baker, M., Klompas, M., “Duration of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (sars-cov-2) infectivity: when is it safe to discontinue isolation?”, *Clinical Infectious Diseases*, 72 (8): 1467-1474 (2021).

Rothan, H. A., Byrareddy, S. N., “The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (covid-19) outbreak”, *Journal of Autoimmunity*, 109 (102433): 1-4 (2020).

Savage, C., Kub, J., “Public health and nursing: a natural partnership”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6 (11): 2843-2848 (2009).

Singhal, T., “A review of coronavirus disease-2019 (covid-19). *Indian Journal of Pediatrics*, 87 (4): 281-286 (2020).

Sizer, B., Yıldız, İ., Yılmaz, Ü., Demir, S., Sırma, E., Çelik, A., Topçu, İ., “Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastalarda covid-19 pandemisi farkındalığı: kesitsel bir çalışma”, *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 28(3), 181-190 (2020).

Sönmez, V., R., “Covid-19 kaygısının iş gören performansı ve motivasyonu üzerine etkisi: hizmet sektöründe bir araştırma”, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 7(12): 154-175 (2020).

Srichan, P., Apidechkul, T., Tamornpark, R., Yeemard, F., Khunthason, S., “Knowledge, attitude and preparedness to respond to the 2019 novel coronavirus (covid-19) among the bordered population of northern Thailand in the early period of the outbreak: a cross-sectional stud”, *The Lancet*, (2020). <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3546046>

Subaşı Baybuğa, M., Kacaroğlu Vicdan, A., “Pandemi kontrolünde sürveyans-filyasyon çalışmaları”, Covid-19 Pandemisi: Pandemi Dönemlerinde Üreme Sağlığı, Covid-19 Özel Sayısı, Akkuzu, G., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 1-8 (2020).

Şenol Çelik, S., Koç, G., Atlı Özbaş, A., Bulut, H., Karahan, A., Çevik Aydın, F., Özdemir Özleyen, Ç., Çelik, B., “Uluslararası hemşireler yılında covid-19 pandemisi: Türk Hemşireler Derneği çalışmaları”, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6 (1): 23-27 (2021).

Şenyiğit, A., “Covid-19 pandemisi. klinik, tanı, tedavi ve korunma”, *Dicle Tıp Dergisi*, 48 (Özel Sayı): 176-186 (2021). doi: 10.5798/dicletip.1005418.

Tang, H., Wang, J., Zhang, Y., Ni, J., Liu, L., Fang, J., “Knowledge and behaviour of community residents' face mask-wearing during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Shanghai, China” *BMJ open*, 12(2): (2022). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052497>

Tanrıverdi, G., Yalçın Gürsoy, M., Özsezer Kaymak, G., “Halk sağlığı hemşireliği yaklaşımıyla covid-19 pandemisi”, *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (2): 126-142 (2020).

Tezel, A., Öztürk Eyimaya, A., “Covid-19 pandemisinde halk sağlığı hemşireliği açısından olası riskler ve fırsatlar”, Covid-19 Pandemisi ve Halk Sağlığı Hemşireliği, Covid-19 Özel Sayısı, Aksayan, S., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 27-34 (2020).

T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu, İnternet: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> (Erişim Tarihi: 10.11.2021)

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bilimsel Danışma Kurulu, “Temaslı takibi, salgın yönetimi, evde hasta izlemi ve filyasyon rehberi”, *T.C.S.B. Raporu, Ankara*, 1-23 (2021). <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/41623/0/covid-19rehberitemaslitakibievdehastazlemivefilyasyon-021021pdf.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bilimsel Danışma Kurulu, “Covid-19 genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı rehberi”, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html> (2020).

Türkiye Bilimler Akademisi, “Covid-19 küresel salgın değerlendirme raporu” *TÜBA Raporu*, No:34 Ankara, 1-192 (2020). <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/TÜBA Covid-19 Raporu 6. Güncelleme.pdf>

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2020b  
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242> Erişim Tarihi: 12.02.2022)

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2020a  
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227> (Erişim Tarihi: 11.02.2022).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2020c  
[https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,15%2C4'%C3%BCn%C3%BC%20olu%C5%9Fturdu.\(Eriřim+Tarihi:+12.02.2022\).](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,15%2C4'%C3%BCn%C3%BC%20olu%C5%9Fturdu.(Eriřim+Tarihi:+12.02.2022).)

Türk Kardiyoloji Derneği, “covid-19 pandemisi ve kardiyovasküler hastalıklar konusunda bilinmesi gerekenler”, *TKD Raporu, İstanbul*, 1-87 (2020).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, <https://www.tuseb.gov.tr/turkovac/turkovac-nedir> Erişim Tarihi: 20.02.2022

Uçar, A., Arslan, Ş., Çavdar, S., “Covid-19 pandemisinde projeksiyonlar ve kanıta dayalı yönetim stratejileri”, Halk Sağlığı ve Covid-19, Covid-19 Özel Sayısı, Önal, A.E., *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 135-143 (2020).

Yavuz, E., “Covid-19 aşılıları”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24 (4): 227-234 (2020).

Yeşilbağ, K., Aytoğu, G., “Coronavirus host divergence and novel coronavirus (sars-cov-2) outbreak”, *Clin Exp Ocul Trauma Infect*, 2 (1): 6-14 (2020).

Yıldırım, M., Geçer, E., Akgül, Ö., “The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against Covid-19”, *Psychology, Health & Medicine*, 26 (1): 35-43 (2020).

Yoshioka-Maeda, K., Iwasaki-Motegi, R., Honda, C., “Preventing the dysfunction of public health centres responding to COVID-19 by focusing on public health nurses in Japan”, *Journal of Advanced Nursing*, 76 (9): 2215-2216 (2020).  
doi: 10.1111/jan.14409.

Yönetmelik (1964), “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik”, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.63470.pdf>

Yürük Bal, E., Çelik, H., “Covid-19 salgını ile mücadelede hemşirenin rolü”, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12 (2): 300-304 (2020).

Zarocostas, J., “How to fight an infodemic”, *The Lanset*, 395(10225):676 (2020).

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Tan, W., vd., “A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019”, *The New England Journal OF Medicine*, 382 (8): 727-733 (2020).

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Peng, Z., vd., “Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China”, *JAMA*, 323 (11): 1061-1069 (2020).

Wang, Y., He, Y., Tong, J., Qin, Y., Xie, T., Li, J., Li, J., Xiang, J., Cui, Y., Higgs, E. S., Xiang, J., “Characterization of an Asymptomatic Cohort of Severe Acute

Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infected Individuals Outside of Wuhan, China”, *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(16): 2132–2138 (2020). <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa629>

Wei, W. E., Li, Z., Chiew, C. J., Yong, S. E., Toh, M. P., Lee, V. J., “Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2-Singapore”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (14), 411–415 (2020). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271722/>

Willner, P., Rose, J., Stenfort Kroese, B., Murphy, G. H., Langdon, PE, Clifford, C, Hutchings, H, Watkins, A, Hiles, S, Cooper, V., “Effect of the COVID-19 pandemic on the mental health of carers of people with intellectual disabilities”, *J Appl Res Intellect Disabil*, 33(6):1523-1533 (2020). doi: 10.1111/jar.12811.

Wu, Z., McGoogan, J.M., “Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention”, *JAMA*, 7;323(13):1239-1242 (2020). doi: 10.1001/jama.

İnternet: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> (Erişim Tarihi: 01.05.2021)

İnternet: <https://covid19.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 11.02.2022)

İnternet: <https://degree.astate.edu/articles/nursing/role-of-public-health-nurses.aspx> (Erişim Tarihi: 10.12.2021)

İnternet: Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html> (Erişim Tarihi: 02.12.2021)

İnternet: Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html> (Erişim Tarihi: 16.12.2021)

İnternet: Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> (Erişim Tarihi: 16.02.2022)

İnternet: <https://kastamonu.ktb.gov.tr/TR-63822/pinarbasi.html> (Erişim Tarihi: 01.06.2021)

İnternet: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/public-health-nursing/> (Erişim Tarihi: 02.12.2021)

İnternet: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention/print> (Erişim Tarihi: 09.12.2021)



İnternet: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services> (Erişim Tarihi:13.11.2021)

İnternet: World Health Organization, “Situation report, 51”, (2020). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 05.12.2021)

İnternet: World Health Organization, [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (Erişim Tarihi: 01.12.2021)

İnternet: World Health Organization Report 28, [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200217-sitrep-28-covid-19.pdf?sfvrsn=a19cf2ad\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200217-sitrep-28-covid-19.pdf?sfvrsn=a19cf2ad_2) (Erişim Tarihi: 10.10.2021)

İnternet: World Health Organization, [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1) (Erişim Tarihi: 03.12.2021)

İnternet: World Health Organization, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (Erişim Tarihi: 01.12.2021)

İnternet: World Health Organization, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> (Erişim Tarihi: 01.02.2022)

**EK AÇIKLAMALAR A.**

**EKLER DİZİNİ**

Tarih ve Sayı: 07.04.2021 - E.24077



T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-24077  
Konu : 2021/546 Nolu Karar

07.04.2021

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Gülcan KAR ŞEN

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Bir İlçede Yaşayan 18 Yaş Üstü Bireylerde Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN  
Kurul Başkanı

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu: BSF5PLKCSB

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/karabuk-universitesi-ebys>

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Telefon: (370) 418 9446

e-Posta: [giroletik@karabuk.edu.tr](mailto:giroletik@karabuk.edu.tr)

İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik>

Keşif Adresi: [karabukuniversitesi@hs01.kep.tr](mailto:karabukuniversitesi@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Unvanı: Sürekli İşçi



Şekil Ek A.1. Etik kurul onayı.

T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

**A.ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER**

**A.1 Araştırmacıya Ait Bilgiler**

A.1.1 Başvuru yapan Araştırmacının Adı Soyadı :	GÜLCAN KAR ŞEN
A.1.2 Kurum/üniversite :	KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
A.1.3 Bölümü :	HEMŞİRELİK
A.1.4 Araştırmacının telefonu :	05323641632
A.1.5 e-mail adresi : (Lütfen sadece bir e-mail adresi giriniz)	gulcankar@karabuk.edu.tr

**A.2 Araştırmaya Ait Bilgiler**

A.2.1 Araştırmanın açık adı :	Bir İlçede Yaşayan 18 Yaş Üstü Bireylerde Koronavirüs (Covid 19) Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi
A.2.2 Araştırmada örselenebilir gruplar söz konusu mu? Evet Açıklaması :	Hayır
A.2.3 Araştırma Desteği : Araştırma Desteği Açıklaması :	Diğer
A.2.4 Araştırmanın Türü: Belirtiniz :	Araştırmacını kendisi
A.2.4.1 Araştırma Grubu :	Nicel Araştırmalar
A.2.4.2 Çok Merkezli Çalışmaya dahil olmak istiyor musunuz?	Tanımlayıcı-Kesitsel
A.2.5 Araştırılan konunun özeti	EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR VE MODELLEME Ç
A.2.5.1 Konu :	Bir İlçede Yaşayan 18 Yaş Üstü Bireylerde Koronavirüs (Covid 19) Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi
A.2.5.2 Amaç :	Bu çalışma, bir ilçede yaşayan 18 yaş üstü bireylerin Covid-19'a yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışma sonucunda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır: - Bireylerin Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeyleri nasıldır? -Bireylerin Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeyleri ile demografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır? -Bireylerin yaş farkları Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerinde farklılık göstermekte midir? -Bireylerin öğrenim durumları Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerinde değişiklik göstermekte midir? -Bireylerin Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeyleri ile Covid-19'a yakalanma korkusu arasında ilişki var mıdır? -Bireylerin Covid-19 geçirip geçirme durumuyla Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mıdır? -Bireylerin yalnız veya ailesi ile yaşamaları Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerini nasıl etkiler? -Bireylerin maske kullanım şekilleri Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerini nasıl etkiler? -Bireylerin Covid-19 önlemlerine yönelik bilgi alma durumları Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerini nasıl etkiler? -Bireylerin karantinada kalma süreci Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerini nasıl etkiler?
A.2.5.3 Kapsam :	

Şekil Ek A.2. T.C. Sağlık bakanlığı covid-19 bilimsel araştırma değerlendirme başvuru formu.



T.C.  
KASTAMONU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-38413390-929  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.

KOMİSYON KARARI

Başvuru süresince Komisyonumuza Müdürlüğümüze bağlı hastanelerde Tez/anket çalışması yapmak için; "**Bir İlçede Yaşayan 18 Yaş Üstü Bireylerde Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi.**" konusu ile müracaat eden Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görevli Emine ALKAN'ın müracaatı incelenmiştir.

İnceleme sonucunda Müdürlüğümüzden tez/anket çalışması için izin istenilen ve çalışma yapılacak hastanelerden de ön izin alınan; "**Bir İlçede Yaşayan 18 Yaş Üstü Bireylerde Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi.**" konusu için tez/anket ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğününün 28/02/2014 tarih ve 5181.1272 sayılı Makam Onaylı **Bilgi Güvenliği Politikaları yönergesine uygun olarak hemşirelerin ve hastaların kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek hastanelerimizdeki/birinci basamak sağlık tesislerindeki hizmetleri aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Müdürlüğümüze sunularak değerlendirilmesi suretiyle UYGUN görülmüştür.**

**Komisyon Başkanı**

Dr.Yüksel KUTLU  
İl Sağlık Müdür v.

**Üye**

Uzm. Dr. Özgür YILMAZ  
Başkan

**Üye**

Sabri TUNCAY  
Uzman

**Üye**

Levent AKKİRPİ  
Uzman

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu: 4ea82d9f-fb73-4097-8975-892835763e8a Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>  
Candaroğulları Mah. Mahir Demir Sok. Merkez Kastamonu Bilgi için: Ayten TOPLUOĞLU  
Telefon: Faks No: 03662122338 Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
e-Posta: [ayten.topluoglu@saglik.gov.tr](mailto:ayten.topluoglu@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: [kastamonuism.saglik.gov.tr](http://kastamonuism.saglik.gov.tr) Telefon No: (0 366) 214 10 66



Şekil Ek A.3. Kurum izin onayı.



## Ölçek İzni Gelen Kutusu x

**Emine ALKAN**

Merhaba hocam, ben Emine ALKAN . Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisans öğre



**Okan Bilgin** <bilgin.okan@gmail.com>

Alıcı: ben

Merhaba; ölçek bilgileri mailim ekindedir. Çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Emine ALKAN <aminealkan78@gmail.com>, 14 Oca 2021 Per, 12:10 tarihinde şunu yazdı:

--

**Okan BİLGİN**

**Dr. Öğr. Üyesi/Assistant Professor**

**Bülent Ecevit Üniversitesi**

**Ereğli Eğitim Fakültesi**

**Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD**

**67300 Kdz. Ereğli / Türkiye**

Bu çalışma Kastamonu ili Pınarbaşı İlçesi'nde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin COVID-19'a yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Paylaştığınız veriler tamamen gizli tutulacaktır. Cevaplarınız sadece istatistiksel olarak değerlendirilecektir. Araştırma sonucunun güvenilirliği açısından tüm soruları boş bırakmadan yanıtlamanız oldukça önemlidir. Lütfen verilen maddeleri tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun gelen cevabı işaretleyiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisans Öğrencisi  
Emine ALKAN

### BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni durumunuz( ) Bekar ( ) Evli

4. Öğrenim durumunuz ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul  
( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü

5. Mesleğiniz ( ) Memur ( ) Sağlık çalışanı ( ) Esnaf ( ) İşçi  
( ) Çiftçi ( ) Emekli ( ) Öğrenci ( ) Ev hanımı

6. Salgın sırasında çalışılan sektör ( ) Kamu Kurumu ( ) Özel Sektör  
( ) Kendi İş ( ) Çalışmıyorum

7. Salgın sırasında işe gitme durumu ile ilgili değişiklik ( ) Uzaktan çalıştım  
( ) Mesai saatlerimde azalma oldu ( ) Mesai saatlerimde artma oldu  
( ) Aynı düzende çalıştım ( ) İşsiz kaldım ( ) Emekli/Çalışmıyorum  
( ) Diğer (Açıklayınız)

8. Sürekli ikamet ettiğiniz yer ( ) Köy-Belde ( ) İlçe

9. Evde kimlerle yaşıyorsunuz? ( ) Yalnız ( ) Eşimle  
( ) Çocuklarımla ( ) Ailemle

10. Salgın döneminde akrabalarınızla ne sıklıkla görüşüyorsunuz? ( ) Her gün  
( ) Haftada bir ( ) Ayda bir ( ) Görüşmüyorum

11. Salgın döneminde akraba-misafirlerle nerede görüşüyorsunuz? ( ) Ev ortamı  
( ) Açık hava/bahçe ( ) Görüşmüyorum

12. Koronavirüs hastalığı ile ilgili bilgileri nereden alıyorsunuz?  
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) ( ) Televizyon ( ) Sosyal Medya  
( ) Sağlık Çalışanı ( ) Gazete-Dergi ( ) Ev halkı/Yakın çevre  
( ) İş yeri eğitimleri

13. Koronavirüs tanısı aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

14. Kendinizi koronavirüse yakalanma konusunda ne kadar riskli görüyorsunuz?  
(1 ile 10 arasında puan veriniz. 1 en düşük 10 en yüksek puandır.)



15. Maskenizi ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?( ) Kirlenir nemlenir veya yırtılırsa  
( ) 3-4 saat aralıkla ( ) Her gün ( ) Haftalık

16. Koronavirüse yakalanmaktan ne kadar korkuyorsunuz?  
(1 ile 10 arasında puan veriniz. 1 en düşük 10 en yüksek puandır.)



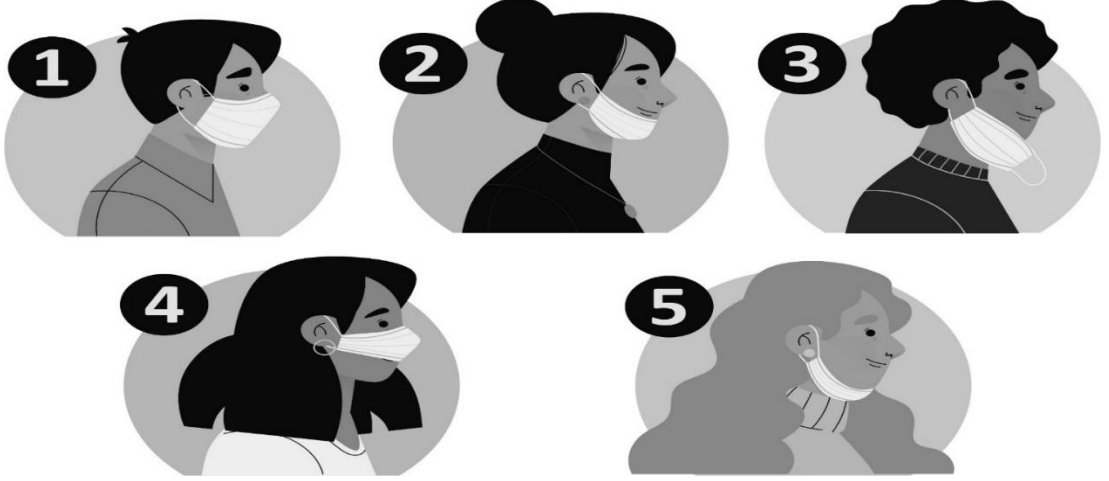
17. Koronavirüsten korunmaya yönelik önlemlerden hangilerini yapıyorsunuz?  
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ( ) Ellerimi sık sık yıkarım
- ( ) Kolonya/dezenfektan kullanırım
- ( ) Maske kullanırım
- ( ) Kıyafetleri havalandırırım



- ( ) Dışarıdan gelen paketleri dezenfekte ederim
- ( ) Dışarıda eldiven kullanırım
- ( ) Ek besin/bitkisel vitamin takviyesi alırım
- ( ) Sosyal mesafeye dikkat ederim

18. Doğru maske takan kişiyi seçiniz.



Şekil Ek A.5. Kişisel bilgi formu.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Sık Sık	Genellikle	Her Zaman
1. Diğer insanlarla sosyal mesafeme dikkat ederim.					
2. Kalabalık ortamlara girmekten kaçınırım.					
3. Hastalık belirtisi (öksürme, hapsirme vb.) gösterdiğini düşündüğüm kişilerden uzaklaşıyorum.					
4. Hastalık belirtisi gösterdiğimi düşündüğümde vakit kaybetmeden bir sağlık kuruluşuna başvururum.					
5. Günlük hayatımda sarılma, öpme, tokalaşma vb. davranışlardan kaçınırım.					
6. Zorunlu olmadıkça evden dışarıya çıkmaktan kaçınırım.					
7. Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkarım.					
8. Su ve sabun olmadığı yerlerde dezenfektan ürünleri ile ellerimi temizlerim.					
9. Evime zorunlu olmadıkça ziyaretçi kabul etmem.					
10. Sosyal medyada koronavirüs ile ilgili haberleri takip ederim.					
11. Sağlık bakanlığının açıklamalarını takip ederim.					
12. Ülkemdeki günlük vaka, ölüm, iyileşen ve yapılan test sayıları vb bilgileri takip ederim.					
13. Diğer ülkelerdeki koronavirüs ile ilgili bilgileri ve değişimleri takip ederim.					
14. Evden dışarı çıktığımda eldiven takarım.					
15. Evde temas halinde bulunduğum yüzeylerin (kapı kolu, masa vb) temizliğine dikkat ederim.					
16. Dışarı çıkmak zorunda kaldıysam eve döndüğümde kıyafetlerimi yıkarım.					
17. Dışarıdan eve giren ürünleri (alışveriş poşetleri, ürün paketleri vb) temizlerim.					

Şekil Ek A.6. Koronavirüs farkındalık ölçeği (KFÖ).

## BİR İLÇEDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19) FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>16</b>	% <b>16</b>	% <b>3</b>	% <b>6</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	% 1
2	<a href="http://burkonturizm.com">burkonturizm.com</a> İnternet Kaynağı	% 1
3	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% 1
4	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% 1
5	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> İnternet Kaynağı	% 1
6	<a href="http://toad.halileksi.net">toad.halileksi.net</a> İnternet Kaynağı	% 1
7	<a href="http://pt.slideshare.net">pt.slideshare.net</a> İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Karabük Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
9	<a href="http://www.edam.com.tr">www.edam.com.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1

Şekil Ek A.7. Orijinallik raporu.

## ÖZGEÇMİŞ

Emine ALKAN ilk ve orta öğrenimini Karabük'te tamamladı. Karabük Anadolu İmam Hatip Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2014 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne girdi; 2018 yılında mezun olduktan sonra, 2019 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi ve Toplum Sağlığı Merkezi'nde hemşire olarak göreve başladı ve halen aynı yerde çalışmaya devam etmektedir.