



**T.C. SAğLIK BAKANLIğI DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
EğİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT EğİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19
AŞISI YAPTIRAN İLE YAPTIRMAYAN HASTALARIN SAğLIK
OKURYAZARLIğI SEVİYELERİNİN KARŐILAŐTIRILMASI**

Dr. Kadir ERİŞİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022



**T.C. SAğLIK BAKANLIğI DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
EğTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT EğTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19
AŞISI YAPTIRAN İLE YAPTIRMAYAN HASTALARIN SAğLIK
OKURYAZARLIğI SEVİYELERİNİN KARŐILAŐTIRILMASI**

Dr. Kadir ERİŞİK

TEZ DANIŐMANI
Başasistan Uzm. Dr. Özlem GÇ SUVAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022

ÖNSÖZ

Tezimin başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden ve uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi birikimi ve deneyimlerini benimle paylaşan, daima motive eden, ilgi ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen çok değerli hocam ve tez danışmanım Başasistan Uzm. Dr. Özlem GÜÇ SUVAK'a

Uzmanlık eğitimimiz boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığımız, hekimlik adına her zaman ufukumuzu genişleten ve örnek olan saygıdeğer hocalarımız Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na, klinik sorumlumuz Prof. Dr. Cenk AYPAK'a ve idari sorumlumuz Uzm. Dr. Zekai UYSAL'a, rotasyonlarımız sırasında bilgi ve becerilerini bizimle paylaşan tüm değerli hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca tanışmaktan ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum, asistanlık dönemimi güzelleştiren tüm değerli asistan arkadaşlarıma,

Emeklerini asla ödeyemeyeceğim, sonsuz sevgilerini benden esirgemeyen annem ve babam

Seher-Ramazan ERİŞİK'e

Hayat arkadaşım, sevgi ve desteğiyle daima yanımda olan değerli eşim Ümmügülüm ERİŞİK'e ve biricik oğlum Eymen ERİŞİK'e teşekkür ederim.

Dr. Kadir ERİŞİK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. COVID-19 VIROLOJİSİ VE PATOGENEZİ	3
2.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.2.1. Enfeksiyon.....	3
2.3. KLİNİK BULGULAR.....	4
2.4 TANI	6
2.5. TEDAVİ VE TAKİP	6
2.6 COVID-19 AŞILARI	7
2.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	8
2.7.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı.....	8
2.7.2. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi	8
2.7.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	10
2.7.4. Ülkemizde ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	10
2.7.5. TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)	11
2.7.6. Sağlık Okuryazarlığının Covid-19 ile İlişkisi	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	15
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	15
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	15
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	15
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	16
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇ ve YÖNTEMLERİ.....	16
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	16
4. BULGULAR	18
4.1. KATILIMCILARIN KİŞİSEL BİLGİLERİ VE SAĞLIK BİLGİLERİNE YÖNELİK BULGULAR	18
4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNE YÖNELİK BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
KAYNAKLAR	33
ÖZGEÇMİŞ.....	38
EKLER.....	39
EK-1 ANKET FORMU	39

KISALTMALAR

SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SUAM	: Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
COVID-19	: 2019 Yeni Koronavirüs Hastalığı (Coronavirus Disease 2019)
2019-nCoV	: 2019 Yeni Koronavirüs (2019 New Coronavirus)
RNA	: Ribonükleik Asit
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome (Ağır Akut Solunum Yolu Sendromu)
SARS-CoV-2	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüs 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)
RT-PCR	: Ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu
ACE2	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim 2 (Angiotensin-Converting Enzyme 2)
ARDS	: Akut solunum sıkıntısı sendromu
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome (Ortadoğu Solunum Sendromu)
MERS-CoV	: Ortadoğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
NAAT	: Nükleik Asit Amplifikasyon Testi
TMPRSS2	: Tip 2 Transmembran Serin Proteaz (Transmembrane Protease Serine Subtype 2)
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
VLP	: Virus benzeri parçacık
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
ACIP	: The Advisory Committee on Immunization Practices (Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi)
ANOVA	: Tek yönlü varyans analizi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Kişisel Bulgular	18
Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	20
Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeklerine Ait Betimsel İstatistikler	21
Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular	21
Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları ve Süreçlerine İlişkin Puan ve Düzeyler... 22	
Tablo 6. Sağlık Okuryazarlığına Ve Covid-19'a İlişkin Değişkenler	23
Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ve Sosyodemografik Bilgiler	25
Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Puanları Ve Covid-19 Aşı Sayıları	25
Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığı Tedavi ve Hizmet Boyutuna İlişkin Sonuçları.....	26
Tablo 10. Sağlık Okuryazarlığı Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutuna İlişkin Sonuçları.....	26

ÖZET

AMAÇ: Covid-19 pandemisinin ortadan kalkmasının sağlanmasının en önemli basamaklarından birini covid-19 aşılama süreci oluşturmaktadır. Aşı yaptırmakla sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada 18 yaş üzeri bireylerin covid-19 aşısı yaptırma durumlarıyla sağlık okuryazarlığı seviyelerinin karşılaştırılmasını amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma tanımlayıcı-kesitsel anket çalışması olarak planlanmıştır. 01.12.2021- 31.01.2022 tarihleri arasında hastanemiz polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzerinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 396 kişi katılım sağlamıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik veri formu ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 (TSOY-32) ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sırasında toplanan veriler, IBM SPSS 25.0 programı ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Katılımcıların 183(%46,2)'ü erkek, 213(%53,8)'ü kadındı. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı (SOY) ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde 179(%45,2) katılımcının yetersiz 76 (%19,2) katılımcının sorunlu-sınırlı SOY puanı, 122 (%30,8) katılımcının yeterli SOY ve 19(%4,8) katılımcının da mükemmel SOY düzeyinde bulunduğu belirlendi. Katılımcılardan 18-25 yaş ($\bar{x}=31,82$) arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları 36-45 yaş ($\bar{x}=27,76$), 46-55 yaş ($\bar{x}=24,52$), 56-65 yaş ($\bar{x}=18,08$) arasındakilere ve 66 yaş ve üstündekilere ($\bar{x}=14,36$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek saptandı. Covid-19 aşısı yaptırmayanların ($\bar{x}=32,16$) sağlık okuryazarlığı puanları yaptıranlara ($\bar{x}=23,52$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu.

SONUÇ: Çalışmaya katılan genç bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Covid-19 aşısı yaptırmayan bireylerin aşı yaptıranlara oranla sağlık okuryazarlığı seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. TSOY-32 ölçeği puanlarının yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi faktörlerden etkilendiği bulunmuştur. Covid-19 aşılara karşı farkındalığı artırmak ve bireylerin covid-19 aşılmasını teşvik etmek için toplumun tüm kesimini kapsayıcı şekilde

eğitimler ve bilgilendirmelerin yapılmasının toplumsal bağışıklığın sağlanması adına olumlu katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Covid-19, aşı, sağlık okuryazarlığı



ABSTRACT

OBJECTIVE: One of the most important steps in the elimination of the Covid-19 pandemic is the covid-19 vaccination process. It is known that there is a relationship between vaccination and health literacy.

In this study, it is aimed to compare the health literacy levels of individuals over the age of 18 with the covid-19 vaccination status.

MATERIALS AND METHODS: The study was planned as a descriptive-cross-sectional survey study. Between 01.12.2021 and 31.01.2022, 396 people aged 18 and over who applied to our hospital's polyclinics and agreed to participate in the study participated. The socio-demographic data form and the Turkish Health Literacy-32 (TSOY-32) scale were used to collect the data. The data collected during the research were evaluated with the IBM SPSS 25.0 program. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

RESULTS: 183 (46.2%) of the participants were male and 213 (53.8%) were female. When the scores obtained from the participants' health literacy (SHL) scale were examined, 179 (45.2%) participants had insufficient 76 (19.2%) participants had problematic-limited SHL scores, 122 (30.8%) participants had adequate SFL and 19 (4.8%) participants had) participants were also found to have an excellent level of HL. The health literacy scores of the participants between the ages of 18-25 (\bar{x} =31,82), 36-45 years (\bar{x} =27.76), 46-55 years (\bar{x} =24.52), 56-65 years (\bar{x} =18, 08) and those aged 66 and over (\bar{x} =14.36). The health literacy scores of those who did not receive the Covid-19 vaccine (\bar{x} =32.16) were found to be significantly higher than those who did (\bar{x} =23.52). It was found that TSOY-32 scale scores were affected by factors such as age, marital status, and educational status.

CONCLUSION: It was determined that the health literacy levels of the young individuals participating in the study were higher. Health literacy levels of individuals who did not receive the Covid-19 vaccine were found to be higher than those who did. It is considered that inclusive education and information for all segments of the society in order to increase awareness about Covid-19 vaccines and

to encourage individuals to vaccinate against Covid-19 will make positive contributions to ensuring social immunity.

KEYWORDS: Covid-19, vaccine, health literacy



1. GİRİŞ VE AMAÇ

2019 yılının aralık ayında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin'in Wuhan kentinde sebebi bilinmeyen alt solunum yolu enfeksiyonu vakalarını bildirmiştir. Etken 7 Ocak 2020'de insanlarda daha önce tespit edilmeyen yeni koronavirüs (2019-nCoV) olarak izole edilmiştir. Daha sonra hastalığının ismi covid-19 olarak kabul edilmiş, virüsün SARS Cov'a benzemesi sebebiyle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. 30 Ocak tarihinde DSÖ, yeni çıkan covid-19 salgınına "halk sağlığında uluslararası acil durum" şeklinde sınıflandırmıştır. Salgının başladığı ülke olan Çin haricinde 113 ülkede covid-19 vakalarının ortaya çıkması, virüsün şiddeti ve yayılımı nedeniyle 11 Mart'ta tanımını küresel salgın (pandemi) olarak değiştirmiştir (1).

DSÖ verilerine göre 24.03.2022 itibariyle 427.816.657 vaka tespit edilmiş olup 6.099.380 ölüm kaydedilmiştir. Ülkemizde ve tüm dünyada enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri uygulanarak ve covid-19 aşı uygulamaları yapılarak enfeksiyonun yayılmasını azaltmaya çalışılmaktadır. Aşılama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için en etkili tıbbi önlemlerden biridir ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemiden olağan küresel dünyaya geçişte en önemli adım olarak görülmektedir (2).

Sağlık okuryazarlığı, toplumda sağlığın karmaşık taleplerini karşılama anlamında bireylerin kapasitelerini inceleyen çok yönlü bir kavramdır (3).

Aşı olma eğilimini daha iyi tanımlamayabilmek için toplumun sağlık okuryazarlığına, aşı ile ilgili tutumları ve tereddütleri açısından önemli bir etken olarak bakılabilir (4). Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık açısından aşılama yönelik eğilimlerini etkilemede önem arz ederken, aynı zamanda aşılama da halk sağlığı için büyük önem arz etmektedir.

İletişimin üst düzeyde olduğu küresel bir dünyada, televizyon, internet ve sosyal medya kullanımındaki artış sebebiyle doğru olmayan bilgiler çok hızlı bir şekilde tüm dünyayı etkisi altına alabilmektedir. Bu konuda uzmanların dahi yeterince bilgiye sahip olmadığı ve yeni araştırmaların yapıldığı, yeni bilgilerin elde

edildiği bir ortamda oluşabilecek eksik ve ya yanlış bilgilendirmeler bütün dünyayı olumsuz olarak etkileyebilecektir (5).

Sağlık okuryazarlığı ile covid-19 aşı karşıtlığı arasındaki ilişkisini incelendiği bir araştırmada dahil olan sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerden elde edilen verilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile aşı karşıtlığı düzeyi arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (6). Çalışmamızın sağlık çalışanları dışında toplumun genelini ve bütün yaş gruplarını kapsayacak şekilde yapılması planlanmaktadır. Bireylerin covid-19 aşılarının uygulama sürecindeki aşı yaptırma ile ilgili tutumları ile sağlık-okuryazarlığı seviyelerinin karşılaştırılması ve literatüre kazandırılması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 VIROLOJİSİ VE PATOGENEZİ

Coronavirüsler tek sarmallı, pozitif anlamda, zarflı RNA virüsleridir. İnsanlarda Coronavirüsün neden olduğu hastalıkların spektrumu, soğuk algınlığından şiddetli akut solunum sendromuna (Şiddetli Akut Solunum Sendromu, SARS) kadar değişebilir. İnsanlarda ve hayvanlarda çeşitli derecelerde solunum, enterik, hepatik, nefrotik ve nörolojik tutulum ile klinik tablolara neden olabilir (7).

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Covid-19'da semptomların sona ermesine kadar geçen ortalama süre 17.76 gün; ölüm oranı %3.8 olarak hesaplanmıştır. 65 yaş üstü kişilerde, kronik hastalığı olanlarda ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde Covid-19'un ağır seyrettiği bildirilmiştir İtalya, Çin ve ABD'de saptanan olgularda erkeklerde ölüm oranı daha yüksek bulunmuştur. (8)

Erken SARS-CoV-2 salgın verilerine uygulanan çeşitli modeller, enfekte olmuş bir bireyin virüsü ortalama 2,6 kişiye yaydığını göstermiştir. Bu nedenle, her biri yaklaşık 5-6 gün süren 10. nesil bulaşmadan sonra, azaltma stratejileri uygulanmadığında bir vakanın sadece iki ayda 3.500'den fazla yeni vakaya yayabileceği düşünülmektedir. (9)

2.2.1. Enfeksiyon

İlk vakalar muhtemelen Çin'in Wuhan kentindeki bir deniz ürünleri pazarında enfekte hayvanlara doğrudan maruz kalma (hayvandan insana bulaşma) ile bağlantılıydı fakat insandan insana bulaşma artık ana bulaşma şekli olarak kabul edilmektedir. Asemptomatik olan kişiler virüsü bulaştırabilir. Ancak en sık enfeksiyon kaynağı semptomatik kişilerdir. (10)

SARS-CoV-2'nin yaygın bulaşma yolları şunlardır: (11)

1) Yaklaşık 1,8 metre mesafedeki damlacıklara öksürme, hapşırma ve soluma yoluyla doğrudan maruz kalma

2) Ağız, burun ve gözlerin mukoza zarlarıyla temas yoluyla temas yoluyla bulaşma

SARS-CoV-2'nin bulaşmasının sadece solunum yolu ile sınırlı olmadığını, göz mukozasının da virüsün vücuda girmesinin bir yolu olabileceği belirtilmiştir. (12) Ayrıca araştırmacılar, enfekte hastaların dışkı örneklerinde, gastrointestinal kanalda, tükürük ve idrarında SARS-CoV-2 tespit etmişlerdir. (13) Aerosol yoluyla kişiden kişiye bulaşma, kontamine damlacıklar, eller veya yüzeyler esas olarak bulaşmanın ana kaynağıdır. (14) Covid-19 için kuluçka süresi ortalama 5,2 gün olmakla birlikte hastalar arasında farklılık göstermektedir. (15) Belirtilerin ortaya çıkmasından yaklaşık 8 gün sonra da bulaşın mümkün olabileceği düşünülmektedir. (14) Bulgular, semptomların başlamasından sonraki ilk 3 gün içinde üst solunum yollarında viral bulaşmanın en yüksek olduğunu göstermiştir. (16) Mevcut veriler, etkilenen bir kişinin enfekte edebileceği ortalama insan sayısının 2.5-2.9 civarında olduğunu göstermektedir. (14)

2.3. KLİNİK BULGULAR

Covid-19 enfeksiyonunda görülen belirtiler genellikle solunum yolu semptomları, ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Daha az görülen semptomlar boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, burun akıntısı, ishal, balgam, halsizlik, yeni başlayan tat ve koku kaybıdır. Asemptomatik bireylerde kantitatif RTPCR (nazofaringeal sürüntü örnekleri) test pozitifliği de bildirilmiştir.

Asemptomatik vakalar daha sonra semptom geliştirebilir , semptomsuz iyileşen vakalar da vardır. Hastalık asemptomatik klinikten hafif üst solunum yolu enfeksiyonu, pnömoni ve şiddetli akut solunum yolu enfeksiyonuna kadar geniş bir yelpazede görülmektedir. Böbrek yetmezliği ve hatta ölüm gelişebilir (17- 20).

SARS-COV-2; SARS-CoV-2, tip II alveolar epitel hücreleri gibi solunum epitelinde bol miktarda bulunan ACE-2 reseptörlerine bağlanarak spike veya S proteini (S1) ile konakçı hücrelere girer. ACE-2 reseptörleri, üst özofagus,

enterositler, miyokardiyal hücreler, böbreğin proksimal tübül hücreleri ve mesanenin ürotelyal hücreleri gibi solunum epitelinin yanı sıra enfeksiyon bulaşma yollarını anlamaya yardımcı olabilecek diğer organlar tarafından eksprese edilir. hastalık belirtileri. Mevcut epidemiyolojik çalışmalara göre kuluçka süresi 1-14 gün, genellikle 3-7 gündür. Covid-19 hastalarında semptomların başlangıcından ilk yatışa kadar geçen süre ortalama 7 gün (21-25), nefes darlığı gelişene kadar geçen süre ortalama 8 gün (17), ARDS gelişimi 9. günde (17)), yoğun bakım ünitesine kabul ve mekanik ventilasyon uygulaması ortalama 10.5'tir. bir gün oldu (17). Özellikle erkek cinsiyette, yaşlılarda ve altta yatan hastalığı olan kişilerde oldukça bulaşıcıdır ve ciddi hastalık olasılığı yüksektir (19).

Covid-19 enfeksiyonu klinik olarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır;

1. Asemptomatik veya Presemptomatik Enfeksiyon: Covid-19 ile uyumlu klinik semptomları olmayan SARS-CoV-2 testi pozitif çıkan kişiler.

2. Hafif hastalık: Ateş, öksürük, halsizlik, boğaz ağrısı, baş ağrısı, mide bulantısı, kas ağrısı, kusma, ishal, koku ve/veya tat kaybı gibi covid-19 semptomları olan ancak nefes darlığı veya anormal radyolojik görüntüleme olmayan kişiler .

3. Orta derecede hastalık: Alt solunum yolu hastalığına ilişkin klinik semptomları veya radyolojik kanıtları olan ve oda havasında oksijen saturasyonu (SpO_2) \geq %94 olan kişiler.

4. Şiddetli hastalık: $SpO_2 \leq$ %94 olan kişiler; radyolojik görüntülemelerde arteriyel oksijen parsiyel basıncının solunan oksijen fraksiyonuna oranı (PaO_2/FiO_2) $<$ 300, solunum hızı $>$ 30/dk ve önemli takipne veya akciğer infiltrasyonu $>$ %50.

5. Kritik hastalık: Akut solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ disfonksiyonu olan kişiler. Şiddetli covid-19 hastalığı olan hastalar, semptomlar başladıktan yaklaşık bir hafta sonra ortaya çıkma eğiliminde olan akut solunum sıkıntısı sendromunun (ARDS) gelişmesiyle kritik derecede hasta olabilirler. (26-28)

2.4 TANI

Üst solunum yollarından SARS-CoV-2 RNA'sını saptamak için Covid-19 için ilk tercih tanı testi; bir ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi (28) ile nükleik asit amplifikasyon testi (NAAT). Hızlı RT-PCR testleri, standart laboratuvar bazlı nükleik asit amplifikasyon testiyle karşılaştırılabilir performans gösteriyor gibi görünmektedir, ancak hızlı izotermal testler daha az duyarlı olabilir (29).

Bazı ortamlarda antijen testi kullanılan ilk test olabilir, ancak antijen testleri NAAT'lerden daha az duyarlıdır ve negatif antijen testleri genellikle NAAT ile doğrulanmalıdır (30).

Birçok semptomatik birey için tek bir negatif NAAT sonucu, covid -19 tanısını ekarte etmek için yeterlidir. İlk test negatifse ancak hastalık şüphesi hala yüksekse, enfeksiyon varlığının teyidi yönetim veya enfeksiyon kontrolü için önemliyse, testin tekrarlanması önerilir. Bazı durumlarda, alt solunum yolu örneklerinde NAAT (alt solunum yolu hastalığı kanıtı olan hastanede yatan hastalar için) veya seroloji (en az iki haftadır semptomları olan hastalar için) yararlı bir yardımcı tanı testi olabilir (31).

Güvenlik nedenleriyle, şüpheli veya belgelenmiş covid -19 olan bir hastadan alınan numuneler viral kültür için klinik laboratuvarlara gönderilmemelidir. Viral kültür esas olarak araştırma amaçlıdır. SARS-CoV-2'ye karşı hücre aracılı bağışıklık tepkilerini tespit edebilen testlerin klinik faydası da araştırılmaktadır (32).

2.5. TEDAVİ VE TAKİP

Covid-19 hastalığı klinik olarak asemptomatikten kritik hastalığa kadar geniş bir yelpazede ilerlemekte ve hastalığın tedavisi seyrine göre değişmektedir. Şu anda covid-19 hastalığının tedavisi için birçok seçenek değerlendiriliyor olsa da destek tedavisi hala covid-19 tedavisinin en önemli kısmını oluşturuyor. Destekleyici bakımda O₂ tedavisi ve hava yolu yönetimi ile etkin bir yoğun bakım doğumu en önemli adımlardır. Tıbbi tedavilerin çoğu, önceki viral hastalık salgınlarından elde edilen verilere dayanmaktadır. Henüz güvenliği ve etkinliği kanıtlanmış Covid-19

için spesifik bir tedavi yöntemi yoktur. Ancak mevcut verilerle favipiravir, ülkemizde de T.C. Sağlık Bakanlığının Covid-19 Rehberine uygun olarak kullanılmakta ve hastaların tedavisinde fayda sağlamaktadır. Son zamanlarda remdesivirin covid-19 için etkili olduğuna dair çalışmalar var. Bağışıklık plazmasının da Covid-19 tedavisinde etkili olduğu gösterildi. Covid-19 hastalarında komplikasyonlar da yakından takip edilmeli, erken fark edilmeli ve erken tedavi edilmelidir (33).

2.6 COVID-19 AŞILARI

SARS-CoV ve SARS-CoV-2, hücreye girmek için ortak bir reseptör olan hACE2'yi kullanır, ancak SARS-CoV-2 bu reseptöre SARS-CoV'dan daha büyük bir afinite ile bağlanır. MERS-CoV, başka bir reseptör olan Dipeptidil Peptidaz 4'e (DPP4) bağlanır (34). Ek olarak, SARS-CoV-2 virüsü, viral virüsün 3'-ucu tarafından kodlanan spike (S), nükleokapsid (N), zarf (E) ve zar (M) proteinleri olmak üzere dört farklı yapısal protein içerir. genom (34). Bu 4 yapısal protein arasında, çok fonksiyonlu büyük bir transmembran proteini olan S glikoprotein, viral bağlanma, füzyon ve konak hücreye girişte önemli bir rol oynar (35). Pandemiye sona erdirmek için covid-19 aşıları geliştirmek için birçok girişimde bulunuluyor ve geliştirilmekte olan aşıların çoğu SARS-CoV-2'nin S-proteinini kullanıyor (36). Covid-19 için araştırılan aşı türleri; Bu aşılar, inaktive edilmiş virüs, nükleik asit (RNA, DNA), viral vektör, protein alt birimi, virüs benzeri partikül (VLP) ve zayıflatılmış canlı virüs aşılarını içerir (37-38).

Aşı sonrası ilk 24-48 saatte gelişen yan etkiler, erken dönem etkiler olarak tanımlanır. Erken dönemde en sık rastlanan yan etkiler diğer aşılarla da olduğu gibi yapılan yerde ağrı, şişlik, ateş, halsizlik, baş ağrısı ve alerjik reaksiyonlardır. (39)

Aşı kaynakları kısıtlı olduğu için aşılama uygulamalarında belirli grupların oluşturulup öncelik verilmesi gerekmektedir. Sağlık sistemlerini korumak, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için bu grupların öncelikli olarak aşılanması mühim bir konudur. Dünya Sağlık Örgütüne bağlı olan Stratejik Danışma Uzmanlar Grubu'nun belirlediği bu gruplar; 65 yaş üstü kişiler, komorbiditesi olan 65 yaş altındaki kişiler ve sağlık ve sosyal bakım alanlarında çalışanlardır (40).

Birçok ülke aşı uygulamalarında komplikasyon riski yüksek olan yaşlı gruplar ile sağlık çalışanları gibi hastalığın bulaşma riski fazla olan kişilere öncelik verilmesi planlanmıştır. CDC'ye bağlı Aşılama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP), kısıtlı covid-19 aşısı kaynaklarından dolayı, aşılanmanın aşamalı olması gerektiğini tavsiye etmektedir. İlk aşama sağlık personeli ve sürekli bakımevlerinde yaşayanları kapsar. İkinci aşama 75 yaş ve üstü bireyleri ve sağlık personeli olmayan çalışanları (örneğin, itfaiyeciler ve polis memurları) kapsar. Üçüncü aşama 65-74 yaş arasındaki bireyleri, 16-64 yaşları arasındaki komorbiditesi yüksek riskli olanları ve diğer çalışanları kapsar (41). Avrupa Birliği ülkelerinde benzer öncelikli aşı uygulama sistemi oluşturulmuştur (42).

Ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından 13 Ocak 2021 tarihinde ilk olarak inaktif aşı olan CoronaVac için acil kullanım onayı verilmiştir (43).

2.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.7.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

DSÖ, sağlık okuryazarlığını “bireylerin kendi sağlıklarını sürdürmek ve iyileştirmek için sağlıkla ilgili bilgilere erişmesi, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal becerilere sahip olma” olarak tanımlamaktadır (44).

2.7.2. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Freedman ve ark. sağlık okuryazarlığını “halk sağlığı okuryazarlığı” olarak tanımlamıştır (46).

Sağlık okuryazarlığının halk sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel tema şu şekilde tanımlanmaktadır (47).

1. Etkilenen Kişi Sayısı: Yetersiz okuryazarlık becerisinin gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de yaygın olduğu belirtilmektedir.

Kadınlar bu durumdan daha çok etkileniyor. Dünya çapında kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirtilmektedir.

2. Olumsuz Sağlık Sonuçları: Kötü sağlık okuryazarlığı ile artan ölüm oranları arasında bir ilişki vardır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler daha kötü sağlık ve daha yüksek hastaneye yatış oranları yaşamakta, öngörülen tedavilere ve bakım planlarına uyum sağlamakta, daha fazla ilaç ve tedavi hatası yaşamakta ve koruyucu hizmetlerden daha az yararlanmaktadır.

3. Kronik Hastalık Oranlarında Artış: Kronik hastalıkların oluşumunda sağlıkla ilgili olumsuz davranışların payı yüksektir. Sağlık okuryazarlığı, küresel hastalık yükünün %47'sini oluşturan kronik hastalıkların kendi kendine yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Günlük yaşamdaki kronik veya uzun vadeli koşulları yönetmek için bireyler, karmaşık bir tıbbi rejimi kapsayan sağlık bilgilerini anlayabilmeli ve değerlendirebilmeli, yaşam tarzı düzenlemelerini planlayabilmeli ve bilinçli kararlar verebilmeli ve uygulayabilmelidir. Özyönetim konusunda zorluk yaşaması muhtemel nüfus, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerden oluşmaktadır.

4. Sağlık Hizmetleri Maliyetleri: Sınırlı sağlık okuryazarlığı, toplam sağlık hizmetlerine yıllık %3,0-5,0 oranında ek bir maliyet getirmektedir.

5. Sağlık Bilgi Talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında uyumsuzluk vardır. Teknik dil ve terminolojinin kullanımı sağlıkla ilgili kaynakların kullanımını gereksiz yere karmaşıktır.

6. Eşitlikçilik: Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı, kişinin kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetememesi, sağlık hizmetlerine erişememesi, sağlık bilgilerini anlayamaması ve dolayısıyla doğru sağlık kararları verememesi anlamına gelir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemlidir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması halk sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Bu durumlar aşağıda belirtilmiştir (48).

Yüksek mortalite - Daha az sağlık hizmetinden yararlanma, - Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve kötüleşen sağlık durumunu anlamada gecikme, - Tıbbi tavsiye ve/veya talimatlara uymama, - Hastanede yatış sıklığı ve

kalış süresinin uzun olması, - Acil servisler gibi maliyetli hizmetlerden yüksek oranda yararlanma.

2.7.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Yoksullarda, yaşlılarda, eğitim düzeyi düşüklerde, azınlıklarda ve yaşadıkları ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşüktür (49).

Sağlık okuryazarlığının bireyin kültürel geçmişine bağlı olduğu düşünülmektedir. Birey sağlık profesyonellerinin verdiği bilgi ve önerileri kendi kültürel geçmişine göre değerlendirdiği için kültürün etkisi önemlidir.

Bireyler, sağlığı ve hastalığı nasıl tanımlayacaklarını, hastalığın nedenleri ve önleme yolları hakkında bilgileri ve fiziksel bulguları nasıl tanımlayacaklarını öğreneceklerdir. Ait olduğu kültürde öğrenir. Ayrıca tedavi ve ilaçlara yaklaşım ve sağlık teknolojilerini kullanma alışkanlıkları da dini bilgi ve kültürel kurallarla belirlenmektedir (50).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen psikososyal faktörler; Öz yeterlik davranışı, sosyal destek, sağlık sorunları bilgisi ve hastalığı anlama gibi konuları kapsar. Bireylerin sağlıkla ilgili inançları algılamalarının düşük olması, bu inançlara göre hareket edememeleri, aile ve çevreden sosyal destek alamamaları, sağlık ve hastalıklar konusunda bilgisizlikleri sağlık okuryazarlığının düşük olmasına neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen sağlık sistemine ilişkin faktörler; sağlık hizmetlerine erişim düzeyi, sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık sigortasının kapsamı ve doktor-hasta ilişkileri. Bu faktörler hem insanların sağlığını hem de sağlık bilgilerini etkiler. (51)

2.7.4. Ülkemizde ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

UNESCO tarafından yayınlanan 2009 raporuna göre; Dünyada 776 milyon yetişkinin birinci basamak sağlık okuryazarı olmadığı belirtilmektedir (52).

Dünyada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan insan sayısı yüksektir.

UNESCO 2012 verilerine göre Türkiye'de okuryazarlık oranı 15 yaş ve üzeri kadınlarda %91,60, erkeklerde ise %98,26 olmak üzere toplamda %94,92'dir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %99,66'dır. Okula devam oranları erkeklerde 8,5 yıl, kadınlarda 6,7 yıl ve toplamda 7,6 yıldır (53).

Avrupa Birliği üyesi sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) yapılan bir çalışmada (2012) sağlık okuryazarlığı dört grupta incelenmiştir (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi) ve ülkelerin %2'sinde %27 ile %27 arasında değişen oranlarda sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Hollanda'da bireylerin %29'unun, Bulgaristan'da ise %62'sinin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve %50'den fazlasının yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlendi. "Yeterli ve çok iyi" sağlık okuryazarlığına sahip ülkeler daha yüksek, en düşük oranlar Bulgaristan (%37) ve İspanya (%42) (54).

Türkiye'de 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeklerine dayalı olarak (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle) yapılan bir çalışmada, Türk nüfusunun %64,6'sının "sorunlu veya yetersiz" olduğu saptanmıştır. sağlık okuryazarlığı düzeyi. Genel sağlık okuryazarlığı endeksi ortalaması 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığı konusunda Avrupa ortalamasının gerisindedir. "Yeterli ve mükemmel" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alan bireylerin oranı %35,4'tür. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, nüfusun yalnızca üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bildirmektedir. Okyay ve ark. 2016 yılında ise katılımcıların %27,2'sinin yetersiz, %42,2'sinin sorunlu, %24,8'inin yeterli ve %5,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir (55).

2.7.5. TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32; HLS-EU çalışmasına dayalı olarak geliştirilmiş 32 maddelik yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Orijinal ölçekten farklı olarak TSOY-32, 3 değil iki temel boyut olarak 2X4 matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre matris sekiz bileşenden oluşmaktadır: iki boyut (tedavi ve hizmet ve hastalıkların önlenmesi/sağlığın teşviki) ve dört süreç (sağlıkla ilgili

bilgilere erişim, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgileri kullanma/uygulama). ilgili bilgi). Ölçeğin değerlendirilmesinde; endeksler, HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanıldı.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3) Yine HLS-EU çalışmasında olduğu gibi, elde edilen indeks dört kategoriye ayrılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı, (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı (>42-50): mükemmel olarak tanımlandı sağlık okuryazarlığı (55).

2.7.6. Sağlık Okuryazarlığının Covid-19 ile İlişkisi

Sağlık okuryazarlığının halk sağlığı üzerindeki etkisi, mevcut Covid-19 pandemisinde çok daha iyi anlaşılmaktadır. Covid-19 pandemisine özel; Mevcut bilgilerin belirsizliği, sorunların doğası gereği karmaşıklığı ve krizi siyasi çıkarlar için kötüye kullanma girişimleri, ülkelerin hastalık sürecini yönetmesini zorlaştırdı. Ek olarak, her düzeyde eylemin aciliyeti, sürecin karmaşıklığı ve bilimsel bilginin hızlı değişimi bu pandeminin önemli belirleyici özelliklerini oluşturmaktadır (56).

McCaffery ve ark. (2020) Covid-19 sürecinde sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler; Semptomları daha kötü anladıkları, enfeksiyonu önlemeye yönelik davranışları daha az tanımladıkları ve daha fazla Covid-19 yaşadıkları gözlemlendi. Ayrıca bu kişiler; Karantina sürecinde Covid-19 hakkında bilgi bulmakta, hükümet mesajlarını anlamakta, sosyal mesafenin önemini anlamakta ve ilaçları doğru kullanmakta daha fazla güçlük çektiği belirtildi. Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin Covid-19 için önemli bir konu olan aşılama konusunda daha fazla yanlış bilgiye sahip oldukları da gözlemlenmiştir (57).

Okan et al. (2020) düşük sağlık okuryazarlığı; Pandeminin süresini uzatmada, halk sağlığı tavsiyelerine uyma olasılığını azaltmada ve virüsün kontrol altına alınmasını zorlaştırmada etkisi olduğu iddia ediliyor. Bu durumun halk sağlığı önlemlerinin etkinliğine yönelik bir tehdit oluşturacağı da belirtilmektedir (58).

Sağlık okuryazarlığının enfeksiyonun yayılmasını önlemede ve pandeminin etkilerini azaltmada oynadığı önemli rol göz önüne alındığında, nüfusun pandemi ile ilgili sağlık okuryazarlığını hızla iyileştirmeye yönelik önemli bir ihtiyaç olmuştur. Yaşlılar, bağışıklığı baskılanmış hastalar, immün yetmezlik virüsü veya birden fazla komorbiditesi olan kişiler toplumda yüksek risk altında kabul edilir. Bu popülasyonlar için pandemik sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi gerekir. Pandemiik sağlık okuryazarlığının düşük olduğu hasta popülasyonlarında, gerekirse bu hastalar için özel müdahale planları oluşturulmalıdır (59). Örneğin; Bireylerin farmakolojik (ilaç kullanımı) yönetimindeki düşük uyum, düşük sağlık okuryazarlığının bir göstergesidir. Teknolojiyi akıllı telefonlar, görüntülü danışmanlar, kısa mesajlar ve mobil aramalar şeklinde kullanarak kronik hastalığı olan hastalara ulaşılabilen ve akılcı ilaç kullanımı için etkin bir mekanizma oluşturulabilmektedir (60).

Covid-19 enfeksiyonunun yayılmasını azaltmada çevrimiçi platformların kullanılması, hastalıkla ilgili bilgilerin insanlara iletilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır. Bu sayede pandeminin ülke sağlık sistemi üzerindeki yükünün azalacağını belirtiyor. Tıbbi bilgilerin kolay okunabilirliğinin, bireylerin kendilerini korumak için doğru adımları atmalarını sağlayacağı ve bu durumun pandeminin ortasında panik ve kaygıyı azaltabileceği düşünülmektedir (61).

Doğru eğitim modellerinin geliştirilmesi ile insanların sağlık okuryazarlıklarının artmasını ve en az maliyetle sağlıklı davranış kazanmalarını sağlayabileceğini düşünmektedir. Bu davranışın kazanılmasında; Medya, hükümet yetkilileri, çeşitli alanlardaki profesyoneller (doktorlar, hemşireler, psikologlar vb.) ve hatta toplumdaki tüm insanlar dahil olmak üzere bilgi üreticilerinin ve yayıcılarının birlikte çalışmasının önemli olduğunu belirtiyor. Pandemi süreci gibi bilginin üretilmesi ve yayılmasında organizasyonun önemli olduğu durumlarda krizler ve beklenmedik olaylarla başa çıkmada medya ve bilişim uzmanlarının önemli bir rol oynayacağını düşünüyor. Bazı uluslararası kuruluşların Covid-19'u önleme ve sağlık okuryazarlığını teşvik etme konusundaki kapsamlı faaliyetleri çaba sarf ettiği görülmektedir. Dünyada sağlık alanında en yetkili kurum olan DSÖ; Düzenli toplantılar, internet siteleri ve kitle iletişim araçları aracılığıyla halkı Covid-19'a karşı bilgilendirmiştir. DSÖ tarafından paylaşılan bilgiler; Covid-19 hastalığının

içeriğini ve hastalığın bulaşmasını önlemede nelere dikkat edilmesi gerektiğini içermektedir (62).

Literatürde sağlık okuryazarlığı ve covid-19 aşılama süreci ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Covid-19 pandemisi gibi halk sağlığını tehdit eden durumların gelecekte daha kolay atlatılabilmesi için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız tanımlayıcı anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 01.12.2021-01.02.2022 tarihleri arasında SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM merkez polikliniklerinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM merkez polikliniklerine Aralık 2020-Ocak 2021 tarihlerinde herhangi bir nedenle başvuran ve acil servis hastaları, semt poliklinikleri hastaları, kontrol hastaları dışlanarak hesaplanan hasta sayısı 74202dir.Örnekleme büyüklüğü; evren 74202,güven aralığı %95 ve %20 hata payı alınarak yapılan hesaplamada %95 güven seviyesinde 192 covid-19 aşısı yaptırmayan hasta grubu ve 192 covid-19 aşısı yaptıran hasta grubu olmak üzere minimum 384 kişi dahil edildi.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Çalışmaya 18 yaş üzerindeki hastalar ve sorulara cevap verecek mental, dil ve sosyal yeterliliği olan hastalar dahil edildi.

Çalışmadan hariç tutma kriterleri ise 18 yaş altındaki hastalar, son 3 ay içerisinde covid-19 geçirmiş hastalar, sağlık çalışanı olan hastalar, işitme engelli ve ya dil engeli olan hastalar, mental retardasyonu ve ya demansı olan hastalar olarak belirlendi.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H0: Covid-19 aşısı yaptıran hastaların Covid-19 aşısı yaptıran hastalara göre sağlık okuryazarlığı ölçeği seviyeleri arasında fark yoktur.

H1: Covid-19 aşısı yaptıran hastaların Covid-19 aşısı yaptıran hastalara göre sağlık okuryazarlığı ölçeği seviyeleri arasında fark vardır

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇ ve YÖNTEMLERİ

Çalışmada katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini; kronik hastalık durumu, covid geçirme durumu, covid ilaç kullanımıyla ilgili bilgiler ve covid aşısı olma durumlarını içeren toplam 15 soru sorulmuştur.

Katılımcılara sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) uygulanmıştır. Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmıştır (55).

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırma sırasında toplanan veriler, SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 23) programına aktarıldı ve bu program kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Analizlerde hangi testlerin kullanılacağına belirlenmesi için normallik testi yapılmıştır. İlk olarak araştırmada ölçeklerin eksik ve hatalı doldurulmasından kaynaklı verilerin dağılımını bozan uç değerler belirlenmiş, bu doğrultuda 397 katılımcının 1'ine ilişkin veriler araştırma

kapsamından çıkarılmıştır. Analizlere 396 katılımcı ile devam edilmiştir. Örneklemin 30 üzerinde olduğu araştırmalarda dağılımin normalliğine bakılırken Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılmıştır. Araştırma verileri üzerinde gerçekleştirilen Kolmogorov-Smirnov testi sonucuna göre ($p < 0,001$) dağılım normal görülmedi. Bu nedenle arpıklık ve basıklık katsayıları ve Normal Q-Q grafiğinden elde edilen sonuçlar daha güvenilir bilgi sunmaktadır. Bu bağlamda analizlerde parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında katılımcıların kişisel ve covid-19 durumu bilgilerine ilişkin frekans ve yüzdelere; sağlık okuryazarlığı (SOY) lek ve alt boyutlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlere ve arpıklık ve basıklık katsayılarına yer verilmiştir.

Katılımcıların SOY puanları ile cinsiyet, medeni durum, düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalık olma durumu, covid-19 geçirme, covid-19 sürecinde ilaçları düzenli kullanma, covid-19 nedeniyle hastanede yatma, yakınının covid-19 nedeniyle hastanede yatması, yakınının covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmesi ve covid-19 aşısı olma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisiz örneklemler t-Testi; yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve covid-19 aşısı doz sayısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Araştırma kapsamında anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN KİŞİSEL BİLGİLERİ VE SAĞLIK BİLGİLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Katılımcıların 183'ü (%46,2) erkek, 213'ü (%53,8) kadındır. Katılımcıların 93'ünün (%23,5) 18-25 yaş, 89'unun (%22,5) 26-35 yaş, 81'inin (%20,5) 36-45 yaş, 84'ünün (%21,2) 46-55 yaş, 35'inin (%8,8) 56-65 yaş aralığında ve 14'ünün (%3,5) 66 yaş ve üstünde olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde, 116'sı (%29,3) ilkökul, 12'si (%3,0) ortaokul, 128'i (%32,3) lise, 9'u (%2,3) meslek yüksek okulu, 129'u (%32,6) üniversite ve 2'si (%0,5) doktora mezundur. Araştırma kapsamındaki katılımcıların kişisel bilgilerine ve sağlık bilgilerine yönelik frekans ve yüzdeler Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. Katılımcılara ilişkin kişisel bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Kişisel Bulgular

Kişisel Bilgiler	Grup	n	%
Cinsiyet	Erkek	183	46,2
	Kadın	213	53,8
Yaş	18-25 yaş	93	23,5
	26-35 yaş	89	22,5
	36-45 yaş	81	20,5
	46-55 yaş	84	21,2
	56-65 yaş	35	8,8
	66 yaş ve üstü	14	3,5
Medeni Durum	Evli	257	64,9
	Bekar	139	35,1
Eğitim Durumu*	İlkokul	116	29,3
	Ortaokul	12	3,0
	Lise	128	32,3
	Meslek Yüksek Okulu	9	2,3
	Üniversite/yüksekokul	129	32,6
	Yüksek lisans	0	,0
	Doktora	2	,5
Meslek	Ev Hanımı	90	22,7
	İşçi	39	9,8
	Emekli	19	4,8
	Öğrenci	47	11,9
	Memur	70	17,7
	Esnaf	33	8,3
	Serbest Çalışan	58	14,6
	Çiftçi	5	1,3
	Diğer	35	8,8

*Analizlerde üniversite/yüksekokul, yüksek lisans ve doktora grupları birleştirilmiştir.

Katılımcıların medikal özgeçmişlerine bakıldığında; 239 (%60,4) kişinin düzenli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı bulunmazken 157 (%39,6) kişinin bulunmaktadır. Katılımcıların 159'u (%40,2) covid-19 geçirmezken 237'si (%59,8) geçirmiştir. Covid-19 geçirenlerin 77'si (%32,5) ilaçlarını düzenli olarak kullanmazken 160'ı (%67,5) kullanmıştır. Katılımcılardan sadece 30'u (%12,7) covid-19 nedeniyle hastanede yatmıştır. Katılımcıların 303'ünün (%76,5) en az bir yakını covid-19 nedeniyle hastanede yatmış, 93'ünün (%23,5) yatmamıştır. 107 kişinin (%27,0) en az bir yakını covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 199 (%50,3) kişi covid-19 aşısı yaptırmış, 197 (%49,7) kişi ise yaptırmamıştır. 5 (%2,5) katılımcı bir doz, 124 (%62,3) katılımcı iki doz ve 70 (%35,2) katılımcı üç doz aşı yaptırmıştır.

31 (%12,1) kişide diyabet, 60 (%29,3) kişide hipertansiyon, 24 (%11,7) kişide kalp hastalığı, 8 (%3,9) kişide böbrek hastalığı, 8 (%3,9) kişide astım ve 74 (%36,1) kişide farklı hastalıklar bulunmaktadır. Covid-19 aşı türlerine bakıldığında 195 (%73,0) canlı atenüe covid-19 aşısı ve 72 (%27,0) inaktif covid-19 aşısı yaptırılmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Sağlık Bilgileri	Grup	n	%
Düzenli İlaç Kullanımı Gerektiren Hastalık	Evet	157	39,6
	Hayır	239	60,4
Covid-19 Tanısı	Evet	237	59,8
	Hayır	159	40,2
Covid-19 İlaçlarını Düzenli Kullanma	Evet	160	67,5
	Hayır	77	32,5
Covid-19 Nedeniyle Hastanede Yatış	Evet	30	12,7
	Hayır	207	87,3
Covid-19 Nedeniyle Hastanede Yatış (Yakını)	Evet	303	76,5
	Hayır	93	23,5
Covid-19 Hayatını Kaybeden (Yakını)	Evet	107	27,0
	Hayır	289	73,0
Covid-19 Aşısı	Evet	199	50,3
	Hayır	197	49,7
Covid-19 Aşısı Doz Sayısı	1 doz	5	2,5
	2 doz	124	62,3
	3 doz	70	35,2
Hastalık Türü*	Diyabet	31	15,1%
	Hipertansiyon	60	29,3%
	Kalp Hastalığı	24	11,7%
	Böbrek Hastalığı	8	3,9%
	Astım	8	3,9%
	Diğer	74	36,1%
Covid-19 Aşı Türü*	İnaktif Covid-19 Aşılıarı	72	27,0%
	Canlı Covid-19 Aşılıarı	195	73,0%

*Frekans ve yüzdeler kişi sayısını değil hastalık ve aşı türü sayısını göstermektedir.

4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geneline ilişkin puan ortalaması $27,82 \pm 9,55$, tedavi ve hizmet boyutuna ilişkin puan ortalaması $29,58 \pm 8,92$ ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutuna ilişkin puan ortalaması $26,06 \pm 10,66$ 'dır. Ölçeklere ilişkin puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının genel itibari ile +1,5 ile -1,5 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeklere ilişkin puanların normal dağıldığını göstermektedir.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeklerine Ait Betimsel İstatistikler

Ölçek ve Boyutlar	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Sağlık Okuryazarlığı	396	3,13	50,00	27,82	9,55	-,065	-,821
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	396	5,21	50,00	29,58	8,92	,026	-,662
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	396	,00	50,00	26,06	10,66	-,193	-,764

TSOY ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde 179 (%45,2) katılımcının yetersiz sağlık okuryazarlığı, 76 (%19,2) katılımcının sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, 122 (%30,8) katılımcının yeterli sağlık okuryazarlığı ve 19 (%4,8) katılımcının da mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular

SOY Düzeyleri	N	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	179	45,2
Sorunlu – Sınırlı sağlık okuryazarlığı	76	19,2
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	122	30,8
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	19	4,8

Tablo 5’te sağlık okuryazarlığı alt boyutları ve süreçlerine ilişkin matris üzerinde ortalama puanlar ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri verilmiştir. Buna göre katılımcılar matristeki bileşenler için yetersiz sağlık okuryazarlığı ve sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir ve puan ortalamaları 24,76 ile 30,75 arasında değişmektedir.

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları ve Süreçlerine İlişkin Puan ve Düzeyler

Süreçler		Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Alt Boyutlar	Puan	30,75	30,03	29,04	28,51
	Düzy	Sorunlu – Sınırlı SOY	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı
Tedavi ve hizmet	Puan	27,39	27,24	24,76	24,86
	Düzy	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Puan	27,39	27,24	24,76	24,86
	Düzy	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

*SOY: Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık Okuryazarlığı ile Katılımcıların Kişisel ve Sağlık Bilgileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Sağlık okuryazarlığının cinsiyet, medeni durum, düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalık olma durumu, covid-19 geçirme, covid-19 sürecinde ilaçları düzenli kullanma, covid-19 nedeniyle hastanede yatma, yakınının covid-19 nedeniyle hastanede yatması, yakınının covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmesi, covid-19 aşısı olma durumları, yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve covid-19 aşısı doz sayısı açısından incelenmesi Tablo 6 ve 7’de verilmiştir. Tablo 6’ya göre sağlık okuryazarlığı cinsiyet ve covid-19 tanısı açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı medeni durum, düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalık olma durumu, covid-19 sürecinde ilaçları düzenli kullanma, covid-19 nedeniyle hastanede yatma, yakınının covid-19 nedeniyle hastanede yatması, yakınının Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmesi ve covid-19 aşısı olma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Bekarların ($\bar{x}=31,98$) sağlık okuryazarlığı puanları evlilere ($\bar{x}=35,57$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı bulunanların ($\bar{x}=22,91$) sağlık okuryazarlığı puanları bulunanlara ($\bar{x}=31,04$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. covid-19 ilaçlarını düzenli bir şekilde kullananların ($\bar{x}=25,00$) sağlık okuryazarlığı puanları kullanmayanlara ($\bar{x}=34,17$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Covid-19 nedeniyle hastanede yatanların ($\bar{x}=16,50$) sağlık okuryazarlığı puanları hastanede yatmayanlara ($\bar{x}=29,64$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Yakını covid-19 nedeniyle hastanede yatanların ($\bar{x}=26,71$) sağlık okuryazarlığı puanları hastanede yatmayanlara ($\bar{x}=31,43$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Covid-19 nedeniyle yakını kaybedenlerin ($\bar{x}=22,98$) sağlık okuryazarlığı puanları yakını kaybetmeyenlere ($\bar{x}=29,61$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Ayrıca covid-19 aşısı yaptırmayanların ($\bar{x}=32,16$) sağlık okuryazarlığı puanları yaptıranlara ($\bar{x}=23,52$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 6. Sağlık Okuryazarlığına Ve Covid-19'a İlişkin Değişkenler

Değişken	Kategori	n	Ortalama	Ss	sd	t	p
Cinsiyet	Erkek	183	27,57	9,12	394	,484	,629
	Kadın	213	28,04	9,91			
Medeni Durum	Evlü	257	25,57	9,03	394	6,701	,000*
	Bekar	139	31,98	9,10			
Düzenli İlaç Kullanımı Gerektiren Hastalık	Evet	157	22,91	8,40	394	9,103	,000*
	Hayır	239	31,04	8,87			
Covid-19 Tanısı	Evet	237	27,98	9,81	394	,411	,682
	Hayır	159	27,58	9,16			
Covid-19 İlaçlarını Düzenli Kullanma	Evet	160	25,00	9,10	235	7,725	,000*
	Hayır	77	34,17	8,28			
Covid-19 Nedeniyle Hastanede Yatış	Evet	30	16,50	6,57	235	7,638	,000*
	Hayır	207	29,64	9,07			
Covid-19 Nedeniyle Hastanede Yatış (Yakını)	Evet	303	26,71	9,46	394	4,383	,000*
	Hayır	93	31,43	8,96			
Covid-19 Hayatını Kaybeden (Yakını)	Evet	107	22,98	8,45	394	6,438	,000*
	Hayır	289	29,61	9,32			
Covid-19 Aşısı	Evet	199	23,52	8,45	394	10,085	,000*
	Hayır	197	32,16	8,59			

* $p<0,05$, Bağımsız Örneklem t-Testi

* Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Tablo 7'ye göre sağlık okuryazarlığı sosyal güvence açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı yaşa, eğitim durumuna, mesleğe ve Covid-19 aşısı doz sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

18-25 yaş ($\bar{x}=31,82$) arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları 36-45 yaş ($\bar{x}=27,76$), 46-55 yaş ($\bar{x}=24,52$), 56-65 yaş ($\bar{x}=18,08$) arasındakilere ve 66 yaş ve üstündekilere ($\bar{x}=14,36$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir. 26-35 yaş ($\bar{x}=32,76$) arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları 36-45 yaş ($\bar{x}=27,76$), 46-55 yaş

($\bar{x}=24,52$), 56-65 yaş ($\bar{x}=18,08$) arasındakilere ve 66 yaş ve üstündekilere ($\bar{x}=14,36$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir. 36-45 yaş ($\bar{x}=27,76$) arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları 56-65 yaş ($\bar{x}=18,08$) arasındakilere ve 66 yaş ve üstündekilere ($\bar{x}=14,36$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir. 46-55 yaş ($\bar{x}=24,52$) arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları 56-65 yaş ($\bar{x}=18,08$) arasındakilere ve 66 yaş ve üstündekilere ($\bar{x}=14,36$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

İlkokul mezunu olanların ($\bar{x}=18,73$) sağlık okuryazarlığı puanları ortaokul ($\bar{x}=29,66$), lise ($\bar{x}=27,59$), meslek yüksek okulu ($\bar{x}=31,02$) ve üniversite/yüksekokul ($\bar{x}=35,71$) mezunu olanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Ayrıca üniversite/yüksekokul ($\bar{x}=35,71$) mezunu olanların sağlık okuryazarlığı puanları ortaokul ($\bar{x}=29,66$) ve lise ($\bar{x}=27,59$) mezunu olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Ev hanımlarının ($\bar{x}=20,07$) sağlık okuryazarlığı puanları öğrencilere ($\bar{x}=35,63$), memurlara ($\bar{x}=35,32$), esnaflara ($\bar{x}=25,75$) ve serbest çalışanlara ($\bar{x}=32,42$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. İşçilerin ($\bar{x}=23,13$) sağlık okuryazarlığı puanları öğrencilere ($\bar{x}=35,63$), memurlara ($\bar{x}=35,32$) ve serbest çalışanlara ($\bar{x}=32,42$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Emeklilerin ($\bar{x}=18,01$) sağlık okuryazarlığı puanları öğrencilere ($\bar{x}=35,63$), memurlara ($\bar{x}=35,32$), esnaflara ($\bar{x}=25,75$) ve serbest çalışanlara ($\bar{x}=32,42$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Esnafların ($\bar{x}=25,75$) sağlık okuryazarlığı puanları öğrencilere ($\bar{x}=35,63$), memurlara ($\bar{x}=35,32$) ve serbest çalışanlara ($\bar{x}=32,42$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Ayrıca çiftçilerin ($\bar{x}=21,25$) sağlık okuryazarlığı puanları serbest çalışanlara ($\bar{x}=32,42$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Üç doz Covid-19 aşısı yaptıranların ($\bar{x}=18,09$) sağlık okuryazarlığı puanları iki doz Covid-19 aşısı yaptıranlara ($\bar{x}=26,65$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ve Sosyodemografik Bilgiler

Değişken	Grup	n	Ortalama	ss	F	p
Yaş Grup	18-25 yaş	93	31,82	8,44	31,764	,000*
	26-35 yaş	89	32,76	8,77		
	36-45 yaş	81	27,76	8,50		
	46-55 yaş	84	24,52	7,37		
	56-65 yaş	35	18,08	6,17		
	66 yaş ve üstü	14	14,36	7,23		
Eğitim Durumu	İlkokul	116	18,73	6,17	96,108	,000*
	Ortaokul	12	29,66	10,02		
	Lise	128	27,59	7,50		
	Meslek Yüksek Okulu	9	31,02	8,84		
	Üniversite/Yüksekokul/ Yüksek Lisans/Doktora	131	35,71	6,13		
Meslek	Ev Hanımı	90	20,07	6,91	40,816	,000*
	İşçi	39	23,13	7,24		
	Emekli	19	18,01	6,86		
	Öğrenci	47	35,63	5,87		
	Memur	70	35,32	6,22		
	Esnaf	33	25,75	4,74		
	Serbest Çalışan	58	32,42	8,27		
	Çiftçi	5	21,25	9,13		
	Diğer	35	28,11	9,74		
Sosyal Güvence	Yok	75	28,75	9,30	2,977	,052
	SGK	304	27,89	9,68		
	Yeşil Kart	17	22,55	6,42		

* $p<.05$, İlişkiziz Örneklemeler için Tek Faktörlü Varyans Analizi

Sağlık okuryazarlığı ve alt boyutlarının Covid-19 aşısı doz sayısı açısından incelenmesi Tablo 8, 9 ve 10'de verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı Covid-19 aşısı doz sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Üç doz Covid-19 aşısı yaptıranların ($\bar{x}=18,09$) sağlık okuryazarlığı puanları iki doz Covid-19 aşısı yaptıranlara ($\bar{x}=26,65$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Puanları Ve Covid-19 Aşı Sayıları

Değişken	Grup	n	Ortalama	ss	F	p
Covid-19 Aşısı Doz Sayısı	1 doz	5	21,97	7,78	29,636	,000*
	2 doz	124	26,65	7,40		
	3 doz	70	18,09	7,50		

* $p<.05$, İlişkiziz Örneklemeler için Tek Faktörlü Varyans Analizi

Tablo 9'a göre sağlık okuryazarlığı tedavi ve hizmet boyutu puanları Covid-19 aşıısı doz sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Üç doz Covid-19 aşıısı yaptıranların ($\bar{x}=20,69$) sağlık okuryazarlığı puanları iki doz Covid-19 aşıısı yaptıranlara ($\bar{x}=28,13$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığı Tedavi ve Hizmet Boyutuna İlişkin Sonuçları

Değişken	Grup	n	Ortalama	ss	F	p
Covid-19 Aşıısı Doz Sayısı	1 doz	5	24,16	5,77	27,814	,000*
	2 doz	124	28,13	6,63		
	3 doz	70	20,69	6,82		

* $p<0,05$, İlişkisiz Örneklem için Tek Faktörlü Varyans Analizi

Tablo 10'a göre sağlık okuryazarlığı hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu puanları Covid-19 aşıısı doz sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Üç doz Covid-19 aşıısı yaptıranların ($\bar{x}=15,50$) sağlık okuryazarlığı puanları iki doz Covid-19 aşıısı yaptıranlara ($\bar{x}=25,17$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Tablo 10. Sağlık Okuryazarlığı Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutuna İlişkin Sonuçları

Değişken	Grup	n	Ortalama	ss	F	p
Covid-19 Aşıısı Doz Sayısı	1 doz	5	19,79	10,23	27,980	,000*
	2 doz	124	25,17	8,59		
	3 doz	70	15,50	8,69		

* $p<0,05$, İlişkisiz Örneklem için Tek Faktörlü Varyans Analizi

5. TARTIŞMA

Bireylerin Covid-19 aşısı yaptırma durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle karşılaştırılmasının amaçlandığı çalışmamızda covid-19 aşısı yaptırmayanların sağlık okuryazarlığı puanları covid-19 aşısı yaptıranlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların yarısından fazlası covid-19 enfeksiyonu geçirmiştir. Sağlık Bakanlığının covid-19 verilerine göre ülkemizde toplamda 14.775.694 vaka görülmüştür. (63)

Çalışmaya katılan bireylerde düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalıklar sırasıyla en sık hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, böbrek hastalığı, astım şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Kronik hastalıkları olan kişilerde covid-19 enfeksiyonun, kronik hastalığı olmayan kişilere göre daha yüksek morbidite ve mortalitesinin olduğu bildirilmektedir. (64) Sağlık bakanlığının covid-19 aşılarını uygulama sürecinde yayınladığı aşı olma önceliği sıralamasında da 65 yaş üzeri bireyler ve kronik hastalığı olan bireyler öncelikli grupta yer almıştır ve bu durum kronik hastalığı olanların ve ileri yaşta olanların covid-19 aşısı yaptırma eğilimlerini arttırmıştır.(65)

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geneline ilişkin puan ortalamaları, tedavi ve hizmet boyutuna ilişkin puan ortalamaları ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutuna ilişkin puan ortalamaları benzer değerler olarak karşımıza çıkmakta ve ortalama puanıyla beraber sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına karşılık gelmektedir. Degerli ve arkadaşlarının 401 kişinin katılımıyla yaptıkları ve sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği tanımlayıcı bir çalışmada katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdiği yanıtların genel sağlık okuryazarlığı puanı 28,48 olarak bulunmuştur. Bu puan da sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığına (>25-33) karşılık gelmektedir.(66)

Çalışmamızda SOY ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde katılımcının çoğunluğunun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunduğu belirlenmiştir. Özdemir S. ve arkadaşlarının 2019 yılında TSOY-32 ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %57,9'unun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip

olduğu tespit edilmiştir.(67)Kutner ve arkadaşlarının ABD’de yaptığı kesinsel bir araştırmada yetişkinlerin üçte birinden fazlasının, yani tahmini 80 milyon kişinin sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyelerinin olduğu tespit edilmiştir.(68)Çalışmamızda da benzer SOY puanları bulunması, çalıştığımız örneklemin genel toplumu kapsayıcı nitelikte olduğunu göstermekle birlikte literatürle de uyumlu sonuçlar vermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri medeni durum ve düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalık olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekarların sağlık okuryazarlığı puanları evlilere göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı bulunanların sağlık okuryazarlığı puanları düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı bulunmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu veriler ışığında evli ve kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ölmez ve arkadaşlarının yaptığı 400 hastanın katılımıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmada Ankara ili Devlet Hastanelerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı seviyeleri belirlenmeye çalışılmış ve katılımcıların sağlık okuryazarlığının düşük olmasına neden olan en önemli faktörlerin; yazılı sağlık bilgilerinin karmaşık olarak anlatılması, eğitim düzeyi düşük ve yaşlı olan bireylerin okuma yeteneklerinin düşük olması, davranış değişikliğini içeren yönlendirmelerin yerine doğrudan bilgi içeren argümanların kullanılması olarak belirtilmiştir (69).

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı, covid-19 tanısı alma açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Covid-19 tanısı alanlarda covid-19 ilaçlarını düzenli bir şekilde kullananların sağlık okuryazarlığı puanları kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p<0,05$).Covid-19 aşısı yaptırmayanların sağlık okuryazarlığı puanları yaptıranlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.Literatüre baktığımızda çalışmamızla ortaya çıkardığımız bu sonucun tersini belirten çalışmalar vardır.Ertaş ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı sağlık okuryazarlığı ile aşı karışıklığı arasındaki ilişkisini incelediği tanımlayıcı bir araştırmada, araştırmaya dahil olan sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerden elde edilen verilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile aşı karışıklığı düzeyi arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçla beraber bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça aşı karışıklığı algısının düşeceği ön görülmüştür (70). Ertaş ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışma sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerine yapılmıştır (70). Çalışmamız da sağlık çalışanı veya sağlık çalışanı adayları olmak hariç tutma kriterlerinden birisini oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda 18 yaş üzeri bireyler üst yaş sınırı olmaksızın çalışmaya dahil edilmiş ve daha geniş bir yaş aralığı elde edilmeye çalışılmıştır, bu yönüyle literatürdeki çalışmalardan farklı bir yer almaktadır.

Wang ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada sağlık okuryazarlığı ile aşı güveni ve aşı yaptırma niyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (71). Johri ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan bir diğer araştırmada annelerin sağlık okuryazarlığının yüksekliğiyle, çocuklarına aşı yaptırma isteği arasında pozitif bir ilişki olduğuna ulaşılmıştır (72). Covid-19 pandemisi döneminde karşımıza çıkan aşı karışıklığını Covid-19 pandemisi öncesi görülen aşı karışıklığından ayıran birtakım özelliklerin olduğunu düşünüyoruz. Küreselleşen dünyada yaygınlığı giderek artan sosyal medya kullanımı ve kitle iletişim araçlarıyla yapılan sağlık iletişimi, sağlık enformasyonunun farklı popülasyonlar tarafından nasıl yayıldığını ve alındığını büyük ölçüde olumlu veya olumsuz yönde değiştirme potansiyeline sahiptir (73).

Friis ve arkadaşlarının sosyal medya ve medya okuryazarlığı üzerine yaptığı bir araştırmanın bulgularında medya okuryazarlığının sağlıkla ilişkili davranışları etkileyen önemli değişkenlerden biri olduğu ortaya koyulmuştur.(74)

Salman Bin Naeem ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı, covid-19 ve dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir çalışmada, düşük dijital sağlık okuryazarlığının dünyadaki nüfusun büyük bir yüzdesini etkilediğine ve covid-19 ile ilgili çevrimiçi yanlış bilgilerin yayılmasına doğrudan katkıda bulunmasına dikkat çekmişlerdir. Sosyal medya paylaşımının kolaylığı ve hızlı yayılması nedeni ile durumun daha karmaşık hale gelebileceği belirtilmiştirlerdir. (75). Toplumların dijital sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yükseltilmesi ve doğru bilgiye ulaşabilme becerilerinin artırılması gelecekte yaşanabilecek benzer halk sağlığı sorunlarına hazırlık için gereklidir.

Çalışmamızda katılan bireylerin yaşları ile sağlık okuryazarlığı seviyeleri ters orantılı olarak değişmektedir. Özdemir ve arkadaşlarının covid-19 tehdit algısı ve e-sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı ve katılanların büyük çoğunluğunun gençlerden oluşan (%37'sinin 25 yaş ve altında, %47'si ise 26-40 yaş aralığındadır) bir

çalışmada, gençlerin çoğunlukla dijital medya üzerinden sağlıkla ilişkili bilgileri elde ettikleri belirtilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular genç bireylerin covid-19'u bir tehdit olarak algılamalarının daha az olduğunu ortaya çıkarmıştır (76). Nashit ve diğerlerinin covid 19 salgını ve medyada yayılan bilgi kirliliği ile ilgili yaptığı bir çalışmada genç bireylerin yanlış bilgilere karşı özellikle daha savunmasız olduklarını belirtmişlerdir. Bireylerin bilimsel bilgi eksikliği ve sağlık yönetimlerine olan güven eksikliği, denetimsiz medya, özellikle sosyal medya tarafından hızla yayılan yanlış bilgi tüketimini artırdığı belirtilmiştir. (77).Covid-19'u bir tehdit olarak algılama seviyeleri daha düşük olan ve sosyal medya üzerinden yayılan yanlış bilgilere karşı daha savunmasız olabileceği belirtilen genç bireylerin aynı zamanda çalışmamızda ortaya çıkan sağlık okuryazarlığının daha yüksek seviyelerde olması bulgusuyla birleştirilebilir. Bu durumun covid-19 aşısı yaptırmayanların sağlık okuryazarlığı puanları yaptırana göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olmasının bir sebebi olabileceği düşünülebilir. Literatürde buna benzer çalışmaların sayısı kısıtlı olup bunun için yeni randomize, kesitsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 pandemisi tüm dünyada neden olduğu morbidite ve mortalite oranlarıyla küresel bir problem olarak halen devam etmektedir. Pandeminin kontrol altına alınmasında kitlesel bilgilendirilmeler ve korunma yöntemleriyle beraber geliştirilen aşular ve bu aşuların toplumsal bağışıklık kazanılncaya kadar uygulanması sorunu günümüz için en önemli halk sağlığı konularından biridir.

Çalışmamızda herhangi bir nedenle hastane başvuran hastaların covid-19 aşısı yaptırma durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan genç bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Covid-19 aşısı yaptırmayan bireylerin aşı yaptıranlara oranla sağlık okuryazarlığı seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Küreselleşen ve çeşitli kitle iletişim araçları ile enformasyonun daha hızlı yayıldığı dünyada yaşamaktayız. Covid-19 gibi bir pandeminin ortadan kalkması için enfeksiyonunun önlenmesi, farkındalık yaratılması gerekmektedir. Enfeksiyonun kontrol altında tutulması da covid-19 aşularının bütün toplumlara uygulanabilmesiyle mümkün olacaktır. Bu konuda dezenformasyonun önüne geçilmesi covid-19 aşularının etkin ve kesintisiz bir şekilde uygulanabilmesi çok önemli bir yere sahiptir. Covid-19 enfeksiyonu ve covid-19 aşısıyla ilgili eğitimlerin verilmesi ve bunun yanında covid-19 aşı karşıtlığına karşı tutum ve davranışların değiştirilmesini hedefleyen planlamalar yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerinin bütüncül, kapsamlı ve kişi merkezli sağlık hizmeti veren aile hekimlerine ve halk sağlığı hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Covid-19 enfeksiyonuna ve aşısına karşı farkındalığı artırmak için kitlesel iletişim araçlarından en fazla tercih edilen televizyon ve internet aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde doğru bilgi, tutum ve davranışları içeren güncel ve güvenilir yayınların topluma ulaştırılması önerilir.

Literatürde çalışmamızın sonuçlarını destekleyen çalışmalar mevcut olduğu gibi karşıt sonuçlara sahip çalışmalar da vardır. Biz sağlık okuryazarlığı düzeylerinin covid-19 aşı yaptırma tercihiinde de tek kriter olmadığını düşünüyoruz. Özellikle

güncel ve birçok değişkeni içeren covid-19 aşı karşıtlığı konusunda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Bilgiler G, Tani VE, Danışma B, Çalışması K. COVID-19 2020, 16(11):2604-2608
2. Chen W. Promise and challenges in the development of COVID-19 vaccines. *Hum Vaccin Immunother.* 2020;16(11):2604-2608.
3. Kickbusch, I. S. Health Literacy: Addressing The Health and Education Divide. *Health Promotion International*, (2001). 16(3): 289-297.
4. Lorini, C.; Santomauro, F.; Donzellini, M.; Capecchi, L.; Bechini, A.; Boccalini, S.; Bonanni, P. & Bonaccorsi, G. Health Literacy and Vaccination: A Systematic Review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, (2018). 14(2):478-488.
5. Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, Raleigh E, Taylor-Clark K. The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States. *Clinical infectious diseases.* 2004;38(7):925-31
6. Ertaş, H. & Göde, A. "Sağlık Okuryazarlığı ile Aşı Karşıtlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma", *Journal of Academic Value Studies* (2021). 7(1) 1-14
7. Sönmezer MÇ, İnkaya AÇ. COVID-19: Viroloji, patogenez, klinik özellikler ve tedavi. *Apraş Bilgen Ş, editör. COVID-19 Pandemisi ve Ro-matolojik Hastalıklar. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.1-8.*
8. Akbıyık A, Üyesi Ö, Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü *Epidemiology and Control of Coronavirus Infection Disease (COVID-19). 2020*<https://covid19.who.int/> (ERİŞİM TARİHİ:30.03.2022).
9. Sanche S, Lin YT, Xu C et al. The novel coronavirus, 2019-nCoV, is highly contagious and more infectious than initially estimated. *medRxiv.* 2020.
10. Hassan SA, Sheikh FN, Jamal S, Ezech JK, Akhtar A. Coronavirus (COVID-19): A Review of Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. *Cureus.* 2020;12.
11. Bilgiler G, Tani VE, Danışma B, Çalışması K. COVID-19 2020, 16(11):2604-2608
12. Lauxmann MA, Santucci NE, Autrán-Gómez AM. The SARS-CoV-2 Coronavirus and the COVID-19 Outbreak. *Int braz j urol.* 2020;46:6-18.
13. Baloch S, Baloch MA, Zheng T, Pei X. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Tohoku J Exp Med.* 2020;250:271-8.
14. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med.* 2020;288:192-206.
15. Abbasi-Oshaghi E, Mirzaei F, Farahani F, Khodadadi I, Tayebinia H. Diagnosis and treatment of coronavirus disease ,Laboratory, PCR, and chest CT imaging findings. *Int J Surg.* 2020;79:143-53.
16. Malik YA. Properties of coronavirus and SARS-CoV-2. *Malays J Pathol.* 2020;42:3-11.
17. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of Coronavirus disease (Covid-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity* 2020; 109: 102433.
18. Akbıyık A, Avşar Ö. Coronavirüs enfeksiyonu hastalığının (Covid-19) epidemiyolojisi ve kontrolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2020; 5(2): 109
19. Mo P, Xing Y, Xiao Y, Deng L, Zhao Q, Wang H, et al. Clinical characteristics of refractory Covid-19 pneumonia in Wuhan, China. *Clin Infect Dis.* 2020: 270.

20. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on Coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res.* 2020; 7(1): 11
21. Erbil D, Hazer O. Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (LSAÖ-6)'nin Türk kültürüne uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal.* 2020; 6(30): 399-410.
22. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of Covid 19 Scale: Development and initial validation. *Int J Ment Health Addict.* 2020: 1-9.
23. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of Covid-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *Int J Ment Health Addiction* 2021; 19: 2369–82.
24. Yi Y, Lagniton PNP, Ye S, Li E, Xu RH. Covid-19: What has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *Int J Biol Sci.* 2020; 16(10): 1753-66.
25. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel Coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents.* 2020; 55(6): 105948.
26. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Napoli RD. Features, evaluation, and treatment of Coronavirus (Covid-19) [Updated 2021 Sep 2]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/> (Erişim tarihi: 30.03.2022).
27. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 Novel Coronavirus infection in children: Experts' consensus statement. *World J Pediatr.* 2020; 16(3): 223-231.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 rehberi. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40719/0/covid19rehberieriskinhastayonetimivetedavipdf.pdf> (Erişim tarihi: 30.03.2022).
29. Hanson, K.E., et al., Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 2020: p. c1aa760.
30. Prevention, C.f.D.C.a. Interim guidance for antigen testing for SARS-CoV-2. 2020 [cited 2021 February 7]; Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-testguidelines.html>
31. Caturegli, G., et al., Clinical Validity of Serum Antibodies to SARS-CoV-2: A Case–Control Study. *Annals of internal medicine*, 2020. 173(8): p. 614-622.
32. Murugesan, K., et al., Interferon-gamma release assay for accurate detection of SARS-CoV-2 T cell response. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 2020: p. c1aa1537.
33. Bekgöz B, Şan İ. COVID-19 Tedavisi. Oğuztürk H, editör. *Türkiye Klinikleri.* 2020;(1):28-34.
34. Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor recognition by the novel coronavirus from Wuhan: an analysis based on decade-long structural studies of SARS coronavirus. *J Virol.* 2020;94(7):e00127-20.
35. Wrapp D, Wang N, Corbett KS, et al. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science.* 2020;367(6483):1260-1263.
36. Dhama K, Sharun K, Tiwari R, et al. COVID-19, an emerging coronavirus infection: advances and prospects in designing and developing vaccines, immunotherapeutics, and therapeutics. *Hum Vaccin Immunother.* 2020;16(6):1232-1238.
37. World Health Organization. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. Accessed July 7,2021. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19> (erişim tarihi 30.03.2022)
38. Okyay P. Covid-19 Aşı Çalışmaları. Türk Tabipleri Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu, 2020(228): 52.

39. Fix OK, Blumberg EA, Chang KM, et al. American association for the study of liver diseases expert panel consensus statement: Vaccines to prevent coronavirus disease 2019 infection in patients with liver disease. *Hepatology*. 2021;74(2):1049-1064. doi:10.1002/hep.31751
40. WHO. Access and allocation: how will there be fair and equitable allocation of limited supplies? <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/access-and-allocation-howwill-there-be-fair-and-equitable-allocation-of-limited-supplies>. (erişim tarihi 30.03.2022)
41. CDC. Considerations for phased implementation of COVID-19 vaccination. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/phased-implementation.html> (erişim tarihi 30.03.2022)
42. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA and the UK.. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-implementation-covid-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans> (erişim tarihi:30.03.2022)
43. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurum: <https://www.titck.gov.tr/13012021185623>(erişim tarihi 04.04.2022)
44. Health literacy and health behaviour: World Health Organization; 2009 [Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. (erişim tarihi: 14.04.2022)
45. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*, 2010;15(2); 9-19.
46. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446-51.
47. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. World Health Organization. 2009.
48. Tözün M, Sözmek MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2014;2:48-54.
49. Institute of Medicine. Health Literacy: A prescription to end confusion. Washington D.C. National Academies Press 2004.
50. Deniz S. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2013;73-92.
51. Yılmaz G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Açısından Önemi. *TAF/Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(1):69-74.
52. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2011.
53. UNDP. (2012). <http://www.tr.undp.org/content/turkey/en/home/countryinfo> (Erişim) 14.04.2022
54. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLSEU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
55. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOYTR) Mayıs. 2016:24-41.
56. Abel, T., McQueen, D. (2020). Critical health literacy in pandemics: the special case of COVID-19. *Health promotion international*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa141>
57. McCaffery, K., Dodd, R. H., Cvejic, E., Ayre, J., Batcup, C., Isautier, J. M.,... Wolf, M. S. (2020). Disparities in COVID-19 related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours by health literacy. *MedRxiv*, 1-25.
58. Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., ve Schaeffer, D). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and public health*, (2020)17(15), 1-20.

59. Seng, J. J. B., Yeam, C. T., Huang, W. C., Tan, N. C. ve Low, L. L. (2020). Pandemic related Health literacy-A Systematic Review of literature in COVID-19, SARS and MERS pandemics. *Medrxiv*, 1-33.
60. Gautam, V., Dileepan, S., Rustagi, N., Mittal, A., Patel, M., Shafi, S.,... ve Raghav, P. (2021). Health literacy, preventive COVID 19 behaviour and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 205-211.
61. Szmuda, T., Özdemir, C., Ali, S., Singh, A., Syed, M. T. ve Słoniewski, P. (2020). Readability of online patient education material for the novel coronavirus disease (COVID-19): a cross-sectional health literacy study. *Public Health*, 185, 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.041>
62. Hashemi-Shahri, S. M., Khammarnia, M., Ansari-Moghaddam, A., Setoodehzadeh, F., Okati-Aliabad, H., ve Peyvand, M. (2020). Sources of news as a necessity for improving community health literacy about COVID-19. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 34(63), 1-3. <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.63>
63. <https://covid19.saglik.gov.tr/> (10.04.2022 tarihinde ulaşılmıştır.)
64. Jin A, Yan B, Hua W, Feng D, Xu B, Liang L, Guo C, Clinical characteristics of patients diagnosed with COVID-19 in Beijing, *Biosafety and Health*, 2(2): 104-111.
65. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77707/asi-uygulanacak-grup-siralamasi.html#> (erişim tarihi:10.04.2022)
66. Hakan DEĞERLİ, Nezihe TÜFEKÇİ, (2018), *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, Cilt 6, Sayı 15, 2018, 467 - 488
67. Özdemir S, Algin A, Akça HŞ, Eroğlu SE. Health Literacy in TheEmergency Department: A Cross-sectional Descriptive Study.*Eurasian J Emerg Med* 2020;19(2):94-7.
68. Kutner MA. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics; 2006.
69. Ölmez, E. H. & Barkan, O. B. (2015). *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (8), 121-127
70. Ertaş, H. & Göde, A. (2021). “Sağlık Okuryazarlığı ile Aşılı Karşıtlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma”, *Journal of Academic Value Studies* 7(1) 1-14
71. Wang, X.; Zhou, X.; Leesa, L. & Mantwill, S. (2018). The Effect of Vaccine Literacy on Parental Trust and Intention to Vaccinate after a Major Vaccine Scandal. *Journal of Health Communication*, 23(5):413–421.
72. Johri, M.; Subramanian, S. V.; Sylvestre, M. P.; Dudeja, S.; Chandra, D.; Koné, G. K.; Sharma, Jitendar K. & Pahwa, S. (2015). Association Between Maternal Health Literacy and Child Vaccination in India: A Cross-Sectional Study. *J Epidemiol Community Health*, 69(9): 849-857.
73. De Jesus, M. (2013). The Impact of Mass Media Health Communication on Health Decision-Making and Medical Advice-Seeking Behavior of U.S. Hispanic Population. *Health Communication*(28:5), 525-529. doi: 10.1080/10410236.2012.701584.
74. Friis, K, Lasgaard, M, Pedersen, M. H, Duncan, P. and Maindal, H. T. (2019). “Health Literacy, Multimorbidity, and Patient-Perceived Treatment Burden İn Individuals With Cardiovascular Disease. A Danish Population-Based Study”. *Patient Education and Counseling*, 102 (10), 1932–1938.
75. Bin Naeem, S.; Kamel Boulos, M.N. COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 8091
76. Özdemir A., Öztürk M. COVID-19 Tehdit Algısı ve Yeni Medya Okuryazarlığının e-Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Yol Analizi Kullanılarak İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 11(1): 22-33.

77. Chowdhury N, Khalid A, Turin TC. Understanding misinformation infodemic during public health emergencies due to large-scale disease outbreaks: a rapid review. *Z Gesundh Wiss.* 2021 May 1:1-21.



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Kadir ERİŞİK

Doğum yeri ve tarihi:

Medeni durumu: Evli

E-posta:

Yabancı Dili: İngilizce

II- Eğitimi

2019-2022 Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Uzmanlık Eğitimi

2010-2016 Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tokat

2006-2010 Abdulkerim Bengi Anadolu Lisesi, Tarsus

III- Ünvanları

2019-2022 Aile Hekimi Asistanı

2018-2019 Başhekim Yardımcılığı

2016-2018 Pratisyen Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

2019-2022 Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Kliniği

2018-2019 Zile Devlet Hastanesi, Başhekim Yardımcısı, Tokat

2016-2018 Zile Devlet Hastanesi, Acil Servis, Tokat

EKLER

EK-1 ANKET FORMU

Anket numarası:

Sayın anket katılımcısı;

Bu çalışma ile covid-19 aşılara bakış açısı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi hakkındaki düşüncelerinizin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya katılmakta serbestsiniz. Sizden edinilen bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız :

.....

2. Cinsiyetiniz:

() 1. E () 2. K

3. Medeni durumunuz:

() 1. Evli () 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz)

() 1. İlkokul mezunu () 2. Ortaokul mezunu () 3. Lise mezunu () 4. Meslek Yüksekokulu mezunu () 5. Üniversite/yüksekokul mezunu () 6. Yüksek lisans mezunu () 7. Doktora mezunu

5. Mesleğiniz:

() 1. Ev hanımı () 2. İşçi () 3. Emekli () 4. Öğrenci () 5. Memur () 6. Esnaf () 7. Serbest çalışan () 8. Çiftçi () 9. Diğer.....

6. Sosyal güvenceniz:

() 1.Yok () 2. SGK (Emekli sandığı, SSK) () 3. Yeşil Kart () 4. Diğer (lütfen belirtiniz)

7. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

Cevabınız evet ise nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() 1. Diyabet () 2. Hipertansiyon () 3. Kalp Hastalığı () 4. Böbrek hastalığı () 5. Astım () 6. Diğer (lütfen belirtiniz) _____

8.Pandemi sürecinde Covid-19 tanısı aldınız mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

9.Pandemi sürecinde Covid-19 tanısı aldıysanız tedavi sürecinde ilaçlarınızı düzenli kullandınız mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

10.Pandemi sürecinde Covid-19 tanısı aldıysanız,bu sebeple hastane yatışınız oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

11.Pandemi sürecinde Covid-19 tanısı alan ve hastane yatışı olan yakınınız oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

12.Pandemi sürecinde Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden yakınınız oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

13.Covid-19 aşılama programı kapsamında aşı yaptırdınız mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

14.Covid-19 aşılama programı kapsamında aşı olduysanız hangi tür aşı olmayı tercih ettiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() İnaktif Covid-19 aşıları () Canlı atenüe Covid-19 aşıları

15.Covid-19 aşılama programı kapsamında aşı olduysanız kaç doz aşı oldunuz?

() 1 () 2 () 3 () 4