T.C

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

COVİD-19 PANDEMİSİNDE VATANDAŞLARIN GÖRÜŞLERİNİN ÖLÇÜLMESİ: ÇANKIRI ÖRNEĞİ

Fatma CEYLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi İsmet AKBAŞ

Çankırı – 2023

T.C

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

COVİD-19 PANDEMİSİNDE VATANDAŞLARIN GÖRÜŞLERİNİN ÖLÇÜLMESİ: ÇANKIRI ÖRNEĞİ

Fatma CEYLAN

ORCID: 0000-0003-1693-9293

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi İsmet AKBAŞ

Çankırı - 2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ iii
TEZ KABUL VE ONAY iv
ÖNSÖZ v
ÖZET vi
TABLO LİSTESİ ix

1. GİRİŞ 1

2. TEK SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIKLI KENTLER 5
2.1. Tek Sağlık Kavramı ve Tarihsel Gelişimi 5
2.2. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Zoonotik Hastalıklar 6
2.3. Tek Sağlık Yaklaşımı ve İklim Değişikliği 7
2.4. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Gıda 9
2.5. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Antimikrobiyal Direnç 10
2.6. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Eğitim 11
2.7. Avrupa Birliği Tek Sağlık Yaklaşımı 11
2.8. Türkiye'de Tek Sağlık Yaklaşımı 12
2.9. Kentsel Sağlık ve Kentsel Sağlığın Önemi 13
2.10. Sağlıklı Kentler Projesi 15
2.11. Sağlıklı Kent Bileşenleri 16

3. 21. YÜZYILIN EN BÜYÜK BİYOLOJİK AFETİ: COVİD-19 PANDEMİSİ 18
3.1. Pandemi Kavramı 18
3.2. Geçmiş Pandemiler 18
3.3. Covid-19 Pandemisi 21
3.4. Covid-19 Pandemisinde İletişim ve Medya 22
3.5. Covid-19 Pandemisinin Bireysel ve Toplumsal Etkileri 24
3.6. Sağlık Okuryazarlığı 25

4. COVİD-19 PANDEMİ YÖNETİMİNDE ULUSAL VE YEREL ORGANİZASYONLAR 27
4.1. Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu 27
4.2. Toplum Bilimleri Kurulu 27
4.3. İl Pandemi Kurulu 27
4.4. Umumi Hıfzısıhha Kurulu 28
4.5. Çankırı İli Umumi Hıfzıssıhha Kurulu Kararları İncelemesi 29
4.5.1. Yaş Gruplarına Yönelik Alınan Kararları 30
4.5.2. Maske Kullanımına Yönelik Alınan Kararlar 32
4.5.3. Sosyal Mesafenin Sağlanmasına Yönelik Alınan Kararlar 33
4.5.4. Karantina Tedbirine Yönelik Kararlar 36

4.5.5. İş Yerlerine Yönelik Kararlar 38
4.6. İl Salgın Koordinasyon Kurulu 40
4.7. Vefa Sosyal Destek Grupları 41

5. GEREÇ, YÖNTEM VE BULGULAR 42
5.1. Araştırmanın Tipi 42
5.2. Araştırmanın Zamanı 42
5.3. Araştırmanın Yeri 43
5.3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri 44
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 44
5.5. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri 44
5.6. Anket Formu 44
5.7. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi 45
5.8. Araştırmanın Amacı 45
5.9. Araştırmanın Problemi 45
5.10. Araştırmanın Önemi 46
5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları 46
5.12. Bulgular 46
5.12.1. Tanımlayıcı Bulgular 46
5.12.2. Karşılaştırmalı Bulgular 47

6. TARTIŞMA 68

7. SONUÇ VE ÖNERİLER 76

KAYNAKÇA 80

EKLER 93
Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu 93
Ek 2. Etik Kurul Raporu 97

ÖZGEÇMİŞ 99

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığım *Covid-19 Pandemisinde Vatandaşların Görüşlerinin Ölçülmesi: Çankırı Örneği* adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlanmasına kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

28/04/2023

Fatma CEYLAN

TEZ KABUL VE ONAY

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Fatma CEYLAN tarafından hazırlanan "Covid-19 Pandemisinde Vatandaşların Görüşlerinin Ölçülmesi: Çankırı Örneği" başlıklı bu çalışma, 28.04.2023 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda oybirliği başarılı bulunarak jürimiz tarafından Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ (Unvanı, Adı ve Soyadı)

Danışman	: Dr. Öğr. Üyesi İsmet AKBAŞ	İmza: ……..
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Hediye Şirin AK	İmza: ……..
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREL	İmza: ……..

ONAY

Bu Tez, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 13/04/ 2023 tarih ve 2023/17-16 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Coşkun POLAT

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Covid-19 Pandemisinde Vatandaşların Görüşlerinin Ölçülmesi: Çankırı Örneği konusu, pandemi deneyimini vatandaşların bakış açısı ile değerlendirilmesi yönünden araştırılmaya değer bulunmuştur.

Bu tezi hazırlayıp sunmamda yardımlarını esirgemeyen, destekleyici tutumuyla motivasyonumu artıran, her zaman ulaşabildiğim danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi İsmet AKBAŞ'a, tez savunmama katılarak, önerileri ve yapıcı eleştirileri ile tezimin bilimsel temelini güçlendiren tez jüri hocalarım; aynı zamanda Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği dersini aldığım hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hediye Şirin AK'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREL'e saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Anket geliştirme ve veri analizi konusunda gelişmeme katkı sağlayan, destek olan değerli arkadaşım ve hocam Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Ayhan AKTAŞ'a, Çankırı Karatekin Üniversite Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi bölümündeki tüm yüksek lisans dönemi hocalarıma, hayatta yolumun kesiştiği, deneyim kazanmama, vizyonumun gelişmesine katkı sağlayan iş arkadaşlarıma, tüm dostlarıma, sonsuz teşekkür ederim.

Bana her zaman destek olan, tez yazım süresinde de destek olmak için elinden gelen her şeyi yapan sevgili eşim Arif CEYLAN'a, yaşama olan bağlığımı artıran kıymetli çocuklarım Mert Eren CEYLAN ve Yiğit CEYLAN'a sevgilerimi ve en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

15/01/2023

Fatma CEYLAN

ÖZET

Tezin Başlığı : Covid-19 Pandemisinde Vatandaşların Görüşlerinin Ölçülmesi: Çankırı Örneği
Tezin Yazarı : Fatma CEYLAN
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi İsmet AKBAŞ
Anabilim Dalı : Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
Türü : Yüksek Lisans Tezi
Kabul Tarihi :28.04.2023

Bu çalışma ile 2019 yılında başlayıp, 2023 yılına gelindiğinde devam eden Covid-19 pandemisi hakkında vatandaşların görüşlerinin; Covid-19 hakkında genel bilgiler, koruyucu önlemler, bilgi edinmek için başvurulan yollar boyutlarıyla ölçülmesi, yanıtların sosyodemografik özelliklere göre değişiklik gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırma sonucunda vatandaşların salgın ile ilgili görüşlerinin literatürde kayıt altına alınması, pandemi yönetiminde ulusal ve yerel organizasyonların incelenmesi ve pandemi hazırlık planlarına katkı sağlanması, ayrıca sağlığın korunması ve geliştirilmesi için; tek sağlık yaklaşımına ve kentsel sağlık kavramlarına dikkat çekilmesi de çalışmanın diğer amaçlarındandır.

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket, G-power güç analizi ile belirlenen 383 kişiye uygulanmıştır. Veri analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin analizinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler; grup karşılaştırmalarında Ki-Kare testi; normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis önemlilik testleri uygulanmıştır.

Bulgular değerlendirildiğinde, hiç aşı olmamış 51 (13,3%) kişi olduğu, orta ve ileri yaşta olanların sağlık okur yazarlığı ile ilişkili sorulara istatistiksel olarak anlamlı düzeyde katılmıyorum görüşü belirttiği, yaşlıların bilgi edinmek için daha çok televizyonu tercih ettiği, gençlerin bilgi edinmek için daha çok sosyal medyayı tercih ettiği, çalışanların maske, sosyal mesafe tedbirlerine katılımının düşük olduğu, aşı yaptırmayanların daha çok gençlerden oluştuğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Covid-19, Pandemi Yönetimi, Tek Sağlık kavramı, Sağlıklı kentler*

ABSTRACT

Thesis Title	**:** Measuring Citizens' Views in the Covid-19 Pandemic: The Case of Çankırı
Author	**:** Fatma CEYLAN
Supervisor	**:** Asst. Prof. Dr. İsmet AKBAŞ
Department	**:** Political Science and Public Administration
Thesis Type	**:** Master's Thesis
Date	**:** 28.04.2023

With this study, the opinions of citizens about the Covid-19 pandemic, which started in 2019 and continued in 2023; It was conducted to measure general information about Covid-19, protective measures, ways to obtain information in terms of dimensions, and to determine whether the responses vary according to sociodemographic characteristics. As a result of the research, in order to record the opinions of citizens about the epidemic in the literature, to examine national and local organizations in pandemic management and to contribute to pandemic preparation plans, as well as to protect and improve health; Another aim of the study is to draw attention to the one health approach and urban health concepts.

The questionnaire developed by the researcher was applied to 383 people determined by G-power power analysis. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) program was used for data analysis. Mean, standard deviation, numbers and percentages in the analysis of descriptive statistics; Chi-Square test in group comparisons; Kruskal Wallis significance tests were used to compare continuous variables that did not fit the normal distribution.

When the findings are evaluated, it is seen that there are 51 (13.3%) people who have never been vaccinated, those who are in the middle and old age stated that they do not agree with the questions related to health literacy at a statistically significant level, the elderly prefer television more to get information, and the young people are more likely to get information. It has been determined that most of the employees prefer social media, the participation of employees in masks and social distance measures is low, and those who do not get vaccinated are mostly young people.

Keywords: Covid-19, Pandemic Management, One Health Concept, Healthy Cities

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
AMD : Antimikrobiyal Direnç
ASM : Aile Sağlığı Merkezi
BM : Birleşmiş Milletler
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
COVİD - 19 : Koronavirüs Hastalığı
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control
FAO : Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
HSGM : Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IFRC : Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu
ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü
KUZKA : Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı
PHEIC : Uluslararası Öneme Sahip Halk Sağlığı Acil Durumu
SARS : Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SGGM : Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SOY : Sağlık Okur Yazarlığı
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
THSK : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSOY-32 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UHK : Umumi Hıfzısıhha Kurulu
UNAİDS : Birleşmiş Milletler HİV/AİDS Programı
UNDP : Birleşmiş Milletler Geliştirme Programı
VKİ : Vücut Kitle İndeksi
WHO : Dünya Sağlık Örgütü
WWF : Dünya Doğayı Koruma Vakfı

TABLO LİSTESİ

Tablo No		Sayfa
Tablo 3.1. :	Salgınların Zaman Dilimi ……..……...	19
Tablo 3.2. :	Salgınların Etkeni/Çıkış Kaynağı Ve Tahmini Ölüm Sayıları ….	20
Tablo 4.1. :	2020-2021- Karar Sayısı Ve Resmi Dayanağı …….	29
Tablo 4.2. :	2020-2021- Yaş Gruplarına Yönelik Alınan Kararlar ……..	30
Tablo 4.3. :	2020-2021- Maske Kullanımına Alınan Yönelik Kararlar ……	32
Tablo 4.4. :	2020-2021- Sosyal Mesafenin Sağlanmasına Yönelik Kararlar ..	33
Tablo 4.5. :	2020-2021- Karantina Tedbirine Yönelik Kararlar …..……	36
Tablo 4.6. :	2020-2021- Eğitim Öğretime Yönelik Kararlar ……	37
Tablo 4.7. :	2020-2021- İş Yerlerine Yönelik Alınan Kararlar …….	38
Tablo 5.1. :	Örneklem Dağılımı, uygulama yeri ve uygulama tarihi …..…….	43
Tablo 5.2. :	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri …….…….	46
Tablo 5.3. :	Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması ……	48
Tablo 5.4. :	Covid-19 dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir ile Sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ..…….	49
Tablo 5.5. :	Covid-19 dan korunmak mümkün değildir ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……..……	50
Tablo 5.6. :	Covid-19 hastalığı kaderdir ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……..……	51
Tablo 5.7. :	65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……	52
Tablo 5.8. :	Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……..……..	53
Tablo 5.9. :	Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……..	54
Tablo 5.10. :	Kalabalığa girmekten kaçınırım. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması …….	55
Tablo 5.11. :	Sosyal mesafe kuralına uyarım. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması …….	56

Tablo 5.12. :	El dezenfektanı kullanırım. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……	57
Tablo 5.13. .	Kapalı mekanları sık sık havalandırırım. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……..	58
Tablo 5.14. .	Televizyondan bilgi edinirim. bilgi edinirim ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması …….	59
Tablo 5.15. :	Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması …….	60
Tablo 5.16. :	Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……	61
Tablo 5.17. :	Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması ……	62
Tablo 5.18. :	Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim. ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması …….	63
Tablo 5.19. :	Yaş ile Covid-19 hakkında genel bilgiler, koruyucu önlemler, Covid-19 hakkında bilgi edinme yolları boyutlarındaki cevapların karşılaştırılması ……	65

1. GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklara insanlık tarihi boyunca rastlanmıştır. Bulaşıcı hastalıklar gösterdikleri yayılıma göre salgınlara, endemilere, pandemilere yol açmış; hastalananların hastane yatışlarına, bedensel engelliliğe ve ölümlere neden olmuş, tarihte savaşları, sosyal hayatı ve ekonomiyi doğrudan etkilemiştir.

Kentleşme, sanayileşme, nüfus artışı, ulaşımın kolay ve hızlı olması bulaşıcı hastalıkların yayılmasını hızlandırmış; çevrenin tahrip olması, havanın, su kaynaklarının kirlenmesi, ekolojik dengenin bozulması yeni bulaşıcı hastalıkların daha sık görülmesine, salgınlara, pandemilere dönüşmesinde etkili olmuştur (Eyüpoğlu, 2020).

Covid-19 hastalığı, 2019 yılında Çin'de görülmeye başlamıştır. Hastalığın kaynağının pangolin (karıncayiyen) isimli hayvan olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılının Ocak ayında bu yeni coronavirüs hastalığı olan Covid-19'u en yüksek alarm seviyesi olan Uluslararası Öneme Sahip Bir Halk Sağlığı Durumu (PHEIC) olarak ilan etmiş ve tüm ülkelere yayılma riskinin yüksek olduğuna dikkat çekmiştir (DSÖ, 2022).

Covid-19'un insandan insana solunum yolu ile bulaşıyor olması, hastalığın yayılımını azaltmak için maske kullanımı, sosyal mesafe, karantina uygulamaları başlamış; dönem dönem sokağa çıkma kısıtlamaları, seyahat kısıtlamaları, düğün, toplantı, sportif faaliyetler gibi insanların yoğun olarak bir arada olduğu etkinliklerin durdurulması uygulamaları görülmüştür. Pandeminin başında henüz aşının geliştirilmemiş olması, hastalığın seyri ile ilgili belirsizlikler, hastanede yatarak tedavi gerekebilmesi, ölümle sonuçlanan Covid-19 vakaları görülmesi, insanlarda bu yeni hastalığa karşı kaygı ve korku oluşmasına neden olmuştur. Maske takılması, sokağa çıkma kısıtlaması, seyahat kısıtlaması, karantina uygulamaları, toplu etkinliklerin durdurulması gibi pandemiyi baskılamaya yönelik uygulamalar toplumun her kesimini etkilemiştir (Yurtkulu ve Akçay 2021).

Pandemi yönetimi toplumun her kesimiyle kamu, özel sektör, sivil toplum kuruluşlarıyla uyum içerisinde çalışılarak, doğru bilgileri doğru iletişim şekli ile aktararak yönetilmesi gereken son derece dinamik bir süreçtir.

Salgın dönemlerinde halkın geleneksel uygulamaları bilinen bir olgudur. Toplumun gelenekleri, inançları, yaşam şekli, sosyodemografik yapısı anlaşılmadan pandemi yönetiminde başarılı olunması güçtür (Tunçer, 2022). Pandemi yönetiminde rol oynayan kişi ve kurumların pandemi mücadelesini bilimsel metodlarla sürdürürken, bulundukları bölgenin sosyodemografik özelliklerini bilmeleri, bölgenin özelliklerine göre riskleri analiz edebilmeleri ve vatandaşların salgınla mücadeleye katılımını sağlamak için doğru ve etkin bilgilendirme metotları kullanmaları gerekmektedir.

Bu araştırma Çankırı ilinde yaşayan vatandaşların pandemi hakkındaki görüşlerini; Covid-19 pandemisi hakkında genel bilgiler, koruyucu önlemler, bilgi edinmek için başvurulan kaynaklar boyutları ile ölçmek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın diğer amaçları Vatandaşların görüşlerinin ölçülmesi ile içinde bulunulan yüzyılın en ölümcül pandemisiyle ilgili; vatandaşların görüşlerinin kayıt altına alınması, bilimsel metotlarla analiz edilmesi, görüşlerin sosyoekonomik durumla ilişkisinin belirlenmesi, pandemi deneyiminin aktarılması, ileride görülebilecek pandemilere hazırlık planlarına katkı sağlanması; sağlığın korunması ve geliştirilmesi için tıp, veterinerlik, çevre, sosyal bilimlerin bir arada çalışması yaklaşımı olan tek sağlık kavramına ve kentsel sağlığın önemine dikkat çekilmesidir.

Araştırmanın, literatürde vatandaşların görüşlerini benzer şekilde ölçmeye yönelik yapılmış çalışma bulunmadığından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. 2020-2021 yılları arasında İl Umumi Hıfzısıhha Kurulunun pandemi tedbirlerine yönelik aldığı kararların analiz edilmiş olması, kararların ulusal düzeyde yayınlanan kararnamelerle, Çankırı ilinde pandeminin seyri ve litaretürde yapılmış çalışmalarla açıklanması çalışmanın litaretüre katkı sağlayan diğer bir bölümüdür.

Vatandaşların görüşlerinin ölçülmesi ile halen devam etmekte olan, içinde bulunulan yüzyılın en ölümcül pandemisiyle ilgili; vatandaşların görüşlerinin kayıt altına alınması, bilimsel metotlarla analiz edilmesi, görüşlerin sosyoekonomik durumla ilişkisini belirlemesi yoluyla pandemi deneyiminin aktarılması ileride görülebilecek pandemilere hazırlık planlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu; araştırmacı tarafından yapılan literatür taraması ve pandemi henüz başlamadan pandemi planlarının hazırlandığı

dönemde başlayıp aşının bulunduğu, vaka sayılarının azaldığı, kısıtlamaların kaldırıldığı 2 yılı aşkın dönemi kapsayan gözleme dayalı olarak hazırlanmıştır. Örneklem Çankırı merkez ve ilçelerini kapsayacak şekilde belirlenmiş 383 kişiden oluşmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde tek sağlık kavramı ve sağlıklı kentler konusu incelenmiştir. Sağlık hizmetleri ve sağlığın korunması, geliştirilmesi çalışmaları sadece Sağlık Bakanlığı teşkilatı tarafından yürütülemeyecek düzeyde çok boyutludur. Bu nedenle sağlığa yaklaşımı, hayvan sağlığı ve çevre sağlığı ile daha bütüncül ele alan tek sağlık kavramı gelişmiştir. Nüfusun büyük bölümünün yaşadığı kentlerin planlanmasında tek sağlık yaklaşımıyla, temel sağlık hizmetlerine erişimin kolay olduğu şekilde yapılandırılması, alt yapı çalışmaları, atık yönetimi ve yeşil alan, yürüyüş alanları planlamaları gibi çevresel düzenlemelerde sağlığın geliştirilmesini destekleyici projeler yürütülmesi son derece önemlidir.

Çalışmanın üçüncü bölümde pandemi kavramı ve 21. yüzyılın en büyük pandemisi Covid-19 hakkında genel bilgiler verilmiştir. Pandemi yönetiminde iletişim ve medya etkisi, pandeminin bireysel ve toplumsal etkileri ve vatandaşların pandemi ile mücadeleye uyum sağlamasında doğrudan etkili olan sağlık okur yazarlığı konuları işlenmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümde pandemi mücadelesinde ulusal ve yerel düzeyde oluşturulan organizasyonlar incelenmiştir. Pandemi döneminde adı sıkça duyulan kurullar incelenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü Çankırı ilindeki kurulların faaliyetlerine değinilmiştir. İl'de pandeminin seyrine göre düzenlemeler yapan Umumi Hıfzıssıhha Kurulunun Covid-19 pandemisine yönelik 2020 yılında aldığı 79 karar ve 2021 yılında aldığı 24 karar ana başlıklar altında analiz edilmiştir.

Çalışmanın beşinci bölümde, araştırmanın gereç ve yöntemi açıklanmıştır. Çankırı ilinde Covid-19 pandemisi ile ilgili vatandaşların görüşlerini ölçmeye yönelik uygulanan anket formlarının istatistiksel analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

Pandemiler insanlık tarihi boyunca görülmüş; ölümlere, engellilik durumlarına neden olmuştur. Pandemi mücadelesinde çok sektörlü ve bütüncül bir yaklaşımın

benimsenmesi; toplumun sosyodemografik yapısının, geleneklerinin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmesi son derece önemlidir.

Türkiye'de bölgeler ve iller düzeyinde; demografik yapı, gelenekler, pandemi ve sağlığı etkileyen diğer unsurlara karşı dirençlilik düzeyi farklılık göstermektedir. Yürütülen alan araştırması ile Çankırı ilinde pandemi mücadelesinde yönetsel müdahaleler incelenerek, vatandaşların pandemi hakkındaki görüşleri istatistiksel yöntemlerle ölçülerek, tek sağlık ve sağlıklı kentleşmenin sağlığın korunması ile ilişkisine dikkat çekerek literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

2. TEK SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIKLI KENTLER

2.1. Tek Sağlık Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Tek sağlık; insanların, hayvanların ve ekosistemlerin sürdürülebilir bir şekilde optimize edilmesini amaçlayan entegre ve bütüncül bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Tek sağlık insanları hayvanları çevreyi birbiri ile ilişkilendirerek, tespit, önleme, hazırlanma, müdahale etme ve yönetme gibi çeşitli alanlarda hastalıkların kontrolünü destekleyerek, küresel sağlık güvenliğine katkıda bulunabilmektedir. Tek sağlık yaklaşımı, toplumsal ulusal bölgesel ve küresel düzeylerde uygulanabilir yönetişimi işbirliğini ve koordinasyonu gerektirmektedir. Yaklaşım; adil ve bütünsel çözümler geliştirmek için insanların ortak faydaları, riskleri, değişim ve fırsatları anlamalarını kolaylaştırmaktadır (DSÖ, 2020). Tek sağlık yeni ortaya çıkmış bir kavram değildir. Ünlü antik Yunan hekimi Hipokrat yazdığı "Hayvanlar, Sular ve Yerler" ile tek sağlık kavramını işaret ederek, temiz bir çevre ile sağlık ilişkisini işaret etmiştir (Dahal ve Kahn 2014) .

Sağlık kavramı DSÖ tarafından 1948 yılında bütünsel bir yaklaşımla, "Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu" olarak tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki doğrultusunda sağlık kavramının; soyut olmaktan çok, insanların ekonomik, sosyal ve bireysel yönden verimli bir yaşam sürmesine temel oluşturan bir kaynak olduğuna dikkat çekilmiştir (DSÖ, 1986).

Bireysel olarak hayatta kalmak ve yaşamı sürdürmek için temel sermaye sağlıktır. Sağlığın koşulu olarak hastalığın olmaması; fiziksel, sosyal, ruhsal yönden refah durumuna ulaşmanın ön koşul olarak belirlenmiş olması; sağlığın ancak çok boyutlu, çok sektörlü, multudisipliner bir yaklaşımla sağlanabileceği sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Bireyin ve toplumun sağlık durumunun belirlenmesinde, kişisel faktörlerin yanında; sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler de etkilidir. Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi sadece sağlık davranışları ve sağlıklı yaşam tarzına indirgenememekte; gelir düzeyi, sosyal statü, sağlık hizmetlerine erişim, istihdam olanakları, çalışma şartları, fiziksel çevre de sağlığı doğrudan etkilemektedir (DSÖ, 2023).

Hızlı nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme; doğal alanların tahrip edilmesine, yabani hayvanlarla insanların yaşam alanlarının iç içe geçmesine sebep olmuştur. Bunun sonucunda hayvanlarda hastalıklara yol açan patojenler, insanlara geçerek hastalıklara sebep olmuştur. Hayvandan insana bulaşan hastalıkların salgınlara, pandemilere yol açarak, büyük kitleleri etkilemesi, ölümlere, engellilik durumuna yol açması sağlığa daha bütüncül yaklaşılmasını gerekli kılmış ve tek sağlık kavramı ortaya çıkmıştır. 20. yüzyılda bilim insanları insan ve hayvan anatomisindeki benzerlikler nedeniyle, tıp ve veterinerlik fakülteleri arasında teorik ve uygulamalı eğitimde işbirliği içinde çalışılması gerektiğini savunmuşlardır. 21. yüzyıla gelindiğinde "Tek Sağlık" görüşüyle insan ve hayvan sağlığı için ortak araştırmalar, aşı programları, ilaç araştırmaları yaygınlaşmıştır (Zinsstag ve diğerleri, 2015). Hayvan kaynaklı enfeksiyonların insanlara bulaşmasıyla ölümlere neden olan pandemileri önleyebilmek ve kontrol altına alabilmek için tıp ve veterinerlik bilimlerinin iş birliğinin yanında; sosyal bilimcilerin, çevre bilimcilerin diğer sektörlerle ulusal ve uluslararası düzeyde işbirliğinin gerektiği yaklaşımı kabul görmüştür (Gibbs, 2014).

Tarihsel süreçte tek sağlık kavramının 19. yüzyıl ortalarında tartışılmaya başlandığı 20. yüzyılda tıp hekimliği ve veteriner hekimlik alanlarında işbirliğinin arttığı 21. yüzyıla gelindiğinde ise kavramın çevre sağlığı ve sosyal bilimleri de içine alacak şekilde genişlediğini söylemek mümkündür (CDC, 2017).

2.2. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Zoonotik Hastalıklar

Omurgalı hayvanlarda görülen hastalıkların insanlara geçmesi sonucunda görülen enfeksiyonlara veya hastalıklara zoonotik hastalık, zoonotik hastalığa sebep olan etkenlere de zoonoz denilmektedir. Zoonozlar, hayvanlardan insanlara doğrudan temasla, sularla, çevre ve tarımsal ürünlerle bulaşabilmektedir. Zoonotik hastalıklar tüm dünyayı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (DSÖ, 2020).

Hayvan kaynaklı enfeksiyonlar tek sağlık kavramının ortaya çıkışında etkili olmuştur. İnsanlarda hastalığa yol açan zoonoz türlerinin yarısından fazlası hayvan kaynaklıdır. Yeni görülen veya eskiden görülmüş olup yeniden salgın yapan

etkenlerin %75'ini zoonozlar oluşturmaktadır. HIV gibi bazı zoonozlar mutasyona uğrayarak zamanla yalnızca insana özgü bir etkene dönüşebilmektedir. Ebola Virüsü Hastalığı, Salmonelloz gibi zoonotik hastalıklar tekrarlayan salgınlara yol açabilmektedir (DSÖ, 2020).

Yeni ortaya çıkan hastalıklarda zoonotik olan patojenlerin oranı zoonotik olmayanların iki katını oluşturmaktadır (Taylor ve diğerleri, 2001).

Zoonotik etkenler bioterörizm için de kullanılmaktadır. Tularami, şarbon, botulism ve veba etkenleri başlıca biyoterörizm tehdidi olarak sayılmaktadır. Tek sağlık kavramı biyoterörizmle mücadelede de büyük önem taşımaktadır (Reacher, 2002).

Zoonotik hastalıklar ekonomik ve iş gücü kayıplarına neden olmakta, bunun sonucunda da ülke ekonomisine büyük yük getirmektedir. Son 10 yılda ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların etkenlerinin %75'ini Zoonotik hastalıklar oluşturmaktadır. Zoonotik etkenlerin %80'i bioterör tehditi olarak kullanılmaktadır. Zoonotik hastalıklarla mücadele ancak veterinerlik, tıp, çevre sağlığı bilimlerinin işbirliği içinde yürüteceği çalışmalarla mümkündür (THSK, 2023). Zoonotik hastalıkları önleme tedbirleri etkene göre farklılıklar göstermektedir. Ancak genel olarak etkili uygulamalar da bulunmaktadır. Tarım sektörü için geliştirilmiş güvenli hayvan bakımı kılavuzları, hayvansal gıdalar ve hayvan gübresi ile temas eden bitkilerden bulaşan hastalıkların salgınlara neden olmasını azaltmada etkilidir. Atıkların uygun şekilde bertaraf edilmesi, doğal kaynak suları ve yüzey sularının korunması, temiz içme sularının korunması, hayvanlarla temas eden insanların el hijyenine önem vermesi, her temastan sonra ellerini yıkaması ve davranış kazandırmaya yönelik halk eğitimleri yapılması zoonotik hastalıklarla mücadelede etkilidir (DSÖ, 2020)

2.3. Tek Sağlık Yaklaşımı ve İklim Değişikliği

Belirli bir zaman aralığında görülen doğal iklim değişikliğine ek olarak, insan kaynaklı doğrudan veya dolaylı etkilerin atmosfer bileşimini bozması sonucunda görülen değişim; iklim değişimi olarak tanımlanmıştır (WWF).

İklim değişikliği küresel ısınma sonucunda görülmektedir. Küresel ısınma, doğal olarak ya da insan etkisiyle atmosferin dünya yüzeyine yakın kısımlarında sıcaklığın artması olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2002).

Hava sıcaklıklarında ve iklimde görülen değişimler 21. yüzyılın ortalarına gelindiğinde artış göstermiştir. Görülen değişimin daha çok sosyoekonomik ve ekolojik etkiler göstereceği beklenmekteydi (Padhy, Sarkar, Panigrahi ve Paul, 2015). Ancak iklim değişikliğinin etkilerinin sadece ekolojik ve sosyoekonomik etki ile sınırlı kalmadığı; insan sağlığını da olumsuz etkilediği, büyük bir risk oluşturduğu görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü 2030-2050 yıllarında iklim değişikliğinin etkileri nedeniyle ölüm oranlarında artış olacağını tahmin etmektedir. Artışın yıllık ek olarak 250 000 kişinin üzerinde ölüme neden olacağını tahmin edilmektedir (Watts ve diğerleri, 2015).

İklim değişikliğinin insan sağlığına etkileri yalnızca ortalama sıcaklıkların artması ve buzulların erimesiyle sınırlı değildir. İklim değişikliği insan ve hayvan göçlerine, aşırı hava olaylarının sayı ve sıklığında artışa, vektör ve su kaynaklı bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması ve yayılmasına (Lanset, 2019), gıda, hava, su kirliğinin ve allerjen etkenlerin artması gibi sağlığı olumsuz etkileyen değişimlere neden olmaktadır (HEAL, 2020).

Küresel ısınmanın başlıca zararlı etkileri, iklim değişikliği, sıcaklık artışı, ekolojik dengenin bozulması, orman yangınlarının artması ve ormanların yok olması, göllerde sıcaklık artışı, deniz seviyesinde yükselme, vektörel bulaşıcı hastalıklarda artış, salgınlar, doğal su kaynaklarının yok olması, çölleşme ve kıtlık olarak sıralanabilir (Öztürk, 2002).

İklim değişikliğinin neden olduğu değişiklikler, ekosistemlerin bozulması, insan ve hayvan sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Enfeksiyon hastalıklardan korunmada koruyucu sağlık hizmetleri yaklaşımıyla kullanılan aşı üretimi, aşı uygulaması, vektör kontrolü, koruyucu ve tedavi edici sağlık sistemleri geliştirilirken; iklim değişimi ve ekosistemlerdeki bozulmasının sağlığa etkilerinin göz önünde bulundurulmasının çalışmaların etkinliğini artıracağı öngörülmektedir.

2.4. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Gıda

Dünya Gıda Zirvesinde gıda güvenliği; bütün insanların yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için besinsel tercihlerine uygun besin ihtiyaçlarını karşılamak üzere gıdaya ulaşımda fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak ulaşabilmeleri olarak tanımlanmıştır (FAO, 1996).

İnsan sağlığı beslenme ile doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı beslenme ve kaliteli gıdaların tüketiminde; sağlıklı hayvanlardan, sağlıklı çevrede elde edilen ürünlerin tüketiminin önemi büyüktür (Boa ve diğerleri, 2015).

Hem bireysel hem de popülasyon seviyesinde sağlık, beslenmeye dayanmaktadır ve gıda kalitesi de hayvanların sağlığının iyi olmasına ve sağlıklı çevrede yetişen ürünlere bağlıdır (Boa ve diğerleri, 2015).

En önemli zoonotik hastalıklar hayvansal gıdaların tüketimi ile hayvandan insana geçmektedir. Bu nedenle gıda güvenliği tek sağlık kavramının temel unsurlarındandır (Hiçcan, 2017). Hayvansal gıda güvenliğinin başlıca unsurları; üretim yerinden tüketim yerine ulaşana kadar, gıda güvenilirliğini sağlayarak, koruyucu ve tedavi edici veterinerlik uygulamaları kontrolünde biyogüvenlik tedbirlerinin alındığı, kullanılan ürünlerin kayıtlı olduğu, iyi çevre koşullarının sağlandığı ortamlardan elde edilmesidir. Yumurta, et, süt gibi temel gıdaların üretiminde; hayvanların sağlıklı olması, mezbaha ve gıda işletmelerinin teknik ve sıhhi koşulları sağlaması gerekmektedir (Sungur, 2019).

Beslenme yetersizliği ve açlık sorununun çözümünde gıda güvenilirliğinin ve tarımsal sürdürülebilirliğin sağlanması yer almaktadır. Su kaynaklarının ve tarımsal alanların sınırlı olması, tarımsal faaliyetlerin daha fazla üretim sağlayacak şekilde yapılması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca tarımda; kent pazarlarında tarımsal ürünlerin artırılmasına, yiyeceklere erişirken çevresel sürdürülebilirliğin de sağlanmasına özen gösterilmelidir. Gıda güvenliğinin sağlanabilmesi için hükümetlerin tarımsal kalkınmaya önem vermeleri zorunludur. Dünya nüfusunun 2050 yılına gelindiğinde %30 artarak 9 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir. Tahmini rakama ulaşılması dünya nüfusuna her hafta 1 milyondan fazla kişinin eklenmesi anlamına gelmektedir. Nüfustaki artış ile beraber gıda ihtiyacında da artış

beklenmektedir. İlerleyen yıllarda gıda güvenilirliği ile ilgili beklenen sorunlar sadece beslenmesi gereken insan sayısındaki artış ile sınırlı değildir. Kentler ve toplumların artan et ve süt talebi veterinerlik hizmetlerinin sunumunu zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte iklim değişikliğine bağlı su ve toprak bozulması, fiyat değişikliği gibi ekonomik etkiler, gıda ihtiyacı üretim maliyetinin düşürülmesini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca gıda üretiminde sürdürülebilirliğin sağlanarak, ileride doğacak nesillere çevresel bir maliyet oluşturulmaması sağlanmalıdır (Kelly ve diğerleri, 2013).

Tarımsal üretimde artışın su ve biyoçeşitliliğe etkileri de önem kazanmıştır. Kentleşme, sanayileşme, iklim değişikliği suya erişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Nüfus artışı 1 milyar civarında insanın nehir havzalarına yerleşmesine neden olmuştur. Su ve gıda güvenliği ile ilgili yaşanan sorunların çözümünde tek sağlık yaklaşımı ile bir araya gelen disiplinler etkili olabilir. Çevre bilimi, bölge planlama, tarım, halk sağlığı alanlarındaki uzmanların bir araya gelerek gıda güvenilirliği konusunda etkili iyileştirmeler sağlamaları beklenmektedir (Barrett ve Osofsky, 2013).

2.5. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Antimikrobiyal Direnç

Antimikrobial direnç; hastalık yapıcı mikroorganizmanın, uygulanan antimikrobiyal tedaviye karşı direnerek canlılığını sürdürmesidir. Bakteriler de; üremelerini durdurmak veya öldürmek amacıyla üretilmiş antibiyotiklere karşı geliştirdikleri çeşitli mekanizmalarla direnç kazanabilmektedir (Abbasoğlu ve Çevikbaş, 2011).

Bilinçsiz antibiyotik kullanımı antibimikrobiyal dirence (AMD) neden olmaktadır. Kullanılan antibiyotikler bazı duyarlı bakterileri öldürürken, dirençli bakteriler hayatta kalarak çoğalabilmektedir. Kullanılan antibiyotik miktarı arttıkça bakterilerin gösterdiği dirençte aynı oranda artmaktadır. Bunun sonucunda da gelecekte, antibiyotik tedavisine gerek duyulduğunda antibiyotiklerden sonuç alınamayacağı öngörülmektedir (Lipsitch ve diğerleri, 2002).

Antibiyotik direnci; insanların, hayvanların ve çevresel faktörlerin etkili olduğu küresel bir sağlık sorunudur. Antibiyotiklerin etkisini kaybetmesi halinde önemli tıbbi müdahaleler, cerrahi müdahaleler, kemoterapi tedavilerini gerçekleştirmek

güçleşecektir. Antimikrobiyal direnç (AMD) nedeniyle yılda 700.000 ölüm gerçekleşmektedir. Acil önlemler alınmaması halinde 2050 yılına gelindiğinde, ölümlerin yılda 10 milyon kişiye, ekonomik kayıpların 100 trilyon ABD Dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir (Pokharel ve diğerleri, 2020).

Birçok patojenin bulaşmasında çevre önemli bir rezervuar oluşturmaktadır (Pornsukarom ve Thakur 2017).

Tek sağlık kavramının temelinde bulunan insan-hayvan-çevre etkileşiminde önemli sağlık tehditlerinden olan antimikrobiyal dirençle mücadele edebilmek için çok sektörlü ve organize çalışmalar yapılması gerekmektedir (Wegener, 2012).

2.6. Tek Sağlık Yaklaşımı ve Eğitim

Tek sağlık yaklaşımının çok sektörlü olması, farklı uzmanlık alanlarının ve farklı sektörlerin temsilcilerinin bir arada çalışmasını gerektirmesi tek sağlık uygulamalarını komplike bir hale getirmektedir. Tek sağlık çalışmalarında insan, hayvan, çevre bileşenlerinin tamamına yer verilmediği görülmekte; çalışmaların kalitesi çeşitlilik göstermektedir (Davis ve diğerleri, 2017).

Tek sağlık paydaşı araştırmacıların, insan-hayvan-çevre sağlığını bir arada değerlendirebilmek ve karmaşık sağlık sorunlarını anlayabilmek için veterinerlik, tıp, çevre sağlığı bilimlerinin yanında, epidemiyoloji, coğrafya, ekonomi, tarım, davranış bilimleri gibi alanlarda da bilgi alışverişinde bulunabilecek düzeyde temel bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Shiferaw ve diğerleri 2017, Binot ve diğerleri 2015).

Veterinerlik, tıp fakülteleri, eczacılık gibi tüm sağlık bilimleri ile çevre bilim, sosyal bilimler ve ilgili diğer bilim dallarında verilen eğitimlerde tek sağlık yaklaşımı eğitiminin verilmesinin; sağlık problemlerinde ve salgınlarda işbirliğini artırdığı, iletişimin güçlenmesine katkı sağladığı görülmektedir. Tek sağlık alanında ilgili fakültelerde, lisans ve yüksek lisans programlarının yer almasının multidisipliner çalışmada verimi ve başarıyı artıracağı öngörülmektedir (Jeggo ve diğerleri, 2014).

2.7. Avrupa Birliği Tek Sağlık Yaklaşımı

Sağlık kavramına, tek sağlık kavramıyla bütüncül yaklaşım Avrupa Birliği'nin de çalışmalar yürüttüğü önemli bir konudur. İnsan ve hayvan sağlığının korunması

“koruma, tedaviden iyidir” stratejisi belirlenmiştir. Koruyucu önlemlere önem vererek, hastalıkların kontrolünü sağlayarak, tek sağlık yaklaşımını eğitim ve araştırma faaliyetlerin bir parçası haline getirerek hastalıklardan korunmanın ve salgın tehdidini en aza indirmenin mümkün olacağı belirtilmiştir.

Avrupa Birliği, yaklaşık 15 yıldır antimikrobiyal direnç ile ilgili çalışmalar yürütmektedir. İnsan ve hayvan sağlığını olumsuz etkileyen, çevreye ve ekosistemlere zarar veren antimikrobiyal dirençle ilgili çalışmaları tek sağlık yaklaşımı ile yürüterek farkındalığı artırmayı ve davranış değişikliği sağlamayı hedeflemektedir. Antimikrobiyal direnç konusunda 9 ve 10 Şubat 2016’da Amsterdam’da düzenlenen toplantıda sorunun çözümünde tek sağlık yaklaşımının benimsenmesine yönelik siyasi kararlılık ifade edilmiş ve üye devletler arasında işbirliğinin güçlendirilmesine karar verilmiştir. Belirlenen yaklaşımla sürdürülen faaliyetlere, AB’ye üye olmayan ülkeler de katılmış ve çalışmalar küresel düzeyde yürütülmeye başlanmıştır (Avrupa Komisyonu, 2016).

2.8. Türkiye’de Tek Sağlık Yaklaşımı

Türkiye’ de insan, hayvan ve çevre sağlığının korunması amaçlı, farklı disiplinler ve farklı sektörler arasında yürütülen iş birlikleri mevcuttur. DSÖ’nün katkıları ile 1978’de düzenlenen 31. Dünya Sağlık Asamblesinde alınan kararlar gereği Akdeniz Ülkeleri Zoonoz Kontrol Programı oluşturulmuştur. Bu kararlardan yola çıkarak Sağlık Bakanlığı ve Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı arasında tüberküloz, kuduz, buruselloz gibi zoonoz hastalıklara karşı gerekli çalışmaların yürütülebilmesi amacıyla Zoonoz Milli Komitesi kurulmuştur. Komisyon 21 kişiden oluşmakta olup üyeleri tıp ve veteriner hekim başta olmak üzere ilgili uzmanlık ve bakanlık temsilcilerinden oluşmaktadır. Yılda en az 4 kere toplanan komisyon, hastalıkların önlenmesine yönelik plan ve programlar geliştirmektedir. Komisyonun kuduz, burusella vb. zoonoz hastalıklara karşı alt çalışma komiteleri bulunmaktadır (Aydın, 2015).

Tüm kamu kurum ve kuruluşlarının politikalarını sağlığı merkeze alarak belirlemesini sağlamak amacıyla, 2009 yılında çalışmalar başlatılmıştır. 2011 yılından itibaren ilgili paydaşların katılımlarıyla çalıştaylar düzenlenmiş program geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. 2014 yılında sağlık sektöründe çok

paydaşlılığı geliştirebilmek ve işbirliklerini güçlendirmek amacıyla "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" başlatılmıştır. Kurul; akademisyenler, Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlıkların, ilgili kurum ve kuruluş temsilcilerinden oluşmaktadır. Kurul sağlığın korunması ve geliştirilmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tek sağlık yaklaşımıyla çok paydaşlı olarak yürütülebilmesi için çalışmalar yürütmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.9. Kentsel Sağlık ve Kentsel Sağlığın Önemi

Kentleşmenin sağlık üzerindeki etkisi, 21. yüzyıla gelindiğinde küresel olarak günden güne artış göstermektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %55'i kentlerde yaşamaktadır. 2050 yılına gelindiğinde kentsel nüfus oranının %68'e yükselmesi, bu artışın büyük oranda gelişmekte olan ülkelerde görülmesi beklenmektedir. Kentli nüfusun en önemli varlığı denilebilecek sağlık ve esenliğin korunması ve geliştirilmesinin sağlanması gerekmektedir.

Kentlerde yaşayan 4,2 milyar insanın sağlığını ve esenliğini olumsuz yönde etkileyen etmenler oldukça fazladır. Barınmanın yetersiz olması, kötü sanitasyon, hava kirliliği, atık yönetiminde yetersizlikler, su ve toprak kirliliği, yürüyüş ve bisiklet alanlarının yetersiz olması nedeniyle kentlerde kronik hastalıklarda hızlı bir artış görülmektedir.

Kentsel büyümenin %40'ı sosyoekonomik gelişim yönünden geri kalmış gecekondu mahallelerinde gerçekleşmektedir. Gecekondu bölgelerinde güvenli suya erişim ve atıkların uygun bertaraf edilememesi gibi sanitasyon sorunları görülmektedir.

Kentsel alanlarda yaşayan insanların %91'i kirli havaya maruz kalmakta, tarladan sofraya ulaşımda mesafenin uzak olması nedeniyle sağlıksız işlenmiş gıda tüketimi artmaktadır. Yeşil alanların sınırlı olması, beton alanların fazla olması, fosil yakıt tüketimi ve sera gazı salınımının fazla olmasına bağlı sıcaklık artışı da sağlığı olumsuz etkilemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü kentsel sağlık yaklaşımı ile hava kalitesini ve su sanitasyonunu sağlamaya odaklanmaktadır. Sağlıklı kentler için öncelikli durumlar; güvenli ve sağlıklı yeşil alanlar, yürüyüş alanları oluşturulması, şiddet olaylarının ve

yaralanmaların önlenmesi, sağlıklı gıdalara ulaşımın sağlanması, vektörel kaynaklı hastalıklarla mücadele edilmesidir.

Sağlıklı kentlerin oluşturulması; sektörler arası işbirliğinin sağlanması, kentsel sağlık planlamalarının yerel düzeyde yapılması, geliştirilen politikalara ve yatırımların sağlığa etkisinin değerlendirilmesi ile mümkündür (Fırat, 2006).

Kentleşme sonucu ortaya çıkan sorunların çözümü için kent yönetiminin aktif rol alması gerekmektedir. Kent yönetimi artan ihtiyaçlara cevap verebilecek ekonomik güce sahip olmalı, planlama ve uygulama becerisi yüksek olmalıdır. Zamanında uygun politika ve stratejiler belirlenmemesi halinde sorunlar günden güne artacak ve çözümü zorlaşacaktır (Güler ve Çobanoğlu, 1994).

Kentleşme ile beraber oluşan çevre sorunlarına müdahale edilmesi, oluşan kirliliğin temizlenmesi ve tekrar eski haline getirilmesi yerel yönetimlerin görevi sayılmaktadır. Oluşan sorunların çözümü yüksek maliyetli olabileceği gibi bazı sorunlar geri dönülmesi mümkün olmayan zararlara sebep olmaktadır. Bu nedenle sorunlar ortaya çıkmadan önlem alınması son derece önemlidir.

Önlem alınmasına yönelik çevre politikaları onarıcı ve önleyici politikalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Onarıcı politikalar; karşılaşılan çevre sorununa bir tepki olarak gerçekleşmekte ve çevre sorunu ortaya çıktıktan sonra bu sorunu gidermeye yönelik uygulanmaktadır (Başol ve diğerleri, 2007). Önleyici politikalar ise çevre sorunları oluşturacak durumları önceden öngörüp çevrenin zarar görmeyeceği şekilde politikalar üreterek, ekosistemi korumayı amaçlamaktadır (Mutlu, 2006). Onarıcı yaklaşım daha çok ekonominin gelişmesine öncelik veren gelişmekte olan ülkelerde uygulanırken; önleyici yaklaşım, ekonomi-ekoloji arasında ekolojiye öncelik veren gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır. Onarma yaklaşımında çevreye verilen zararın onarılmasının maliyeti çok yüksek ve görülen zarar onarılamayacak düzeylere ulaşmış olabilmektedir. Önleyici politikaların topluma maliyeti onarıcı politikalara göre daha düşüktür. Onarıcı politikalar vergi, tazminat gibi yöntemlerle çevrenin gördüğü zararın maliyetini zarar verenden karşılamayı hedefler. Önleyici politikalar ise yapılacak yatırımların çevreye verebileceği zararları önceden tespit ederek, önleyici uygulamaları da yatırımlara dahil edilmesidir. Geri dönüşüm uygulamaları,

Çevre Etki Değerlendirme (ÇED) raporu önleyici yaklaşıma örnek olarak verilebilir (Keleş ve diğerleri, 2009).

İnsan sağlığı için korumanın tedaviden üstün olduğu gibi ekosistemler için de önlemenin onarmadan üstün olduğunu söylemek mümkündür.

2.10. Sağlıklı Kentler Projesi

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1986 yılında Sağlıklı Kentler Projesi başlatılmıştır. Proje ilk olarak Avrupa'da 11 şehirde başlatılmıştır. 1987-1992 yılları arasında projenin kapsadığı ülke sayısı, 500'ü Avrupa'da olmak üzere 800'e ulaşmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu 53 ülkeden oluşan DSÖ Avrupa bölgesi, Sağlıklı Kentler Projesine 93 şehir ile 2014-2018 yılları arasında dahil olmuştur (Health World News, 2023).

Sağlıklı Kentler Projesi, DSÖ tarafından, sağlık sorunlarının çözümü ve halk sağlığının korunması için, yerel düzeyde politika yapıcılarla hareket edilmesi amacıyla hazırlanmış bir projedir. Dünya sağlık örgütü Sağlıklı Kentler Projesine katılan kentlerde, sağlığı geliştirici, çevre koşullarını iyileştirici politika ve programlar geliştirilmesini ve uygulanmasını desteklemektedir (Başaran, 2007). Proje kaliteli insan yaşamını sağlamak vizyonu ile yürütülmektedir. Sağlıklı Kentler Projesi zamanla, sağlık kavramını yerel yönetimlerin gündemine almasını sağlamayı hedefleyen küresel bir harekete dönüşmüştür. Kent yönetiminde, insana yatırım yapmaya öncelik verilmesini, herkesin mal ve hizmetlere erişimini sağlayarak, kalkınmanın insani bir yaklaşımla sağlanmasını hedeflenmektedir. Bu yaklaşım temelinde (DSÖ,2021);

- Kentsel kalkınmanın insan ve sosyal sermayeye yatırım yapılarak sağlanması
- Ortak mal ve hizmetlerin yönetiminin sağlıklı kent hedeflerine uygunluğunun sağlanması,
- Sağlıkta eşitliğin ve sürdürülebilirliğin sağlanmasını, bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirici hedeflerin kentsel kalkınma planlarına entegre edilmesi,
- Ayrımcılığın önlenerek, kentte yaşayan herkesin eşit olmasının sağlanması,

- Güven ortamı oluşturulması ve etik değerlere sahip olma, yer almaktadır.

2.11. Sağlıklı Kent Bileşenleri

Sağlık hizmeti sunumu sağlık sektörünün tek başına üstlenemeyeceği kadar çok boyutludur. Sağlık hizmeti sunumunda, sağlık sektörü ile beraber; yerel yönetimler, finans kuruluşları, ulaştırma ve sanayi kuruluşları, Tarım, İçişleri Bakanlıklarının temsilcileri, diyanet işleri kurumlarının temsilcileri ve Bakanlıkların il teşkilatları beraber çalışmalı, işbirliğini güçlendirecek mekanizmalar oluşturulmalıdır.

"Herkes için sağlık" hedefi ile sunulması gereken temel sağlık hizmetleri;

- Sağlık eğitimi yolu ile sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi,
- Beslenmenin geliştirilmesi,
- Temiz su ve su sanitasyonunun sağlanması,
- Anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi ve aile planlamasının hizmetlerinin sağlanması,
- Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama hizmeti verilmesi,
- Bölgesel olarak görülen hastalıkların kontrolü,
- Yaygın olarak görülen hastalıkların uygun tedavisinin sağlanması,
- Temel ilaçların temininin sağlanması, şeklinde sıralanmaktadır.

(Öztek, 2018)

Temel Sağlık Hizmetlerinin kolaylıkla sunulabildiği sağlıklı kentlerin temel unsurları;

- Kentte sağlık hizmeti sunumunda bütüncül bir yaklaşımla sağlık hizmeti sunumu sağlanmalı, sağlığın herkes için doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olduğu unutulmamalıdır. Kentlerin sosyal yapısı, çevresel ve coğrafi durumu, yeşil alan ve spor alanları insan sağlığını doğrudan etkilemektedir.
- Temiz su, gıda, barınma gibi temel gereksinimler karşılanmalıdır.
- Kentlerde ruhsal ve sosyal esenlik halinin sağlanmasına yönelik kültürel, sosyal etkinlikler süreklilik kazanmalıdır.

- Koruma tedaviden üstündür felsefesi ile kentliler sağlığın korunması ve geliştirilmesi için bilinçlendirilmeli, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.
- Kentlilerin kendi sağlığının sorumluluğunu almasını sağlayacak, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını destekleyecek kentsel çevre oluşturulmalıdır. Kentlilerde herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğu bilincinin oluşması sağlanmalıdır.
- Kentlilerin kent yaşamı ve hizmetlere uyumu sağlanmalıdır.
- Kentlerde çok sektörlü bir yaklaşımla toplum sağlığının yükseltilmesi sağlanmalıdır (Özcebe ve diğerleri.2021).

Kent düzeyinde yaşanan sağlık, eğitim, ulaşım sorunları; çevre, çarpık kentleşme, toplu atık sorunları ve güvenlik sorunları kentli haklarıyla ilişkilidir. Sosyal yaşama katılma, kültürel olanaklardan faydalanma ve ayrımcılığa uğramama gibi temel insani istekler kentsel düzeyde gündeme taşındığında kentli hakları olarak adlandırılabilmektedir (Mutlu, 2017). Sağlıklı kent bileşenlerinin sağlanması kentsel hakları desteklemekte ve büyük ölçüde tamamlamaktadır.

3. 21. YÜZYILIN EN BÜYÜK BİYOLOJİK AFETİ: COVİD-19 PANDEMİSİ

3.1. Pandemi Kavramı

Sağlıkla ilgili bir sorunun, hastalığın ya da enfeksiyon etkeninin birden fazla ülkede görülmesi pandemi olarak tanımlanır. Pandemiler geniş bir coğrafyayı etkileyerek kıtalar arası yayılım gösterebilmekte;, hatta tüm dünyayı etkisi altına alacak düzeye gelerek nüfusun önemli bir bölümünü etkileyebilmektedir. (Bulaşıcı Hastalıklar, 2017).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre pandemi ilan edilmesi için üç koşulun gerçekleşmesi gerekir. Bu koşullar;

1. Görülen sağlık sorununun ilk defa ortaya çıkması, nüfusun daha önce maruz kalmadığı bir hastalık olması,

2. Hastalık etkeninin insanlara bulaşıcılığının olması ve bulaşma sonucunda çok sayıda insanda tehlikeli bir hastalığın görülmesine yol açması, hastalık sonucunda çok sayıda insanda ölümler görülmesi,

3. Görülen hastalığın bulaşıcı hastalık özelliğinde olması gerekmektedir.

3.2. Geçmiş Pandemiler

Salgın hastalıklar insanlık tarihinde önemli etkilere yol açmıştır. Sosyal ilişkileri, toplumsal hayatı; en az savaşlar, ekonomik krizler kadar ciddi bir şekilde etkilemiş ve siyasi gelişmeleri üzerinde, ulusal kamu politikalarında, uluslararası sistemde kırılmalara, değişimlere neden olmuştur (Poos, 2020).

Geçmişte görülmüş, insanlık tarihini, sosyal hayatı en çok etkileyen, çok sayıda ölüme sebep olan başlıca pandemiler; kolera, veba, tifüs, çiçek, ebola ve grip olarak sayılabilir (TÜBA, 2020).

Tablo 3.1. : Salgınların Zaman Dilimi

SALGINLARIN ZAMAN DİLİMLERİ		
Salgınlar	**Başlangıç**	**Bitiş**
Antomine Salgını	165	180
Justinian Vebası	541	542
Japonya Çiçek Salgını	735	737
Kara Veba	1347	1351
Yeni Dünya Çiçek Salgını	1520	-
İtalyan Vebası	1629	1631
Londra Büyük Vebası	1665	1665
Kolera Pandemileri(1-6)	1817	1923
Üçüncü Veba Salgını	1885	1885
Sarı Humma	1880'ler sonu	
Rus Gribi	1889	1990
İsyanyol Gribi	1918	1919
Asya Grıbi	1957	1958
Hong Kong Gribi	1968	1970
HIV/AIDS	1981	-
SARS	2002	2003
Domuz Gribi	2009	2010
Ebola	2014	2016
MERS	2015	-
Covid-19	2019	-

Grafik 1.: Geçmişten Günümüze Bilinen Salgınların Görüldüğü Zaman Dilimi. [*]

[*] Grafikler https://www.visualcapitalist.com/history-of-pandemics-deadliest/ sitesindeki verilerden faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.



Tablo 3.2. : Salgınların Etkeni/Çıkış Kaynağı Ve Tahmini Ölüm Sayıları

SALGINLARIN ETKENİ/ÇIKIŞ KAYNAĞI VE TAHMİNİ ÖLÜM SAYILARI	
Salgınlar	
Çiçek Veya Kızamık…	50 Milyon
Yersinia Pestis…	30-50 Milyon
Variola Majör Virüsü	1 Milyon
Yersinia Pestis…	200 Milyon
Variola Majör Virüsü	56 Milyon
Yersinia Pestis Bakterisi /…	1 Milyon
Yersinia Pestis Bakterisi	100 Bin
V. Cholera Bakterisi	1 Milyondan fazla
Yersinia Pestis…	12 Milyon
Virüs / Sivrisinekler	100-150 Bin
H2N2 Virüs	1 Milyon

H1N1 Virüs / Domuz	40-50 Milyon
H2N2 Virüs	1,1 Milyon
H3N2 Virüs	1 Milyon
Virüs / Şempanze	25-35 Milyon
Koronavirüs / Yarasa, Vahşi Kedi	770 Bin
H1N1 Virüs / Domuz	200 Bin
Ebolavirüs / Vahşi Hayvanlar	11 Bin
Koronavirüs / Yarasa, Deve	850 Bin
Koronavirüs / (Mutemelen)…	175, 807

Grafik 2.: Geçmişten Günümüze Bilinen Salgınların Kaynağı, Tahmini Ölüm Sayıları



3.3. Covid-19 Pandemisi

Türkiye'de doğrulanmış ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür. Aynı tarihte Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Covid-19'un pandemi olduğu ilan edilmiştir (Budak ve Korkmaz 2020). Pandemi ile mücadele stratejilerini bastırma (suppression) ve yatıştırma (mitigation) stratejisi olmak üzere iki başlıkta incelemek mümkündür. Bastırma stratejisi; dikey bir yapılanma ile emir komuta hiyerarşisine

uygun bir şekilde, virüsle mücadelede merkeziyetçi bir yaklaşımla, her türlü kısıtlayıcı önlemin alınmasına imkan sağlayan bir stratejidir. Yatıştırma stratejisi ise; salgının etkisini kısa dönemde durdurmayı hedeflemek yerine uzun dönemde yavaş bir seyir sağlamayı ve bu şekilde sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyacın en üst düzeye yükseldiği dönemde virüse karşı en riskli grupta bulunan kişilerin korunması stratejisi olarak tanımlanmaktadır. Yatıştırma stratejisi yerine tedbir stratejisi kavramı da kullanılabilmektedir (Turan ve Çelikyay 2020).

Pandemi ile mücadelede Türkiye'de bazı dönemlerde karantina tedbirleri, yaş gruplarına yönelik sokağa çıkma kısıtlaması gibi bastırma stratejileri uygulanmıştır. Kontrollü sosyal hayat, kontrollü normalleşme düzenlemeleri ile yatıştırma stratejilerinin uygulandığı dönemlerde olmuştur. Uygulanacak stratejiye Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu önerileri başta olmak üzere salgınla ilgili tüm kurulların, bakanlıkların ve sivil toplum kuruluşları ile yapılan değerlendirmeler sonucunda karar verilmiştir.

COVİD-19 tedavisi; hastanın yaşı, klinik tablosunun seyri, ağırlığı, kronik hastalıkların varlığı gibi durumlar değerlendirildikten sonra, ayaktan evde izlem şeklinde veya hastanede hasta yatışı yapılarak tedavi planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

3.4. Covid-19 Pandemisinde İletişim ve Medya

Salgın hastalıkların insanların psikolojik durumlarını yakından etkilemekte gerginlik ve kaygı seviyesini yükseltmekte travma etkisine yol açmaktadır (Joos, 2020). Covid-19 Pandemisi son yüzyılda görülen en büyük pandemi olması, pandeminin başladığı ilk dönemde hastalığın seyri ve tedavi yaklaşımındaki belirsizlikler, aşının geliştirilmemiş olması gibi nedenlerden dolayı toplumda yaygın bir şekilde kaygı ve stres seviyesinde artışa neden olmuştur.

Genel olarak bireylerin hastalığı algılayış şekli, hastalığa uyum süreci ve gösterecekleri tepkileri doğrudan etkilemektedir. İletişim, sağlık ya da hastalık durumunda, hayati boyutta önemlidir. Bireylerin sağlıkla ilgili konulara bakışı; içinde yaşadığı toplum ve sosyal çevreye göre şekillenir. Bireyin sağlıkla ilgili

sergilediği tutum ve davranışlarda hekimlerle, sağlık personeli ile kurduğu iletişim, grup iletişimi ve kitle iletişim araçları etkili olmaktadır.

Hastalıklar hakkında bilgilendirme yapılması ve hastalığın seyri, tedavisi, korunma yollarıyla ilgili eğitim faaliyetleri yoluyla farkındalık kazandırılması, toplumun doğru sağlık davranışları sergilemesi için bilinçlendirilmesi ve teşvik edilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, sağlığın geliştirilmesi, sağlık iletişiminin başlıca hedefleridir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sağlık iletişiminde doğrudan hasta-hekim-sağlık personeli iletişimi gibi bireysel iletişim teknikleri, halk eğitimi etkinlikleri ile toplu olarak düzenlenen eğitimler sıkça kullanılmaktadır. Ayrıca televizyonda yayınlanan sağlıkla ilgili programlardan, internet ortamında ve sosyal medya platformlarında yer alan sağlık konulu bilgilendirici yayınlara kadar her türlü araç, sağlık iletişimi alanında kullanılmaktadır (Okay, 2007).

Sağlık gibi insan hayatını doğrudan etkileyen bir alanda doğru bilgiye ulaşmak, toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Hedef kitlede istenilen tutum ve davranış değişikliğinin gerçekleşmesi hedef kitle ile doğru iletişim kurulması ile mümkündür.

Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 Pandemisi, bilimin önemi kadar bilimi halka anlatmanın da ne kadar önemli olduğunu göstermiştir. Toplumsal düzeyde davranış değişiklikleri bilim dünyası ve halk arasında iletişim sağlıklı kurulmasıyla mümkün olmaktadır. Kamuoyuna sağlıkla ilgili bilgilerin yalın ve anlaşılır şekilde aktarılması toplumsal bilinç oluşturmakta, bu durum pandemi ile mücadeleyi ve pandeminin seyrini olumlu yönde etkilemektedir (Utma, 2020).

Sağlık iletişiminde yüz yüze gerçekleştirilen kişisel görüşmeler, fikirlerin oluşmasında aktif rol oynayan kanaat önderleri, etkin liderler, siyasi parti liderleri, sivil toplum kuruluşları, gazete, dergi, radyo, televizyon ve web siteleri, sosyal medya gibi kitle iletişim araçları öncelikli olarak etkili olmaktadır (Bektaş, 2013).

3.5. Covid-19 Pandemisinin Bireysel ve Toplumsal Etkileri

Covid-19 pandemisi içinde bulunduğumuz yüzyılda görülen en büyük pandemidir. İnsanlığın ilk kez karşılaştığı Covid-19 etkeni; hastalığa yakalananları, yakınlarını ve alınan tedbirlerle psikolojik, sosyal, kültürel, politik, ekonomik alanlarda toplumun her kesimini etkilemiştir.

Pandemide; aşırı korku, endişe gibi etkiler ortaya çıkabildiği gibi kayıtsızlık, kadercilik gibi tepkilerde oluşabilmektedir. Görülen psikolojik etkiler şiddetli ve uzun süreli de görülebilmektedir. 2002-2004 yılları arasında görülen şiddetli akut solunum sendromu (SARS) salgını üzerine yapılan araştırmalar psikolojik etkilerin uzayabildiğini, şiddetli ve kalıcı sorunlara yol açabildiğini göstermiştir. Belirsizliğe yüksek düzeyde tahammülsüzlük gösteren yapıdaki insanlar, pandemi gibi tehdit oluşturan bir durumda kontrol edemedikleri bir durumla karşı karşıya olduklarını düşündükleri için endişeli olma eğilimindedirler (Taylor, 2019). Sosyal medya üzerinden 9 bin 9 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların yüzde 67,3'ünün COVİD-19 konusunda aşırı derecede endişeli olduğu, yüzde 48,8'inin ise COVİD-19'dan kaçınmak için kendi kendini izole ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Nelson ve diğerleri, 2020).

Pandemide bulaşıcılığı azaltmaya yönelik uygulanan sosyal ve fiziksel izolasyon sosyal ilişkileri derinden etkilemiştir. İzolasyon uygulamaları sosyal ve duygusal uyarıcı yoksunluğu nedeniyle insan davranışlarını ve psikolojisini de etkilemektedir. 1950'li yıllarda Donalt O. Hebb ve arkadaşları tarafından gönüllü üniversite öğrencileri üzerinde bir deney yapılmış, katılımcılara hiçbir şey yapmadan çevresel ve sosyal uyarıcıların en aza indirildiği ortamda, yatakta gözleri ve kulakları kapalı monoton bir şekilde uzanıp durmaları halinde günlük $20 vermek üzere görüşmüşlerdir. Yemek ve tuvalet ihtiyaçlarını deney kapsamında sosyal ilişkileri asgari düzeye indirecek şekilde planlamışlardır. Katılımcıların birçoğunun deneyi tamamlamadan ilk birkaç gün içinde projeden ayrıldığı görülmüştür. Deney esnasında ve ayrıldıktan sonra katılımcıların halüsinasyon gördükleri, duygu ve düşünce bozukluğu yaşadıkları, bu belirtilerin bir kısmının kalıcı hale geldiği raporlanmıştır. Araştırma sonunda yapılan nöropsikolojik testlerde katılımcıların beyin fonksiyon testlerinde deney öncesine göre geçici bozulmalar görülmüştür.

Uygulanan mülakatlarda deney öncesinde doğru olarak cevaplandırdıkları ortaokul düzeyindeki sözel ve sayısal soruları doğru olarak cevaplandıramadıkları ve çocuksu duygular sergiledikleri görülmüştür (Taştan, 2020).

Pandeminin insanlarda oluşturduğu psikolojik etkiler alışkanlıkların değişmesi ve dönüşmesine de neden olmuştur. İnternet kullanımı yaygınlaşmış, uzaktan eğitim, evden çalışma modelleri gelişmiş digitalleşme büyük bir hız kazanmıştır.

ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) ise pandemi ilan edilmesinin ardından 2020 yılı mart ayında hazırladığı raporda pandeminin 2. Dünya Savaşı'nın ardından dünyanın yaşadığı en büyük kriz olduğunu ve 25 milyon insanın işsizlikle karşı karşıya kalabileceğini duyurmuştur.

COVİD-19 salgınının yayılması ve Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilan etmesinin ardından birçok ülke kendi sınırlarını dış dünyaya kapatma ve karantinada olma kararı almıştır. Seyahat kısıtlamaları getirilmiştir. Pandemide ülkelerin uyguladığı sınırları kapatma tedbirleri ülkelerin turizm gelirinin azalmasına ve turizm sektörünün ekonomik yükünün 30 ila 50 milyar dolar artmasına neden olmuştur (UNWTO, 2023).

3.6. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı, bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri amacıyla; hasta olduklarında sağlık bilgisine uygun şekilde ulaşabilmeleri, ulaştıkları sağlık bilgisini anlamaları ve bu bilgiye uygun davranabilmelerinin önem kazanması sonucunda ortaya çıkmıştır. Nutbeam'in Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına hazırladığı "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü"nde (Health Promotion Glossary) SOY tanımı genişletilerek, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde yerini almıştır (Nutbeam, 1998).

Sağlık Okuryazarlığını "bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri" şeklinde tanımlayan Sağlık Bakanlığı, 2020 yılında Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığını belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirme

çalışması yapmış; Avrupa Sağlık Okuryazarlığı için geliştirilen ölçeği referans alarak, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY32)'ni geliştirmiştir. TSOY32 ölçeği ile Türkiye genelinde 6 bin 228 hane üzerinde çalışma yapılmış, yapılan çalışma sonucunda, 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, SOY düzeyi düştükçe kronik hastalıkların arttığı, erkeklerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu, 10 yaşlıdan 9'unun SOY düzeyinin düşük olduğu, sağlık alanında bilgi edinmede resmi kaynakların referans alınması gerektiği, sağlığın geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığının da geliştirilmesi gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır (SGGM, 2020).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkili bir araç olarak görülen sağlık okuryazarlığının (Nutbeam, 2017), Covid-19 pandemisi ile mücadelede de önemli bir araç olduğu görülmüştür. Bireylerin kriz durumları oluşmadan önce sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi, kriz durumlarında sağlıkla ilgili kompleks problemlerin çözümüne önemli ölçüde katkı sağlamaktadır.

COVİD-19 salgınıyla beraber görülmüştür ki salgınlarda da sağlık okuryazarlığı önemli bir araç olarak kullanılabilir. Ayrıca sistemin ve kişilerin böyle bir kriz ortamı oluşmadan önce sağlık okuryazarlıklarının yükseltilmesi kriz anındaki daha kompleks sağlık problemlerini çözmek için yardımcı olabilir (Paakkari ve Okan, 2020).

Bir toplumda sağlığın geliştirilmesinin ön koşullarından biri de sağlık okuryazarlığının yükseltilmesidir. Pandemi ile mücadelede halkın sağlık bilinci düzeyinin düşük olması nedeniyle güçlükler yaşanmıştır. Bana bir şey olmaz, ben sağlıklıyım neden evde oturayım diyenler ile karşılaşılmıştır. Bununla birlikte pandemi sürecinde bulaşıcı hastalıklar, salgınlar, pandemi, hastalık etkeni, bulaşma yolları, kuluçka süresi, bağışıklama, erken tanı, karantina, izolasyon, sosyal mesafe, el hijyeni gibi konularda yoğun halk eğitimleri yapılmış; sağlık okur yazarlığının yükseltilmesi çalışmaları hız kazanmıştır (Öztek, 2020).

4. COVİD-19 PANDEMİ YÖNETİMİNDE ULUSAL VE YEREL ORGANİZASYONLAR

4.1. Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu

Pandemi ile adından sıkça bahsedilen Koronavirüs Bilim Kurulu, 10 Ocak 2020 tarihinde Türkiye'de henüz ilk Covid-19 vakası tespit edilmeden önce kurulmuştur. Halk sağlığı, enfeksiyon, göğüs hastalıkları, yoğun bakım gibi Covid-19 pandemisi ile ilgili tıp bilimcilerinin yanında; hukuk müşaviri, Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlük temsilcileri de kurulda bulunmaktadır. Kurulun Başkanlığını Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

4.2. Toplum Bilimleri Kurulu

Covid-19 Pandemisinde sosyoloji, iletişim, psikoloji, din sosyolojisi, istatistik gibi alanlarda çalışmalar yürütmek üzere 07.04.2020 tarihinde Toplum Bilimleri Kurulu kurulmuştur (İşlek ve diğerleri 2020). Kurul ilk toplantısını 08.06.2020 tarihinde Sağlık Bakanı başkanlığında gerçekleştirmiştir. Kurulda salgının seyri, uygulanan stratejiler toplum bilimleri yönüyle incelenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca, bir ilimizde hasta ziyareti nedeniyle 190 kişiye koronavirüs bulaştığını, başka bir ilimizde ise asker uğurlamasında 58 kişiye koronavirüs bulaştığını açıklamıştır. Toplumun geleneksel yapısını, kültürünü iyi analiz etmeden salgınla mücadelede başarılı olunması güçtür. Türkiye'de kültürel ve geleneksel olarak iller arasında, hatta ilçeler arasında farklılık görülebilmektedir. Sosyal Bilimler Kurulu salgın tedbirlerine toplumsal uyumun sağlanmasında ve pandemiye karşı sosyal dirençliliklerin tespit edilmesinde önemli bir role sahiptir (BBC, 2020).

4.3. İl Pandemi Kurulu

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü koordinasyonunda hazırlanan ve 2019 yılında yayınlanan Ulusal Pandemi Hazırlık Planında (https://hsgm.saglik.gov.tr) yer alan İl Pandemi Kurulları Covid-19 pandemisinde ilin özelliklerini değerlendirerek yerel düzeyde, tavsiye niteliğinde kararlar almak üzere oluşturulmuştur. İl Pandemi Kuruluna İlin Valisi başkanlık etmekte olup, Kurul;

Belediye Başkanı, Rektör, kamu kurum ve kuruluşlarının en üst yöneticilerinden oluşmaktadır. Toplantı gündemi ile ilgili olarak kurula katılımcı davet edilebilmektedir. Çankırı İlinde de İl Pandemi Koordinasyon Kurulu oluşturulmuş ve ilki 28.03.2021 tarihinde olmak üzere ihtiyaç halinde toplanmıştır (Yeni Gün, 2020).

4.4. Umumi Hıfzısıhha Kurulu

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında, 1593 Kanun Numarası ile yürürlüğe girmiştir (UHK, 1930). Kanunun çıkarıldığı dönem Türkiye Cumhuriyetinin bağımsızlık mücadelesi vererek yeni kurulduğu, kötü ekonomik sosyal şartlara sahip olduğu ve sağlık yönüyle şartlarının zorlu olduğu, sağlık hizmeti sunum kapasitesinin düşük olduğu bir dönemde çıkarılmıştır. Dönemin ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak çıkarılan kanunun bazı maddelerinde değişikliğe gidilmişse de 309 madde ile uygulanmaktadır (Demir, 2019).

Umumi Hıfzıssıhha Kanununun beşinci bölümünde il ve ilçe umumi hıfzıssıhha kurullarının üyeleri ve çalışma şekli düzenlenmiştir. 5. Bölüm Madde 23'de "Her vilayet merkezinde bir umumi hıfzıssıhha meclisi toplanır. Bu meclis mahalli sıhhat ve içtimai muavenet müdürü, nafıa mühendisi, maarif, baytar müdürü, mevcutsa sahil sıhhiye merkezi tabibi, bir hükümet ve belediye tabibi ve hastane baştabibi ile garnizon ve kıt'a bulunan yerlerde en büyük askeri tabip ve serbest sanat icra eden bir tabip ve bir eczacıdan ve belediye reisinden mürekkeptir. Meclis valinin veya valiye bilvekale sıhhiye müdürünün riyaseti altında içtima eder. Valinin tensip edeceği bir zat kitabet vazifesini ifa ve zabıtları tanzim eder" denilmiştir (UHK, 1930).

Pandeminin başlangıcından itibaren, kontrol ve mücadele önlemlerini belirlemek üzere, Çankırı ilinde de Umumi Hıfzısıhha Kurulu toplantıları düzenlenmiş olup, salgının seyrine göre tedbir kararları alınmıştır. Alınan Hıfzısıhha Kurul Kararları ile genelgeler ve bilim kurulu tavsiyeleri doğrultusunda alınan kararlar, yasal temele dayandırılmıştır. Alınan kurul kararları Çankırı Valiliği resmi web sitesi http://www.cankiri.gov.tr/il-umumi-hifzissihha-kararlari adresinde bulunan duyurular bölümünde vatandaşlara duyurulmaktadır.

4.5. Çankırı İli Umumi Hıfzıssıhha Kurulu Kararları İncelemesi*

Çankırı ili Umumi Hıfzıssıhha Kurulunda pandemiye ilişkin ilk olarak 16 Mart 2020 tarihinde 4 no'lu karar alınmıştır. Kurulda Covid-19'dan korumak ve salgının yayılmasını önlemek amacıyla vatandaşların çok yakın mesafede bir arada bulunduğu umuma açık istirahat ve eğlence yerlerine, vakıf dernek gibi sivil toplum kuruluşlarına, kamu kurumu çalışanlarına yönelik bir dizi faaliyetlerin durdurulması ya da ertelenme, idari izin verilmesi tedbirleri alınmıştır.

Tablo 4.1: 2020-2021 yılları karar sayısı ve resmi dayanağı

	Karar Sayısı	**Cumhurbaşkanlığı Kabine Toplantı**	**İçişleri Bakanlığı Genelgesi**	**Bilim Kurulu Tavsiyesi**	**Sağlık Bakanlığının Resmi Yazısı**	**Belirtilmemiş**
2020 Yılı	79	3	12	1	2	61
2021 Yılı	24	2	17	-	-	5

* Tablolar http://www.cankiri.gov.tr/il-umumi-hifzissihha-kararlari adresinden ulaşılan kararlar incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Pandeminin ortaya çıktığı 2020 yılı mart ayından itibaren dokuz ay boyunca 79 karar alınmış, 2021 yılında ise bir yıl boyunca pandemiye yönelik 24 karar alınmıştır. Pandeminin ilk ortaya çıktığı dönemde aşı henüz bulunmadığından ve hastalığın seyri, hastane yatış oranı, ölüm oranı hakkında yeterli düzeyde veri olmadığından ilde vaka artışını durdurmaya yönelik, önleyici tedbir kararları alınmıştır.

2021 yılında Covid-19 hastalığı daha bilinir hale gelmiş, aşı bulunmuş ve aşılama oranı hızla artmıştır. 2021 yılı 26 Aralık tarihi itibariyle Türkiye'de 1.doz aşı oranı % 91,49'a, 2. doz aşı oranı %82,79'a ulaşmıştır. Çankırı İlinde ise 2. doz aşı oranı %79,6'ya ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021). 2021 yılında alınan karar sayısının azalmış olmasında hastalığın daha bilinir hale gelmesi, toplumun tedbirlere

uyumunun artması ve Covid-19 aşısının geliştirilmiş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

4.5.1. Yaş Gruplarına Yönelik Alınan Kararları

Tablo 4.2: 2020-2021 yılları yaş gruplarına yönelik alınan kararlar

7.05.2020 tarihli ve 22 sayılı karar	65 yaş üstü vatandaşlarımıza sokağa çıkma kısıtlaması
21.03.2020 tarihli ve 7 sayılı karar	65 yaş üstü ve 2000 yılı sonrası doğumluların sokağa belli zaman aralıklarında çıkmalarına sağlanmıştır.
27.05.2020 tarihli ve 7 sayılı karar	20 yaş altına sokağa çıkma kısıtlaması kaldırılmıştır.
29.05.2020 tarihli ve 31 sayılı karar	65 yas üstü işletme sahibelerinin ve 20 yaş altındaki vatandaşların sokağa çıkma kısıtlaması kaldırılmıştır.
6.06.2020 tarih ve 37 sayılı karar	18-20 yaş aralığındakilerin sokağa çıkma kısıtlaması kaldırılmıştır. 65 Yaş üzeri ve 0-18 yaş aralığındaki vatandaşların belirli saatlerde sokağa çıkmalarına izin verilmiştir.
10.06.2020 tarihli ve 38 sayılı karar	Sokağa çıkma kısıtlaması saati 24:00 a uzatılmıştır. 65 yaş üstü ve 1-18 yaş aralığının sokağa çıkma kısıtlaması esnetildi. Küçük çocukların sokağa çıkmasına yanında ebeveyn bulunması şartıyla izin verilmiştir.
25.06.2020 tarih ve 44 sayılı karar	65 yaş üstü vatandaşlarımıza seyahat izin belgesi almak koşuluyla seyahat izni verilmiştir.
10.07.2020 tarihli ve 53 sayılı karar	18 yaş altındaki vatandaşların şehir içi ve şehir dışı seyahatlerinde yanlarında veli/vasisinin bulunması zorunluluğu kaldırılmıştır
31.08.2020 tarihli ve 60 sayılı karar	65 yaş üstü vatandaşların saat 11:00 den sonra pazar yerlerine girmeleri yasaklanmıştır.

16.09.2020 tarihli ve 64 sayılı karar	65 yaş üstü vatandaşların 11:00-15:00 saatleri arasında toplu taşımı kullanmalarına izin verilmiş diğer saatler ise yasaklanmıştır.
2021 yılında yaş gruplarına yönelik kısıtlama kararı alınmamıştır.	

2020 yılında yaş gruplarına yönelik düzenleyici-kısıtlayıcı 10 karar alınmıştır. 2021 yılında ise yaş gruplarına özgü karar alınmamıştır.

Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından 44.000 kişiden oluşan Covid-19 laboratuvar onaylı vaka raporunda, Covid-19 enfeksiyonunda ileri yaş, kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik solunum yolu hastalığı, hipertansiyon ve kanser hastaları ölüm riski taşıyan gruplar olarak sıralamışlardır (Jordan ve Diğerleri 2020).

Sağlık Bakanlığı (2020), Covid-19 Rehberi Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı bölümünde, 50 yaşın üstünde olan kişiler Covid-19 açısından hassas gruplar arasında sayılmıştır.

Çankırı ili TUİK 2019 raporuna göre Türkiye'de yaşlı nüfus sıralamasında 3. ildir. İlde yaşlı nüfus oranı %16,2'dir (TUİK, 2020). 2020 yılında ise bu oran %16,9'dur (TUİK, 2021).

Çankırı ilinde yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş üstü nüfusun yoğun olması ve Covid-19 hastalığının yaşlılarda şiddetli seyretmesi, ölüm oranının yaşlılarda yüksek olması nedeniyle şehir Covid-19 yönünden kırılgan bir yapıdadır. Bu yönüyle yaşa yönelik getirilen kısıtlamalar ve düzenlemeler önem arz etmektedir.

TUİK Yaşam Memnuniyet Araştırmasına göre yaş gruplarına göre mutluluk düzeyi incelendiğinde, 65 yaş üzeri yaş grubunun en yüksek mutluluk düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda mutluluk oranı 2021 yılında %56,2, 2022 yılında ise %57,7'dir (TUİK, 2023).

Çankırı ilinde yaşlı nüfusun fazla olması hastalığın yaşlılarda şiddetli seyretmesi yönüyle hassas, kırılgan bir özellik olarak ortaya çıkmaktayken, bu yaş grubunda mutluluk düzeyinin yüksek olması ile ruhsal dirençliliği artırmakta sosyal dirençliliği güçlendirmektedir (Tunçer, 2022).

4.5.2. Maske Kullanımına Yönelik Alınan Kararlar

Tablo 4.3. : 2020-2021 yılları maske kullanımına alınan yönelik kararlar

17.04.2020 tarih ve 18 sayılı karar	Toplu taşıtlarda maske takma zorunluluğu getirilmiştir.
09.05.2020 tarih ve 26 sayılı karar	Toplu taşımalarda dezenfeksiyon işlemleri, maske mesafe, dezenfektan bulundurulması
29.06.2020 tarih ve 47 sayılı karar	İlimiz mülki sınırları içerisinde 29.06.2020 tarihi saat 24:00'den itibaren bulvar, cadde, sokak ve benzeri araç ve yaya trafiğine açık alanlarda ağzı ve burnu tamamen kapatacak şekilde tıbbi/bez maske kullanımı zorunlu hale getirilmiştir.
08.09.2020 tarih ve 62 sayılı karar	Meskenler hariç, her alanda maske takma zorunluluğu getirilmiştir.
16.09.2020 tarih ve 64 sayılı karar	Pazarcıların maskelerini çıkarmamalarına karar verilmiştir.
12.11.2020 tarih ve 74 sayılı karar	Açık alanlar dahil maske takma zorunluluğu getirilmiştir.
2021 yılında yaş gruplarına yönelik kısıtlama kararı alınmamıştır.	

2020 yılında maske kullanımını düzenleyen 6 karar alınmıştır. 2021 yılında maske kullanımına ilişkin düzenleme getiren karar alınmamıştır.

Pandeminin başından itibaren korunma tedbiri olarak maske-mesafe-hijyen kuralı belirlenmiş ve bu kurallara uyumu artırmak için bilgilendirme çalışmaları, eğitim denetim faaliyetleri yürütülmüştür. 08.09.2020 tarihli İçişleri Bakanlığı genelgesi ile Türkiye genelinde meskenler hariç olmak üzere her yerde maske takma zorunluluğu getirilmiştir. Çankırı'da ilinde ise maske yasağı 29.06.2021 tarih ve 47 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kurul (UHK) kararı ile insan ve araç trafiğine açık tüm cadde ve sokaklarda uygulanacak şekilde alınmıştır. İl'de salgının seyri, risk faktörleri göz önünde bulundurularak; Türkiye geneli uygulamadan 3 ay önce maske takma zorunluluğu getirilmiştir.

European Centre for Disease Prevention and Control (2020) tarafından da maske kullanımı Covid-19 bulaşma riskini azaltıcı önlemler arasında sayılmaktadır.

4.5.3. Sosyal Mesafenin Sağlanmasına Yönelik Alınan Kararlar

Tablo 4.4. : 2020-2021 yılları sosyal mesafenin sağlanmasına yönelik kararlar

16.03.2020 tarih ve 4 sayılı karar	Umuma açık istirahat ve eğlence yerlerine yönelik kısıtlamalar getirildi. Kamu personeline yönelik izin kararı verilmiştir.
21.03.2020 tarih ve 6 sayılı karar	Asker uğurlama törenleri yasaklanmıştır.
23.03.2020 tarih ve 8 sayılı karar	Toplu taşımacılıkta yolcu sayısının % 50 azaltılmasına karar verilmiştir.
28.03.2020 tarih ve 13 sayılı karar	Taksi ve benzeri araçlarının internet tabanlı uygulamalarla şehirlerarası toplu taşımacılık durumunun engellenmesine karar verilmiştir.
22.04.2020 tarih ve 19 sayılı karar	İftar çadırları yasaklanmıştır, türbe ziyaretleri yasaklanmıştır.
27.04.2020 tarih ve 20 sayılı karar	E-80 karayolu üzerinde bulunan yük taşıyıcılara yönelik konaklama tesislerinde tedbirler alınmasına karar verilmiştir.
01.06.2020 tarih ve 33 sayılı karar	Toplu taşımaya yönelik tedbirler alınmıştır.
12.06.2020 tarih ve 39 sayılı karar	Eylem ve etkinliklere yönelik düzenleme kararları alınmıştır.
13.06.2020 tarih ve 40 sayılı karar	Nikâh merasimlerine açık havada ve kısa süreli olması koşuluyla izin verilmiştir.
23.06.2020 tarih ve 42 sayılı karar	Cami ve ibadethaneler açılmıştır.
24.06.2020 tarih ve 43 sayılı karar	Düğün salonları açılmıştır.
29.06.2020 tarih ve 48 sayılı karar	Muhtar ve halk toplantılarının ertelenmesi ya da açık alanda yapılmasına karar verilmiştir.
01.07.2020 tarih ve 49 sayılı karar	Kurban bayramı öncesi tedbirler ile kesim alanlarına yönelik tedbirler alınmıştır.
02.07.2020 tarih ve 50 sayılı karar	Konaklama tesislerinde uygulanacak

	standartlar ve tedbirler belirlenmiştir.
07.07.2020 tarih ve 52 sayılı karar	Lunapark ve tematik parklarda mesafeyi korumaya yönelik pandemi tedbirleri alınmıştır.
14.07.2020 tarih ve 54 sayılı karar	Kurban bayramı öncesi kalabalığa neden olacağından, kasap harici iş yeri ve mekanlarda et çekimi yasaklanmıştır.
14.07.2020 tarih ve 55 sayılı karar	Lokanta, kafe vs.. ile market, berber, pazaryerleri, AVM çalışma saatlerine yönelik kısıtlamalar kaldırılmıştır.
12.08.2020 tarih ve 56 sayılı karar	Halı saha ve spor tesislerine yönelik önlemler belirlenmiştir.
17.08.2020 tarih ve 57 sayılı karar	Bilardo salonlarının pandemi tedbirlerine uyması kaydıyla faaliyet göstermesine izin verilmiştir.
13.08.2020 tarih ve 58 sayılı karar	Düğün, nişan, kına, sünnet düğünü etkinliklerine açık havada yapılmasına yönelik karar alınmıştır.
26.08.2020 tarih ve 59 sayılı karar	01.09.2020 tarihinden itibaren bayrak dikimi, baş donanma, kına ve erkek/kız evi mevlitlere izin verilmeyecek olup, sadece 3 saatle sınırlandırma getirilmiştir.
31.08.2020 tarih ve 60 sayılı karar	Düğün öncesi nikah kıyılmasına, düğün sırasında nikaha müsaade edilmemesi, mangal etkinliğinin yasaklanması, 65 yaş üstü bireylerin saat 11:00 den sonra pazar yerlerine girmelerinin yasaklanmasına karar verilmiştir.
03.09.2020 tarih ve 61 sayılı karar	Sokak ve köy düğünlerine sosyal mesafeyi sağlamak amacıyla yasaklama getirilmiştir. Nikah merasimlerinin bir saatte tamamlanmasına karar verilmiştir.
08.09.2020 tarih ve 62 sayılı karar	Ayakta yolcu taşınması yasaklanmıştır.
28.10.2020 tarih ve 71 sayılı karar	Toplu taşıma araçlarına koltuk sayısısın % 25 i geçmeyecek şekilde ayakta yolcu taşımalarına izin verilmiştir.

10.11.2020 tarih ve 73 sayılı karar	Kamu kurumlarında çay ocakları kapatılmıştır.
30.11.2020 tarih ve 77 sayılı karar	İl genelindeki vakıf, dernek, birlik ve kooperatif toplantıları ertelenmiştir, otellerde sadece konaklama yapan müşterilere yemek hizmeti verilmesine karar verilmiştir.
30.11.2020 tarih ve 78 sayılı karar	Kamu kurum kuruluşlarının çalışma saatlerine yönelik düzenleme getirilmiştir. Günlük çalışma süresi sabah sat 10.00 da başlatıp, saat 16.00 da bitecek şekilde düzenlenmiştir.
21.12.2020 tarih ve 82 sayılı karar	Yılbaşı kutlamasına sosyal mesafeye uyulamayacağından izin verilmemesi kararı alınmıştır.
2.06.2021 tarih ve 19 sayılı karar	Sinema salonları Pazar günleri hariç açılmıştır.
13.07.2021 tarih ve 22 sayılı karar	Kurban kesim yerlerine randevu ile ve kurban sahiplerinden 1 kişinin gelmesini sağlayacak tedbirler alınmıştır.

Çankırı ilinde UHK kararlarında sosyal mesafe sağlanamayacak şekilde oluşacak kalabalıkları önlemeye yönelik 2020 yılında 29 karar, 2021 yılında ise 2 karar alınmıştır. 2021 yılına gelindiğinde pandemide bir yıl geride bırakılmış; bulaş yolu, hastalığın seyri ile ilgili veriler oluşmuştur. Pandemi süresince yoğun bir şekilde yürütülen yazılı ve görsel bilgilendirme çalışmaları neticesinde toplum uyumu sağlanmış ve Covid-19 aşılarının bulunması neticesinde salgınla mücadelede önemli bir dönüm noktasına gelinmiştir. 2021 yılında aşıların uygulanmaya başlanması ve hastalığın daha bilinir hale gelmesiyle düzenleyici karar sayısı da azalmıştır.

Covid-19 dan koruyucu önemli bir diğer tedbir ise sosyal mesafedir. Sağlık Bakanlığı (2020); Covid-19'un öksürme, hapşırma, konuşmayla yayılan damlacıkların solunması veya virüs bulunan yüzeylere dokunduktan sonra ellerin burun, ağız ve göze götürülmesi yoluyla bulaştığını duyurmuştur.

Hava yolu ile bulaşan hastalıklarda yakın mesafede, kalabalıkta bulaşın artacağı kaçınılmazdır. Bu nedenle pandeminin görülmesiyle birlikte sosyal mesafe kavramı bir korunma tedbiri olduğu sıklıkla vurgulanmıştır.

Virüsün rüzgâr ve bağıl neminde etkisiyle, konuşma, hapşırma ve öksürme ile havada asılı kalan mikro damlacıklar, diğer bir insana 5 saniyeden daha kısa sürede bulaşma riski taşımaktadır. Havalandırma koşullarının yetersizliği göz önüne alınarak bulaş riskinden korunma amaçlı 1,83m'den (6 adım uzunluk) daha uzun bir sosyal mesafe dikkate alınmalıdır (Feng ve diğerleri, 2020).

İçişleri Bakanlığı tarafından 27.06.2021 tarihinde yayınlanan "Kademeli Normalleşme Genelgesi" ile de 1 Temmuz 2021 tarihinden itibaren "Vatandaşlarımızın uyumu ve aşılama faaliyetlerinin etkisiyle salgında nispi düşüş/yatay seyir olduğu, tedbirlere uyulması kaydıyla kademeli normalleşmenin hayata geçirileceği" duyurulmuştur. 2021 yılında sosyal mesafeyi düzenleyici karar sayısının az olmasında kademeli normalleşme süreciyle kısıtlamaların ülke genelinde azaltılmasının etkili olduğu düşünülmektedir (İçişleri Bakanlığı, 2021).

4.5.4. Karantina Tedbirine Yönelik Kararlar

Tablo 4.5. : 2020-2021 yılları karantina tedbirine yönelik kararlar

28.03.2020 tarihli ve 12 sayılı karar	İl dışından gelenlere 14 gün karantina uygulanması kararı alınmıştır.
10.04.2020 tarihli ve 17 sayılı karar	Yapraklı İlçesi 14 gün karantinaya alınmıştır.
4.05.2020 tarihli ve 21 sayılı karar	Çankırı merkezi, Esentepe mahallesi giriş-çıkışlarının kapatılarak 14 gün karantina altına alınmasına karar verilmiştir.
22.09.2020 tarihli ve 51 sayılı karar	PCR Testi pozitif çıkan veya Tomografi sonucu Covid-19 uyumlu olanların 14 gün karantina altına alınmasına karar verilmiştir.
02.07.2020 tarihli ve 51 sayılı karar	Temaslıların 14 gün karantina altına alınmasına, sağlık kuruluşlarına gidecek temaslılar için İl AFAD Müdürlüğünce araç temin edilmesine karar verilmiştir.
2021 yılında Karantinaya ilişkin karar alınmamıştır.	

Çankırı ilinde 2020 UHK kararlarında karantinaya ilişkin 5 karar alındığı, kararların tamamının yerel düzeyde Çankırı'ya özgü kararlar olduğu, bir ilçe (Yapraklı) ve bir merkez ilçe mahallesinin (Esentepe) 14 gün süre ile karantina altına alındığı görülmüştür.

İzolasyon ve karantina, bulaşıcı hastalığı olan veya olabilecek kişilerle sağlıklı kişilerin karşılaşmasını önleyerek hastalıktan korunmaya yardımcı olan yöntemlerdir. İzolasyon, bulaşıcı hastalığı olan hastaların hasta olmayan insanlardan ayrılmasıdır. Karantina ise, bulaşıcı bir hastalığa veya hastaya temas yoluyla maruz kalan insanların hasta olup olmadıklarını görmek için ayrılması ve belirli bir bölgede hareketlerinin kısıtlanmasıdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Covid-19 ile mücadelede Türkiye'de ve dünyada karantina tedbiri uygulamaları sık sık gündeme gelmiştir.

Pandemi döneminde vaka kümelenmesi görülen yerleşim yerleri veya iş yerlerinin karantina altına alınması uygulamaları görülmüştür.

Tablo 4.6. : 2020-2021 yılları eğitim öğretime yönelik kararlar

18.06.2020 tarih ve 41 sayılı karar	LGS ve YKS sınavlarına yönelik tedbir kararları alınmıştır.
09.10.2020 tarihli ve 68 sayılı karar	Öğrenci stajlarının ertelenmesi, Merkeze bağlı köy okullarının yüz yüze eğitime başlamasına karar verilmiştir.
15.10.2020 tarihli ve 70 sayılı karar	Sağlık iş kolu öğrencilerinin stajlarının ertelenmesi kararı alınmıştır.
24.11.2020 tarihli ve 76 sayılı karar	Kreş ve gündüz bakım evlerinin yüzyüze eğitime başlamasına karar verilmiştir.
04.02.2021 tarihli ve 3 sayılı karar	Kademeli olarak yüz yüze eğitime başlanmış olup 8 ve 12 nci sınıf öğrencilerine destekleme kursları açılarak hafta içi ve hafta sonu kısıtlamasından muaf tutulmasına karar verilmiştir
17.02.2021 tarihli ve 4 sayılı karar	Kademeli olarak yüz yüze eğitimin başlaması ve 15.02.2021 tarihinden itibaren hafızlık kurslarının yüz yüze eğitime açılmasına karar verilmiştir.
7.04.2021 tarihli ve 9 sayılı karar	1 ve 2. sınıf öğrencilerinin 2 gün okulda seyreltilmiş sınıflarda yüz yüze, 3 gün

	uzaktan eğitim yapılmasına karar verilmiştir.
15.04.2021 tarihli ve 12 sayılı karar	Okulların uzaktan eğitime geçirilmesine karar verilmiştir.
24.06.2021 tarihli ve 20 sayılı karar	YKS'ye yönelik tedbir kararları alınmıştır.
01.09.2021 tarihli ve 23 sayılı karar	Eğitim kurumlarında çalışanlardan, aşı olmayanlara PCR testi yaptırarak sonucun negatif olduğunu belgelendirme zorunluluğu getirilmiştir.

Çankırı ilinde 2020 yılında 4, 2021 yılında 6 olmak üzere, eğitim öğretime ilişkin düzenleme getiren on UHK kararı alınmıştır.

Türkiye'de 11 Mart 2020'de ilk vakanın duyurulmasının ardından, 14 Mart 2020 tarihinden başlayarak, üniversiteler ve Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı tüm okullarda Covid-19'un yayılmasını engellemek amacıyla yüz yüze eğitime ara verilmiştir. Başlangıçta eğitim kurumlarında üç hafta tatil gibi belirli süreli tatil ilan edilirken, vaka ve ölüm sayılarındaki artışlar göz önünde bulundurularak bahar döneminde yüz yüze eğitime başlanmaması uygun bulunmuştur. Eğitim öğretim sürecinin kesintiye uğramaması için, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de uzaktan öğretim süreci başlamıştır (Eken ve diğerleri, 2020).

2021 yılı başından itibaren düzenlemeler yapılarak yüz yüze eğitime geçilmiş, bu geçişi düzenleyen kararlar alınmıştır.

4.5.5. İş Yerlerine Yönelik Kararlar

Tablo 4.7. : 2020-2021 yılları iş yerlerine yönelik alınan kararlar

16.03.2020 tarih ve 04 sayılı karar	Umuma açık istirahat ve eğlence yerlerinin faaliyetleri durdurulmuştur.
19.03.2020 tarih ve 05 sayılı karar	Açık oto pazarlarının kapatılmasına karar verilmiştir.
21.03.2020 tarih ve 06 sayılı karar	Berber, kuaför gibi yerlerin faaliyetleri geçici olarak durdurulmuştur

21.03.2020 tarih ve 07 sayılı karar	Restoran, pastane vb. işyerlerinde oturma alanlarının kaldırılmasına, gel-al şeklinde hizmet verilmesine karar verilmiştir.
23.03.2020 tarih ve 08 sayılı karar	Marketlerin 09:00-21:00 saatleri arasında çalışmasına karar verilmiştir.
28.03.2020 tarih ve 13 sayılı karar	Market ve pazarlara çocukların alınmamasına karar verilmiştir.
7.05.2020 tarih ve 23 sayılı karar	Berber, kuaför, güzellik salonu vb. yerlerin tekrar faaliyete başlamasına izin verilmiştir.
8.05.2020 tarih ve 24 sayılı karar	Market pazar yerlerinde satılan ürün çeşitlerine getirilen kısıtlamalar kaldırılmıştır.
12.05.2020 tarih ve 24 sayılı karar	AVM lerin çalışma saatlerine yönelik düzenleme yapılmıştır. AVM'lerdeki Covid 19 tedbirleri düzenlenmiştir.
20.05.2020 tarih ve 29 sayılı karar	Market, manav kuruyemişçi vb. çalışmasına düzenleme getirilmiştir.
30.05.2021 tarih ve 32 sayılı karar	Lokanta, restoran, ıraathane, pastane vb. yerlerin saat 22.00'a kadar açılmasına karar verilmiştir.
4.06.2020 tarih ve 35 sayılı karar	Lokanta ve avm çalışanlarına yönelik düzenleme getirilmiştir.
5.06.2020 tarih ve 35 sayılı karar	Yol üzerindeki tesislerin Covid-19 Çalışma Rehberi doğrultusunda 7/24 çalışmasına karar verilmiştir.
25.06.2020 tarih ve 45 sayılı karar	Turizm amaçlı konaklamaya ilişkin tedbirler alınmıştır.
26.06.2020 tarih ve 46 sayılı karar	İnternet kafeler, elektronik oyun salonları faaliyetlerine başlamasına karar verilmiştir.
02.07.2020 tarih ve 50 sayılı karar	Konaklama tesislerinde uygulanacak standartlar ve tedbirler belirlenmiştir.
14.07.2020 tarih ve 55 sayılı karar	Lokanta, kafe vs. ile Market, berber, pazaryerleri, avm kısıtlamalar kaldırılmıştır.
04.11.2020 tarih ve 67 sayılı karar	Konaklama tesislerine yönelik tedbirler alınmıştır.
17.11.2020 tarih ve 72 sayılı karar	Kuaför vb. yerlerin saat 22:00'a kadar

	çalışma kısıtı getirilmiştir.
02.10.2020 tarih ve 75 sayılı karar	AVM, market, berber, kuaför vb. yerlerin 10:00-20:00 saatleri arasında hizmet vermelerine, paket servis ya da gel al hizmeti verecek şekilde restoran kafe vb. yerlerin 10:00-20:00 saatlerinde hizmet vermelerine, 20:00'dan sonra sipariş hizmeti vermelerine karar verilmiştir.
30.11.2020 tarih ve 78 sayılı karar	Yüzme havuzu, hamam, sauna, lunapark faaliyetlerine son verilmiştir.
03.03.2021 tarih ve 06 sayılı karar	İlimiz genelindeki bakkal, manav, berber, kasap, terzi vb. işyerlerinin daha önce belirlenen açılış kapanış saatlerinin 07:00-20:00 arası olarak belirlenmesine karar verilmiştir.
04.05.2021 tarih ve 15 sayılı karar	Marketlerde zorunlu ihtiyaçlar haricindeki ürünlerin satışına izin verilmemesine karar verilmiştir.

Çankırı ilinde 2020 yılında 21, 2021 yılında 6 olmak üzere, çeşitli iş kollarının çalışmasına ara verilmesi ya da çalışma saatlerinin kısıtlanması kararları alınmıştır. İşyerlerinin çalışmasına ara verilmesi ya da saat kısıtlaması getirilmesi ile hareketliliğin azaltılması, kalabalığın, sosyal mesafe ihlalinin önlenmesi ve bu yolla bulaşın azaltılması amaçlanmıştır. Çalışma saatlerinde ise Sağlık Bakanlığının iş kollarına yönelik düzenlediği rehberler doğrultusunda çalışmalarını sağlayacak düzenlemeler yapılmıştır.

4.6. İl Salgın Koordinasyon Kurulu

Çankırı Valiliği bünyesinde Salgın Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur. Kurul pandemi süresince her hafta pazartesi günleri, Çankırı Valisi başkanlığında toplanmıştır. İl Sağlık Müdürü, Sağlık Hizmetleri Başkanı, Çankırı Devlet Hastanesi Başhekimi, Emniyet ve Jandarma temsilcileri, AFAD Müdürü kurul üyeleridir. Salgının seyri ve toplantı gündemiyle ilgili olarak ihtiyaç görülen kurumların temsilcileri de kurula davet edilmiştir (Çankırı Valiliği, 2021).

4.7. Vefa Sosyal Destek Grupları

22 Mart 2020 tarihinden itibaren koronavirüs tedbirleri kapsamında, sokağa çıkma kısıtlaması bulunan 65 yaş ve üstü vatandaşlar ile kronik rahatsızlığı bulunan vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamak üzere valilikler ve kaymakamlar koordinesinde Vefa Sosyal Destek grupları oluşturulmuştur.

Vefa sosyal destek gruplarında polis, jandarma, bekçi, AFAD personeli, öğretmen, din görevlileri gibi kamu çalışanları, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler görev almıştır. Sokağa çıkma kısıtlaması getirilen yaş gruplarındaki vatandaşlar ya da Covid-19 hastaları, temaslıları, 112, 155, 156 telefon numarası üzerinden Vefa Sosyal Destek Gruplarına ihtiyaçlarını bildirmiştir. Görevli ekipler tarafından hızlı bir şekilde ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2020).

5. GEREÇ, YÖNTEM VE BULGULAR

5.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Zamanı

Bu çalışma 23 Kasım 2022-15 Ocak 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çankırı Karatekin Üniversitesi etik kurulu tarafından 23.11.2022 tarih ve 28 toplantı numaralı etik kurul toplantı raporu ile araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca olmadığına dair izin verilmiştir. Etik kurul onayı sonrası çalışmanın uygulanabilmesi için Çankırı İl Sağlık Müdürlüğüne başvuru yapılmış ve Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu kararı ile araştırmaya izin verilmiştir.

Tablo 5.1. : Örneklem dağılımı, uygulama yeri ve uygulama tarihi

İlçeler	İlçe Nüfusu TUİK	İlçe Örneklem Sayısı	Anket Uygulanan Aile Sağlığı Merkezi	Anket Uygulanan Tarih Aralığı
Atkaracalar	4.968	10	Atkaracalar Aile Sağlığı Merkezi	01.12.2022
Bayramören	2.433	5	Bayramören Aile Sağlığı Merkezi	01.12.2022
Çerkeş	16.746	33	Çerkeş Aile Sağlığı Merkezi	02.12.2022
Eldivan	5.977	12	Eldivan Aile Sağlığı Merkezi	12.12.2022
Ilgaz	13.700	27	Ilgaz Aile Sağlığı Merkezi	14.12.2022
Kızılırmak	7.122	14	Kızılırmak Aile Sağlığı Merkezi	13.12.2022
Korgun	4.569	9	Korgun Aile Sağlığı Merkezi	01.12.2022
Kurşunlu	8.463	16	Kurşunlu Aile Sağlığı Merkezi	02.12.2022
Merkez	100.027	195	Zübeyde Hanım Aile Sağlığı Merkezi Refik Saydam Aile Sağlığı Merkezi Esentepe Aile Sağlığı Merkezi Karataş Aile Sağlığı Merkezi	05/09.12.2022
Orta	13.207	26	Orta Aile Sağlığı Merkezi	12.12.2022
Şabanözü	11.657	23	Şabanözü Aile Sağlığı Merkezi	12.12.2022
Yapraklı	7.646	15	Yapraklı Aile Sağlığı Merkezi	13.12.2022
Toplam	**196.515**	**383**		

5.3. Araştırmanın Yeri

Çankırı ili merkez ve ilçelerinde yürütülmüştür.

5.3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Çankırı, Batı Karadeniz ile Kızılırmak havzaları arasında yer almaktadır. İlin yüzölçümü 7.490 km2'dir. Çankırı'da 2006 yılında kurulmuş olan Çankırı Karatekin Üniversitesi faaliyet göstermektedir. Üniversiteye bağlı meslek yüksekokulları da Merkez'de ve ilçelerde faaliyetlerine devam etmektedir. İl merkezinde 1 kamu hastanesi, 1 özel hastane bulunmaktadır. İlçelerin birçoğunda da hastane bulunmaktadır. Çankırı Merkez'de 4 sinema salonu, 1 tiyatro salonu bulunmaktadır. Sosyal hizmetlere ait bilgiler ise huzurevi, çocuk yuvası, yetiştirme yurdu ve rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır (KUZKA, 2013).

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni 2022 yılı Çankırı TÜİK nüfusunu oluşturan 196.515 kişidir. Araştırmanın örneklemi G-Power güç analizi ile 383 kişi olarak belirlenmiş, Çankırı ili ikametli 18 yaş üstü çalışmaya katılmayı kabul etmiş kişilerden oluşmaktadır. Çalışmada örneklemin ilçelere göre dağılımı, anketin uygulandığı aile sağlığı merkezleri (ASM) ve uygulama tarihi tablo 5.1'de gösterilmiştir. Birden fazla aile sağlığı merkezinin bulunduğu merkez ilçede anket uygulanacak ASM'ler kura ile seçilmiştir.

5.5. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri

Araştırmacı tarafından geliştirilen, 5'li likert ölçeğinde katılımcıların katılma veya katılmama düzeylerini belirleyen anket formu kullanılmıştır.

5.6. Anket Formu

Anket formu araştırmacı tarafından yapılan literatür taramasından, Çankırı ilinde yürütülen filyasyon çalışmaları, pandemi ile ilgili Hıfzıssıhha Kurulu, Pandemi Kurulu, Salgın Koordinasyon Kurulu çalışmalarının gözlemlenmesi sonucunda oluşturulmuştur. Anket Covid-19 hakkında genel bilgileri ölçmeye yönelik 6 soru, koruyucu önlemleri ölçmeye yönelik 5 soru ve Covid-19 hakkında bilgi edinmek için başvurulan kaynakları ölçmeye yönelik 5 soru olmak üzere 16 sorudan oluşmaktadır.

5.7. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

G-Power güç analizi ile belirlenen 383 katılımcıya uygulanan anketler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin analizinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelerden faydalanılmıştır. Grup karşılaştırmalarında Ki-Kare testi uygulanmış, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis önemlilik testleri uygulanmıştır. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

5.8. Araştırmanın Amacı

Çin'de ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisi toplumun her kesimini etkilemiştir. Hastalığın kontrolü amacıyla bazı dönemler sokağa çıkma kısıtlamaları, halk eğitimi, bağışıklama çalışmaları gibi hastalığın yayılımını önlemeye yönelik çeşitli uygulamalar yapılmıştır. Covid-19 hastalığıyla beraber pandemi, filyasyon, mutasyon, sosyal mesafe gibi kavramlar sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışma ile halen devam eden Covid-19 pandemisi hakkında vatandaşların görüşlerinin Covid-19 hakkında genel bilgiler, koruyucu önlemler, Covid-19 hakkında bilgi edinme yolları boyutlarıyla ölçülmesi, görüşlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, ikamet yeri, enfeksiyon geçirme, aşı olma, kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik özelliklere göre değişiklik gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Araştırma sonucunda Çankırı ilinde vatandaşların pandemi hakkındaki görüşlerinin ölçülmesiyle salgın deneyiminin kayıt altına alınarak aktarılması, pandemi planlarına katkı sağlanması hedeflenmektedir.

5.9. Araştırmanın Problemi

Vatandaşların pandemi ile ilgili görüşleri Covid-19 hakkında genel bilgiler, koruyucu önlemler, Covid-19 hakkında bilgi edinme yolları boyutunda değişmekte midir?

Anket sorularına verilen cevaplar, ankete katılanların sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

5.10. Araştırmanın Önemi

Araştırma sonucu elde edilen veriler Çankırı ilinde yaşayan vatandaşların pandemi hakkındaki görüşlerinin hangi sosyodemografik özelliklere göre ve hangi boyutlarda değiştiğini tanımlaması açısından önemlidir. Ayrıca daha önce Çankırı ilinde vatandaşların pandemi ile ilgili görüşlerinin ölçülmemiş olması, örneklemin tüm ili temsil edecek şekilde belirlenmiş olması, pandemi ile ilgili görüşleri vatandaşların değerlendirmesi üzerinden kayıt altına almış olması yönüyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma Çankırı ilinde ikamet eden, çalışmaya katılmayı kabul eden 383 kişi üzerinde uygulanmıştır.

5.12. Bulgular

Araştırmaya 207 (%54) kadın ve 176 (%46) erkek olmak üzere toplam 268 gönüllü katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 38±14 yıl (18-88)'dir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tablo 5.2.'de verilmiştir.

5.12.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 5.2. : Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	207	54,0%
	Erkek	176	46,0%
Öğrenim	Okur Yazar	11	2,9%
	İlkokul	51	13,3%
	Ortaokul	60	15,7%
	Lise	137	35,8%
	Üniversite	111	29,0%
	Y.Lisans	12	3,1%
	Doktora	1	0,3%
Medeni	Evli	264	68,9%
	Bekar	119	31,1%

İkamet	Merkez	231	60,3%
	İlçe	120	31,3%
	Köy	32	8,4%
Çalışma	Çalışıyor	209	54,6%
	Çalışmıyor	174	45,4%
Meslek	Ev Hanımı	71	18,5%
	Kamu Memur	127	33,2%
	Özel Sektör İşçi	59	15,4%
	Çiftçi	16	4,2%
	Öğrenci	44	11,5%
	Diğer	66	17,2%
Enfeksiyon	Evet	191	49,9%
	Hayır	192	50,1%
Karantina	Evet	225	58,7%
	Hayır	158	41,3%
Aşı	Aşı Olmadım	51	13,3%
	1 Doz Aşı Oldum	25	6,5%
	2 Doz Aşı Oldum	117	30,5%
	3 Doz Aşı Oldum	109	28,5%
	4 Doz Aşı Oldum	57	14,9%
	5 Doz Aşı Oldum	24	6,3%
Hastalık	Evet	80	20,9%
	Hayır	303	79,1%
Yaşı (ort/ss)		38	14

Katılımcıların 264'ü (68,9%) evli, 231'i (60,3%) Merkezde ikamet etmekte, 209'u (54,6%) çalışıyor, 127'si (33,2%) kamuda memur, 192'si (50,1%) Covid-19 enfeksiyonu geçirmemiş, 225'i (58,7%) karantinaya alınmış, 117'si (30,5%) 2 doz Covid-19 aşısı olmuş, 303'ünün (79,1%) kronik hastalığı yoktur olarak tanımlanmıştır.

5.12.2. Karşılaştırmalı Bulgular

Araştırmaya katılanların "Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni

hali ve meslek durumu açısından istatiksel açıdan anlamı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Diğer sosyodemografik özellikleri ile Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.3.).

Tablo 5.3. : "Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür.						P
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	14	6,8%	19	9,2%	174	84,1%	,041
	Erkek	25	14,2%	19	10,8%	132	75,0%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	17	13,9%	23	18,9%	82	67,2%	<0,001
	Lise ve üzeri	22	8,4%	15	5,7%	224	85,8%	
Medeni Haliniz	Evli	31	11,7%	32	12,1%	201	76,1%	,022
	Bekar	8	6,7%	6	5,0%	105	88,2%	
İkamet	Merkez	20	8,7%	19	8,2%	192	83,1%	,378
	İlçe	14	11,7%	15	12,5%	91	75,8%	
	Köy	5	15,6%	4	12,5%	23	71,9%	
Çalışma	Çalışıyor	22	10,5%	15	7,2%	172	82,3%	,144
	Çalışmıyor	17	9,8%	23	13,2%	134	77,0%	
Meslek	Ev hanımı	8	11,3%	13	18,3%	50	70,4%	,019
	Kamu	9	7,1%	6	4,7%	112	88,2%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	18	12,8%	17	12,1%	106	75,2%	
	Öğrenci	4	9,1%	2	4,5%	38	86,4%	
Enfeksiyon	Evet	18	9,4%	19	9,9%	154	80,6%	,886
	Hayır	21	10,9%	19	9,9%	152	79,2%	
Karantina	Evet	20	8,9%	23	10,2%	182	80,9%	,602
	Hayır	19	12,0%	15	9,5%	124	78,5%	
Aşı	Aşı olmadım	7	13,7%	5	9,8%	39	76,5%	,666
	En az 1 doz aşı oldum	32	9,6%	33	9,9%	267	80,4%	

Araştırmaya katılanların "Covid-19 dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir" görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, ikamet, çalışma durumu, mesleği, "Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?", "Karantinaya alındınız

mı?" ve "Covid-19 aşısı oldunuz mu?" sosyodemografik özellikleri ile "Covid-19' dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir" görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.4.).

Tablo 5.4. : "Covid-19'dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir" görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Covid-19'dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir						P
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	24	11,6%	26	12,6%	157	75,8%	,619
	Erkek	25	14,2%	18	10,2%	133	75,6%	
Öğrenim	Ortaokul Ve Altı	16	13,1%	18	14,8%	88	72,1%	,371
	Lise Ve Üzeri	33	12,6%	26	10,0%	202	77,4%	
Medeni	Evli	37	14,0%	30	11,4%	197	74,6%	,566
	Bekar	12	10,1%	14	11,8%	93	78,2%	
İkamet	Merkez	25	10,8%	30	13,0%	176	76,2%	,476
	İlçe	18	15,0%	12	10,0%	90	75,0%	
	Köy	6	18,8%	2	6,3%	24	75,0%	
Çalışma	Çalışıyor	32	15,3%	23	11,0%	154	73,7%	,269
	Çalışmıyor	17	9,8%	21	12,1%	136	78,2%	
Meslek	Ev Hanımı	10	14,1%	11	15,5%	50	70,4%	,244
	Kamu	19	15,0%	11	8,7%	97	76,4%	
	Özel Sektör, Çiftçi, Diğer	17	12,1%	13	9,2%	111	78,7%	
	Öğrenci	3	6,8%	9	20,5%	32	72,7%	
Enfeksiyon	Evet	25	13,1%	29	15,2%	137	71,7%	,069
	Hayır	24	12,5%	15	7,8%	153	79,7%	
Karantina	Evet	30	13,3%	32	14,2%	163	72,4%	,108
	Hayır	19	12,0%	12	7,6%	127	80,4%	
Aşı	Aşı Olmadım	6	11,8%	5	9,8%	40	78,4%	,882
	En Az 1 Doz Aşı Oldum	43	13,0%	39	11,7%	250	75,3%	

Araştırmaya katılanların "Covid-19'dan korunmak mümkün değildir" görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, ikamet, çalışma durumu, mesleği, "Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?", "Karantinaya alındınız mı?" ve "Covid-19 aşısı oldunuz mu?" sosyodemografik özellikleri ile Covid-19'dan korunmak mümkün değildir görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.5.).

Tablo 5.5. : "Covid-19'dan korunmak mümkün değildir" görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Covid-19'dan korunmak mümkün değildir.						P
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	121	58,5%	28	13,5%	58	28,0%	,537
	Erkek	93	52,8%	28	15,9%	55	31,3%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	62	50,8%	18	14,8%	42	34,4%	,318
	Lise ve üzeri	152	58,2%	38	14,6%	71	27,2%	
Medeni	Evli	143	54,2%	42	15,9%	79	29,9%	,482
	Bekar	71	59,7%	14	11,8%	34	28,6%	
İkamet	Merkez	126	54,5%	34	14,7%	71	30,7%	,763
	İlçe	70	58,3%	19	15,8%	31	25,8%	
	Köy	18	56,3%	3	9,4%	11	34,4%	
Çalışma	Çalışıyor	117	56,0%	27	12,9%	65	31,1%	,519
	Çalışmıyor	97	55,7%	29	16,7%	48	27,6%	
Meslek	Ev hanımı	41	57,7%	13	18,3%	17	23,9%	,111
	Kamu	75	59,1%	13	10,2%	39	30,7%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	69	48,9%	22	15,6%	50	35,5%	
	Öğrenci	29	65,9%	8	18,2%	7	15,9%	
Enfeksiyon	Evet	99	51,8%	32	16,8%	60	31,4%	,250
	Hayır	115	59,9%	24	12,5%	53	27,6%	
Karantina	Evet	121	53,8%	37	16,4%	67	29,8%	,431
	Hayır	93	58,9%	19	12,0%	46	29,1%	
Aşı	Aşı olmadım	29	56,9%	8	15,7%	14	27,5%	,932
	En az 1 doz aşı oldum	185	55,7%	48	14,5%	99	29,8%	

Araştırmaya katılanların "Covid-19 hastalığı kaderdir" görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; öğrenim durumunda istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer sosyodemografik özellikleri ile "Covid-19 hastalığı kaderdir" görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo: 5.6.).

Tablo 5.6. : "Covid-19 hastalığı kaderdir" görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Covid-19 hastalığı kaderdir						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	P
Cinsiyet	Kadın	120	58,0%	37	17,9%	50	24,2%	,391
	Erkek	99	56,3%	25	14,2%	52	29,5%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	59	48,4%	19	15,6%	44	36,1%	,015
	Lise ve üzeri	160	61,3%	43	16,5%	58	22,2%	
Medeni	Evli	146	55,3%	46	17,4%	72	27,3%	,483
	Bekar	73	61,3%	16	13,4%	30	25,2%	
İkamet	Merkez	132	57,1%	42	18,2%	57	24,7%	,652
	İlçe	69	57,5%	15	12,5%	36	30,0%	
	Köy	18	56,3%	5	15,6%	9	28,1%	
Çalışma	Çalışıyor	130	62,2%	29	13,9%	50	23,9%	,090
	Çalışmıyor	89	51,1%	33	19,0%	52	29,9%	
Meslek	Ev hanımı	34	47,9%	14	19,7%	23	32,4%	,230
	Kamu	78	61,4%	23	18,1%	26	20,5%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	79	56,0%	18	12,8%	44	31,2%	
	Öğrenci	28	63,6%	7	15,9%	9	20,5%	
Enfeksiyon	Evet	105	55,0%	31	16,2%	55	28,8%	,608
	Hayır	114	59,4%	31	16,1%	47	24,5%	
Karantina	Evet	124	55,1%	36	16,0%	65	28,9%	,481
	Hayır	95	60,1%	26	16,5%	37	23,4%	
Aşı	Aşı olmadım	31	60,8%	6	11,8%	14	27,5%	,651
	En az 1 doz aşı oldum	188	56,6%	56	16,9%	88	26,5%	

Araştırmaya katılanların "65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder" görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, ikamet, çalışma durumu, mesleği, "Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?", "Karantinaya alındınız mı?" ve "Covid-19 aşısı oldunuz mu?" sosyodemografik özellikleri ile "65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder" görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.7.).

Tablo 5.7. : "65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder" görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	20	9,7%	9	4,3%	178	86,0%	,667
	Erkek	22	12,5%	8	4,5%	146	83,0%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	14	11,5%	7	5,7%	101	82,8%	,673
	Lise ve üzeri	28	10,7%	10	3,8%	223	85,4%	
Medeni	Evli	30	11,4%	9	3,4%	225	85,2%	,334
	Bekar	12	10,1%	8	6,7%	99	83,2%	
İkamet	Merkez	25	10,8%	9	3,9%	197	85,3%	,958
	İlçe	14	11,7%	6	5,0%	100	83,3%	
	Köy	3	9,4%	2	6,3%	27	84,4%	
Çalışma	Çalışıyor	28	13,4%	7	3,3%	174	83,3%	,149
	Çalışmıyor	14	8,0%	10	5,7%	150	86,2%	
Meslek	Ev hanımı	7	9,9%	4	5,6%	60	84,5%	,633
	Kamu	14	11,0%	4	3,1%	109	85,8%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	18	12,8%	5	3,5%	118	83,7%	
	Öğrenci	3	6,8%	4	9,1%	37	84,1%	
Enfeksiyon	Evet	18	9,4%	8	4,2%	165	86,4%	,599
	Hayır	24	12,5%	9	4,7%	159	82,8%	
Karantina	Evet	26	11,6%	11	4,9%	188	83,6%	,782
	Hayır	16	10,1%	6	3,8%	136	86,1%	
Aşı	Aşı olmadım	8	15,7%	2	3,9%	41	80,4%	,508
	En az 1 doz aşı oldum	34	10,2%	15	4,5%	283	85,2%	

Araştırmaya katılanların "Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder" görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; çalışma durumunda istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer sosyodemografik özellikleri ile "Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder" görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo: 5.8.).

Tablo 5.8. : "Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder.						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	11	5,3%	8	3,9%	188	90,8%	,122
	Erkek	12	6,8%	15	8,5%	149	84,7%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	6	4,9%	7	5,7%	109	89,3%	,814
	Lise ve üzeri	17	6,5%	16	6,1%	228	87,4%	
Medeni	Evli	20	7,6%	15	5,7%	229	86,7%	,150
	Bekar	3	2,5%	8	6,7%	108	90,8%	
İkamet	Merkez	14	6,1%	13	5,6%	204	88,3%	,543
	İlçe	9	7,5%	7	5,8%	104	86,7%	
	Köy	0	0,0%	3	9,4%	29	90,6%	
Çalışma	Çalışıyor	20	9,6%	12	5,7%	177	84,7%	,006
	Çalışmıyor	3	1,7%	11	6,3%	160	92,0%	
Meslek	Ev hanımı	3	4,2%	4	5,6%	64	90,1%	,235
	Kamu	13	10,2%	6	4,7%	108	85,0%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	7	5,0%	10	7,1%	124	87,9%	
	Öğrenci	0	0,0%	3	6,8%	41	93,2%	
Enfeksiyon	Evet	12	6,3%	10	5,2%	169	88,5%	,804
	Hayır	11	5,7%	13	6,8%	168	87,5%	
Karantina	Evet	12	5,3%	13	5,8%	200	88,9%	,776
	Hayır	11	7,0%	10	6,3%	137	86,7%	
Aşı	Aşı olmadım	4	7,8%	4	7,8%	43	84,3%	,687
	En az 1 doz aşı oldum	19	5,7%	19	5,7%	294	88,6%	

Araştırmaya katılanların "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; ikamet, çalışma durumu ve meslekte istatiksel açıdan anlamı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ile "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.9).

Tablo 5.9. : "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım..						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	21	10,1%	15	7,2%	171	82,6%	,094
	Erkek	30	17,0%	16	9,1%	130	73,9%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	17	13,9%	11	9,0%	94	77,0%	,863
	Lise ve üzeri	34	13,0%	20	7,7%	207	79,3%	
Medeni	Evli	33	12,5%	21	8,0%	210	79,5%	,762
	Bekar	18	15,1%	10	8,4%	91	76,5%	
İkamet	Merkez	35	15,2%	12	5,2%	184	79,7%	,040
	İlçe	12	10,0%	13	10,8%	95	79,2%	
	Köy	4	12,5%	6	18,8%	22	68,8%	
Çalışma	Çalışıyor	32	15,3%	10	4,8%	167	79,9%	,021
	Çalışmıyor	19	10,9%	21	12,1%	134	77,0%	
Meslek	Ev hanımı	7	9,9%	5	7,0%	59	83,1%	,017
	Kamu	14	11,0%	4	3,1%	109	85,8%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	19	13,5%	17	12,1%	105	74,5%	
	Öğrenci	11	25,0%	5	11,4%	28	63,6%	
Enfeksiyon	Evet	27	14,1%	14	7,3%	150	78,5%	,792
	Hayır	24	12,5%	17	8,9%	151	78,6%	
Karantina	Evet	33	14,7%	21	9,3%	171	76,0%	,325
	Hayır	18	11,4%	10	6,3%	130	82,3%	
Aşı	Aşı olmadım	6	11,8%	4	7,8%	41	80,4%	,935
	En az 1 doz aşı oldum	45	13,6%	27	8,1%	260	78,3%	

Araştırmaya katılanların "Kalabalığa girmekten kaçınırım." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; meslekte istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Diğer sosyodemografik özellikleri ile "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 5.10.)

Tablo 5.10. : "Kalabalığa girmekten kaçınırım." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Kalabalığa girmekten kaçınırım.						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	28	13,5%	17	8,2%	162	78,3%	,146
	Erkek	36	20,5%	17	9,7%	123	69,9%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	19	15,6%	8	6,6%	95	77,9%	,470
	Lise ve üzeri	45	17,2%	26	10,0%	190	72,8%	
Medeni	Evli	40	15,2%	23	8,7%	201	76,1%	,449
	Bekar	24	20,2%	11	9,2%	84	70,6%	
İkamet	Merkez	38	16,5%	22	9,5%	171	74,0%	,970
	İlçe	21	17,5%	10	8,3%	89	74,2%	
	Köy	5	15,6%	2	6,3%	25	78,1%	
Çalışma	Çalışıyor	39	18,7%	22	10,5%	148	70,8%	,196
	Çalışmıyor	25	14,4%	12	6,9%	137	78,7%	
Meslek	Ev hanımı	5	7,0%	3	4,2%	63	88,7%	,007
	Kamu	21	16,5%	11	8,7%	95	74,8%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	26	18,4%	12	8,5%	103	73,0%	
	Öğrenci	12	27,3%	8	18,2%	24	54,5%	
Enfeksiyon	Evet	31	16,2%	16	8,4%	144	75,4%	,901
	Hayır	33	17,2%	18	9,4%	141	73,4%	
Karantina	Evet	40	17,8%	23	10,2%	162	72,0%	,385
	Hayır	24	15,2%	11	7,0%	123	77,8%	
Aşı	Aşı olmadım	10	19,6%	2	3,9%	39	76,5%	,376
	En az 1 doz aşı oldum	54	16,3%	32	9,6%	246	74,1%	

Araştırmaya katılanların "Sosyal mesafe kuralına uyarım." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni

hali, ikamet, çalışma durumu, mesleği, "Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?", "Karantinaya alındınız mı?" ve "Covid-19 aşısı oldunuz mu?" sosyodemografik özellikleri ile "Sosyal mesafe kuralına uyarım." görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.11.).

Tablo 5.11. : "Sosyal mesafe kuralına uyarım." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sosyal mesafe kuralına uyarım..						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	25	12,1%	15	7,2%	167	80,7%	,183
	Erkek	30	17,0%	18	10,2%	128	72,7%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	17	13,9%	9	7,4%	96	78,7%	,886
	Lise ve üzeri	38	14,6%	24	9,2%	199	76,2%	
Medeni	Evli	35	13,3%	20	7,6%	209	79,2%	,318
	Bekar	20	16,8%	13	10,9%	86	72,3%	
İkamet	Merkez	33	14,3%	18	7,8%	180	77,9%	,916
	İlçe	17	14,2%	11	9,2%	92	76,7%	
	Köy	5	15,6%	4	12,5%	23	71,9%	
Çalışma	Çalışıyor	35	16,7%	16	7,7%	158	75,6%	,296
	Çalışmıyor	20	11,5%	17	9,8%	137	78,7%	
Meslek	Ev hanımı	6	8,5%	6	8,5%	59	83,1%	,050
	Kamu	16	12,6%	8	6,3%	103	81,1%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	23	16,3%	11	7,8%	107	75,9%	
	Öğrenci	10	22,7%	8	18,2%	26	59,1%	
Enfeksiyon	Evet	27	14,1%	13	6,8%	151	79,1%	,435
	Hayır	28	14,6%	20	10,4%	144	75,0%	
Karantina	Evet	35	15,6%	19	8,4%	171	76,0%	,728
	Hayır	20	12,7%	14	8,9%	124	78,5%	
Aşı	Aşı olmadım	8	15,7%	3	5,9%	40	78,4%	,742
	En az 1 doz aşı oldum	47	14,2%	30	9,0%	255	76,8%	

Araştırmaya katılanların "El dezenfektanı kullanırım." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, ikamet, çalışma durumu, mesleği, "Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?", "Karantinaya alındınız mı?" ve "Covid-19 aşısı oldunuz mu?" sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.12.).

Tablo 5.12. : "El dezenfektanı kullanırım." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		El dezenfektanı kullanırım.						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	28	13,5%	17	8,2%	162	78,3%	,751
	Erkek	27	15,3%	17	9,7%	132	75,0%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	22	18,0%	12	9,8%	88	72,1%	,306
	Lise ve üzeri	33	12,6%	22	8,4%	206	78,9%	
Medeni	Evli	41	15,5%	24	9,1%	199	75,4%	,587
	Bekar	14	11,8%	10	8,4%	95	79,8%	
İkamet	Merkez	30	13,0%	24	10,4%	177	76,6%	,573
	İlçe	19	15,8%	7	5,8%	94	78,3%	
	Köy	6	18,8%	3	9,4%	23	71,9%	
Çalışma	Çalışıyor	29	13,9%	15	7,2%	165	78,9%	,395
	Çalışmıyor	26	14,9%	19	10,9%	129	74,1%	
Meslek	Ev hanımı	16	22,5%	7	9,9%	48	67,6%	,109
	Kamu	12	9,4%	9	7,1%	106	83,5%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	21	14,9%	11	7,8%	109	77,3%	
	Öğrenci	6	13,6%	7	15,9%	31	70,5%	
Enfeksiyon	Evet	35	18,3%	16	8,4%	140	73,3%	,087
	Hayır	20	10,4%	18	9,4%	154	80,2%	
Karantina	Evet	38	16,9%	23	10,2%	164	72,9%	,100
	Hayır	17	10,8%	11	7,0%	130	82,3%	
Aşı	Aşı olmadım	3	5,9%	3	5,9%	45	88,2%	,103
	En az 1 doz aşı oldum	52	15,7%	31	9,3%	249	75,0%	

Araştırmaya katılanların "Kapalı mekanları sık sık havalandırırım." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, ikamet, çalışma durumu, mesleği, "Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?", "Karantinaya alındınız mı?" ve "Covid-19 aşısı oldunuz mu?" sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.13.).

Tablo 5.13. : "Kapalı mekanları sık sık havalandırırım." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Kapalı mekânları sık sık havalandırırım.						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	6	2,9%	11	5,3%	190	91,8%	,025
	Erkek	16	9,1%	12	6,8%	148	84,1%	
Öğrenim	ortaokul ve altı	6	4,9%	8	6,6%	108	88,5%	,859
	lise ve üzeri	16	6,1%	15	5,7%	230	88,1%	
Medeni	Evli	15	5,7%	17	6,4%	232	87,9%	,867
	Bekar	7	5,9%	6	5,0%	106	89,1%	
İkamet	Merkez	11	4,8%	11	4,8%	209	90,5%	,156
	İlçe	7	5,8%	8	6,7%	105	87,5%	
	Köy	4	12,5%	4	12,5%	24	75,0%	
Çalışma	Çalışıyor	16	7,7%	9	4,3%	184	88,0%	,077
	Çalışmıyor	6	3,4%	14	8,0%	154	88,5%	
Meslek	Ev hanımı	2	2,8%	5	7,0%	64	90,1%	,550
	Kamu	9	7,1%	5	3,9%	113	89,0%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	9	6,4%	8	5,7%	124	87,9%	
	Öğrenci	2	4,5%	5	11,4%	37	84,1%	
Enfeksiyon	Evet	12	6,3%	11	5,8%	168	88,0%	,889
	Hayır	10	5,2%	12	6,3%	170	88,5%	
Karantina	Evet	12	5,3%	16	7,1%	197	87,6%	,522
	Hayır	10	6,3%	7	4,4%	141	89,2%	
Aşı	Aşı olmadım	3	5,9%	1	2,0%	47	92,2%	,426
	En az 1 doz aşı oldum	19	5,7%	22	6,6%	291	87,7%	

Araştırmaya katılanların “Televizyondan bilgi edinirim.” görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; ikamet, çalışma durumu ve meslekte istatiksel açıdan anlamı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ile “Televizyondan bilgi edinirim.” görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 5.14.).

Tablo 5.14. : “Televizyondan bilgi edinirim.” bilgi edinirim.” görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Televizyondan bilgi edinirim..						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	39	18,8%	14	6,8%	154	74,4%	,697
	Erkek	33	18,8%	16	9,1%	127	72,2%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	15	12,3%	7	5,7%	100	82,0%	,033
	Lise ve üzeri	57	21,8%	23	8,8%	181	69,3%	
Medeni	Evli	50	18,9%	17	6,4%	197	74,6%	,317
	Bekar	22	18,5%	13	10,9%	84	70,6%	
İkamet	Merkez	49	21,2%	18	7,8%	164	71,0%	,473
	İlçe	18	15,0%	11	9,2%	91	75,8%	
	Köy	5	15,6%	1	3,1%	26	81,3%	
Çalışma	Çalışıyor	47	22,5%	20	9,6%	142	67,9%	,031
	Çalışmıyor	25	14,4%	10	5,7%	139	79,9%	
Meslek	Ev hanımı	9	12,7%	3	4,2%	59	83,1%	,146
	Kamu	31	24,4%	11	8,7%	85	66,9%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	23	16,3%	10	7,1%	108	76,6%	
	Öğrenci	9	20,5%	6	13,6%	29	65,9%	
Enfeksiyon	Evet	42	22,0%	15	7,9%	134	70,2%	,273
	Hayır	30	15,6%	15	7,8%	147	76,6%	
Karantina	Evet	47	20,9%	19	8,4%	159	70,7%	,355
	Hayır	25	15,8%	11	7,0%	122	77,2%	
Aşı	Aşı olmadım	8	15,7%	2	3,9%	41	80,4%	,397
	En az 1 doz aşı oldum	64	19,3%	28	8,4%	240	72,3%	

Araştırmaya katılanların "Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; öğrenim durumu, çalışma durumu ve meslekte istatiksel açıdan anlamı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ile "Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim." görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo: 5.15).

Tablo 5.15. : "Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim..						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	50	24,2%	21	10,1%	136	65,7%	,816
	Erkek	44	25,0%	21	11,9%	111	63,1%	
Öğrenim	Ortaokul Ve Altı	45	36,9%	15	12,3%	62	50,8%	<0,001
	Lise Ve Üzeri	49	18,8%	27	10,3%	185	70,9%	
Medeni	Evli	67	25,4%	31	11,7%	166	62,9%	,591
	Bekar	27	22,7%	11	9,2%	81	68,1%	
İkamet	Merkez	46	19,9%	27	11,7%	158	68,4%	,086
	İlçe	38	31,7%	10	8,3%	72	60,0%	
	Köy	10	31,3%	5	15,6%	17	53,1%	
Çalışma	Çalışıyor	40	19,1%	21	10,0%	148	70,8%	,013
	Çalışmıyor	54	31,0%	21	12,1%	99	56,9%	
Meslek	Ev Hanımı	25	35,2%	10	14,1%	36	50,7%	<0,001
	Kamu	14	11,0%	9	7,1%	104	81,9%	
	Özel Sektör, Çiftçi, Diğer	45	31,9%	18	12,8%	78	55,3%	
	Öğrenci	10	22,7%	5	11,4%	29	65,9%	
Enfeksiyon	Evet	52	27,2%	21	11,0%	118	61,8%	,460
	Hayır	42	21,9%	21	10,9%	129	67,2%	
Karantina	Evet	63	28,0%	25	11,1%	137	60,9%	,152
	Hayır	31	19,6%	17	10,8%	110	69,6%	
Aşı	Aşı Olmadım	15	29,4%	5	9,8%	31	60,8%	,682
	En Az 1 Doz Aşı Oldum	79	23,8%	37	11,1%	216	65,1%	

Araştırmaya katılanların. “Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim.” görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; öğrenim durumu, çalışma durumu ve meslekte istatiksel açıdan anlamı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ile “Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim.” görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.16.).

Tablo 5.16. : “Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim.” görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim..						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	66	31,9%	25	12,1%	116	56,0%	,832
	Erkek	59	33,5%	18	10,2%	99	56,3%	
Öğrenim	Ortaokul Ve Altı	31	25,4%	14	11,5%	77	63,1%	,109
	Lise Ve Üzeri	94	36,0%	29	11,1%	138	52,9%	
Medeni	Evli	80	30,3%	33	12,5%	151	57,2%	,245
	Bekar	45	37,8%	10	8,4%	64	53,8%	
İkamet	Merkez	80	34,6%	23	10,0%	128	55,4%	,598
	İlçe	38	31,7%	15	12,5%	67	55,8%	
	Köy	7	21,9%	5	15,6%	20	62,5%	
Çalışma	Çalışıyor	76	36,4%	27	12,9%	106	50,7%	,063
	Çalışmıyor	49	28,2%	16	9,2%	109	62,6%	
Meslek	Ev Hanımı	19	26,8%	6	8,5%	46	64,8%	,041
	Kamu	47	37,0%	16	12,6%	64	50,4%	
	Özel Sektör, Çiftçi, Diğer	37	26,2%	16	11,3%	88	62,4%	
	Öğrenci	22	50,0%	5	11,4%	17	38,6%	
Enfeksiyon	Evet	66	34,6%	25	13,1%	100	52,4%	,276
	Hayır	59	30,7%	18	9,4%	115	59,9%	
Karantina	Evet	81	36,0%	28	12,4%	116	51,6%	,098
	Hayır	44	27,8%	15	9,5%	99	62,7%	
Aşı	Aşı Olmadım	20	39,2%	0	0,0%	31	60,8%	,022
	En Az 1 Doz Aşı Oldum	105	31,6%	43	13,0%	184	55,4%	

Araştırmaya katılanların, “Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim.” görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; öğrenim durumu ve aşı olma durumunda istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ile “Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim.” görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.17.).

Tablo 5.17. : “Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim.” görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim..						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	52	25,1%	17	8,2%	138	66,7%	,299
	Erkek	41	23,3%	23	13,1%	112	63,6%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	38	31,1%	17	13,9%	67	54,9%	,014
	Lise ve üzeri	55	21,1%	23	8,8%	183	70,1%	
Medeni	Evli	69	26,1%	30	11,4%	165	62,5%	,235
	Bekar	24	20,2%	10	8,4%	85	71,4%	
İkamet	Merkez	45	19,5%	26	11,3%	160	69,3%	,120
	İlçe	38	31,7%	11	9,2%	71	59,2%	
	Köy	10	31,3%	3	9,4%	19	59,4%	
Çalışma	Çalışıyor	44	21,1%	22	10,5%	143	68,4%	,262
	Çalışmıyor	49	28,2%	18	10,3%	107	61,5%	
Meslek	Ev hanımı	23	32,4%	9	12,7%	39	54,9%	,251
	Kamu	23	18,1%	12	9,4%	92	72,4%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	37	26,2%	16	11,3%	88	62,4%	
	Öğrenci	10	22,7%	3	6,8%	31	70,5%	
Enfeksiyon	Evet	54	28,3%	15	7,9%	122	63,9%	,080
	Hayır	39	20,3%	25	13,0%	128	66,7%	
Karantina	Evet	64	28,4%	21	9,3%	140	62,2%	,070
	Hayır	29	18,4%	19	12,0%	110	69,6%	
Aşı	Aşı olmadım	14	27,5%	0	0,0%	37	72,5%	,032

	En az 1 doz aşı oldum	79	23,8%	40	12,0%	213	64,2%	

Araştırmaya katılanların, "Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim." görüşü ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; ikamet yerine göre istatiksel açıdan anlamı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların diğer sosyademografik özellikleri ile "Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim." görüşü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo: 5.18.).

Tablo 5.18. : "Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim." görüşü ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim.						
		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		P
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
Cinsiyet	Kadın	24	11,6%	7	3,4%	176	85,0%	,095
	Erkek	18	10,2%	15	8,5%	143	81,3%	
Öğrenim	Ortaokul ve altı	16	13,1%	6	4,9%	100	82,0%	,605
	Lise ve üzeri	26	10,0%	16	6,1%	219	83,9%	
Medeni	Evli	28	10,6%	15	5,7%	221	83,7%	,940
	Bekar	14	11,8%	7	5,9%	98	82,4%	
İkamet	Merkez	17	7,4%	16	6,9%	198	85,7%	,027
	İlçe	18	15,0%	6	5,0%	96	80,0%	
	Köy	7	21,9%	0	0,0%	25	78,1%	
Çalışma	Çalışıyor	20	9,6%	11	5,3%	178	85,2%	,549
	Çalışmıyor	22	12,6%	11	6,3%	141	81,0%	
Meslek	Ev hanımı	8	11,3%	2	2,8%	61	85,9%	,116
	Kamu	11	8,7%	6	4,7%	110	86,6%	
	Özel sektör, çiftçi, diğer	15	10,6%	8	5,7%	118	83,7%	
	Öğrenci	8	18,2%	6	13,6%	30	68,2%	
Enfeksiyon	Evet	23	12,0%	13	6,8%	155	81,2%	,507
	Hayır	19	9,9%	9	4,7%	164	85,4%	
Karantina	Evet	28	12,4%	14	6,2%	183	81,3%	,460
	Hayır	14	8,9%	8	5,1%	136	86,1%	
Aşı	Aşı olmadım	5	9,8%	0	0,0%	46	90,2%	,150
	En az 1 doz aşı oldum	37	11,1%	22	6,6%	273	82,2%	

Araştırmaya katılanları, yaşı ile "Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür." görüşü karşılaştırıldığında; fikrim yok diyenlerin ortalama ve median yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.).

Araştırmaya katılanların yaşı ile" Covid-19 dan korunmak mümkün değildir." görüşü karşılaştırıldığında; katılıyorum diyenlerin ortalama ve median yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.).

Araştırmaya katılanların yaşı ile "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşü karşılaştırıldığında; fikrim yok diyenlerin ortalama ve median yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.)

Araştırmaya katılanların yaşı ile "Kalabalığa girmekten kaçınırım." görüşü karşılaştırıldığında; katılıyorum diyenlerin ortalama ve maximum yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.).

Araştırmaya katılanların yaşı ile "Sosyal mesafe kuralına uyarım." görüşü karşılaştırıldığında; katılıyorum diyenlerin ortalama ve maximum yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.).

Araştırmaya katılanların yaşı ile "Televizyondan bilgi edinirim." görüşü karşılaştırıldığında; katılıyorum diyenlerin ortalama ve maximum yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.).

Araştırmaya katılanların yaşı ile "Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim." görüşü karşılaştırıldığında; fikrim yok diyenlerin ortalama ve maximum yaşı istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo: 5.19.).

Araştırmaya katılanların, yaşı ile "Covid-19 dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir", "Covid-19 hastalığı kaderdir", "65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder", "Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder", "El dezenfektanı kullanırım.", "Kapalı mekanları sık sık havalandırırım.", "Resmi

kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim.", "Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim." görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 5.19.).

Tablo 5.19. : "Yaş" ile "Covid-19 hakkında genel bilgiler", "Koruyucu önlemler", "Covid-19 hakkında bilgi edinme yolları" boyutlarındaki cevapların karşılaştırılması

		Yaşı					
		Mean	Ss	Minimum	Median	Maximum	P
Covi-19 hastalığının etkeni bir virüstür	Katılmıyorum	39	13	18	37	71	
	Fikrim yok	45	17	18	46	88	,006
	Katılıyorum	37	14	18	35	88	
Covid-19 dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir	Katılmıyorum	36	11	18	36	68	
	Fikrim yok	35	14	18	35	71	,320
	Katılıyorum	39	15	18	36	88	
Covid-19 dan korunmak mümkün değildir.	Katılmıyorum	36	14	18	35	88	
	Fikrim yok	38	14	18	35	72	,011
	Katılıyorum	41	15	18	39	73	
Covid-19 hastalığı kaderdir	Katılmıyorum	37	13	18	35	88	
	Fikrim yok	39	15	18	34	73	,196
	Katılıyorum	40	15	18	39	88	
65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder	Katılmıyorum	38	13	18	37	70	
	Fikrim yok	37	17	18	35	72	,764
	Katılıyorum	38	14	18	36	88	
Kronik hastalığı olanlarda (şeker	Katılmıyorum	40	9	27	37	57	

hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder	Fikrim yok	35	11	18	36	59	,367
	Katılıyorum	38	15	18	36	88	
Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım.	Katılmıyorum	33	12	18	30	72	
	Fikrim yok	40	17	18	36	73	,032
	Katılıyorum	39	14	18	37	88	
Kalabalığa girmekten kaçınırım.	Katılmıyorum	34	12	18	31	72	
	Fikrim yok	35	12	18	34	68	,015
	Katılıyorum	39	15	18	37	88	
Sosyal mesafe kuralına uyarım.	Katılmıyorum	34	11	18	35	55	
	Fikrim yok	34	13	18	30	72	,040
	Katılıyorum	39	15	18	37	88	
El dezenfektanı kullanırım.	Katılmıyorum	38	13	18	37	69	
	Fikrim yok	41	17	18	43	88	,443
	Katılıyorum	37	14	18	35	88	
Kapalı mekanları sık sık havalandırırım.	Katılmıyorum	36	11	19	36	55	
	Fikrim yok	38	16	18	36	72	,972
	Katılıyorum	38	14	18	36	88	
Televizyondan bilgi edinirim.	Katılmıyorum	33	10	18	33	54	
	Fikrim yok	35	13	18	34	72	,005
	Katılıyorum	39	15	18	37	88	

Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim.	Katılmıyorum	40	16	18	40	73	
	Fikrim yok	38	15	18	36	88	,185
	Katılıyorum	37	13	18	35	88	
Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim.	Katılmıyorum	34	12	18	34	68	
	Fikrim yok	40	15	18	40	88	,014
	Katılıyorum	39	15	18	37	88	
Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim.	Katılmıyorum	42	16	18	40	73	
	Fikrim yok	43	14	22	42	88	,001
	Katılıyorum	36	13	18	34	88	
Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim.	Katılmıyorum	36	15	18	33	68	
	Fikrim yok	39	18	19	32	73	,441
	Katılıyorum	38	14	18	36	88	

6. TARTIŞMA

Covid-19 Pandemisi 13 Ocak 2023 tarihi itibariyle 6.700.519'u ölümle sonuçlanan, 661.545.258 onaylanmış vaka sayısına ulaşmıştır (DSÖ). Tüm dünyayı etkisi altına alan ve yaşamın olduğu her kıtada görülen pandemiyle mücadelede kamu ve özel tüm sektörler ile sivil toplum kuruluşlarının işbirliği halinde çalışmasıyla başarılı olunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca toplumun sürece katılımının sağlanması da pandemi ile mücadelede oldukça önemli bir diğer husustur.

Toplum katılımını sağlayabilmek için de toplumun sosyodemografik yapısı, örf ve adetleri bilinmeli; doğru ve etkin şekilde bilgilendirme yapılmalı ve topluma mesajlar bu doğrultuda verilmelidir. Sağlık Bakanlığı pandemi ile mücadelenin toplum bilimleri yaklaşımıyla yürütülebilmesi amacıyla; toplumun sosyal psikolojisi, dini ve sosyal hassasiyetleriyle ilgili çalışmalar yürütmek üzere sosyoloji, iletişim, psikoloji, din sosyolojisi, istatistik gibi farklı alanlardan uzmanların beraber çalıştığı Toplum Bilimleri Kurulu'nu kurmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Bu çalışma Çankırı ilindeki vatandaşların Covid-19 Pandemisi hakkındaki görüşlerini, Covid-19 ve koruyucu önlemler hakkındaki genel bilgilerini ve Covid-19 hakkında bilgi edinmek için başvurulan kaynakları saptamak amacıyla yürütülmüştür.

Vatandaşların son yüzyılın en ölümcül pandemisiyle ilgili görüşlerinin tespit edilmesinin, kayıt altına alınmasının ve bilimsel metotlarla analiz edilmesinin; bu görüşlerin sosyoekonomik durumla ilişkisinin belirlenerek pandemi deneyiminin aktarılmasını sağlayacağı ve ileride görülecek pandemilere hazırlık planlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca literatürde vatandaşların görüşlerini benzer şekilde ölçmeye yönelik yapılmış çalışma bulunmadığı için literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya 207 (%54) kadın ve 176 (%46) erkek olmak üzere toplam 368 gönüllü katılmıştır. Katılımcıların 264'ü (68,9%) evli, 231'i (60,3%) merkezde ikamet etmekte, 209'u (54,6%) çalışmakta, 127'si (33,2%) kamuda memur, 192'si (50,1%)Covid-19 enfeksiyonu geçirmemiş, 225'i (58,7%) karantinaya alınmış,

117'si (30,5%) 2 doz Covid-19 aşısı olmuş, 303'ünün (79,1%) kronik hastalığı yoktur olarak tanımlanmıştır.

Sosyodemografik verilerin analizinde hiç aşı olmamış 51 (13,3%) kişi dikkat çekmektedir. Aşı karşıtlığının tarihi, aşıların tarihi ile başlamaktadır. Osmanlı'daki çiçek aşısından (variolasyon) çok etkilenen Lady Montague, mektuplarında bu uygulamanın İngiltere'de uygulanmasını çok istediğini ancak buna karşı çıkanların olmasından çekindiğini ve gerekirse bunlarla mücadele edeceğini yazmaktadır (Töreci, 2012).

"Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?" sorusuna "evet" cevabı verenlerin sayısı 191 (49,9%), "Karantina altına alındınız mı?" sorusuna "evet" cevabı verenlerin sayısı ise 225' tir. Karantina altına alınanların sayısının daha yüksek olması ise Sağlık Bakanlığı rehberi doğrultusunda Covid-19 tanısı almış kişilerle temaslı olduğu için karantina altına alınanların da olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların "Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür" görüşüne verdiği yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; yanıtlar ile cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hal ve meslek durumu arasında istatiksel olarak anlamı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrenim durumunda "ortaokul ve altı" ile "lise ve üstü" arasında $p<0,001$ ölçülerek anlamlı bulunmuş, öğrenim durumu ortaokul olanların "Covid-19 hastalığının etkeni bir virüstür" görüşüne daha düşük oranda katıldığı görülmüştür. Bu durum öğrenim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilişkisine dikkat çekmektedir. Kıraç ve Öztürk tarafından 2020 yılında Konya'da 900 kişi üzerinde yapılan çalışmada öğrenim durumu arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı saptanmıştır.

Katılımcıların "Covid-19'dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir" görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum sağlıklı yaşam alışkanlıklarının Covid-19'dan korunmada etkili olduğunun anlaşıldığını düşündürmektedir.

Katılımcıların "Covid-19'dan korunmak mümkün değildir" görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı

bir fark saptanmamış ve grupların bu görüşe katılma ve katılmama oranının yakın olduğu saptanmıştır. Katılmayanların bu görüşte olmasında Covid-19 pandemisinin devam ediyor olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların "Covid-19 hastalığı kaderdir." görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında öğrenim durumu ortaokul ve altı olanlar ile öğrenim durumu daha yüksek olanlar arasında istatiksel açıdan anlamı bir fark saptanmıştır. Öğrenim durumu düşük olanlarda katılıyorum yanıtı daha yüksektir. Bu sonucun saptanmasında sağlık okuryazarlığı ile öğrenim durumu ilişkisinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların "65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder." görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 44.000 kişilik laboratuvar onaylı Covid-19 vaka raporunda ileri yaşı, kardiyovasküler hastalığı, diyabeti, kronik solunum yolu hastalığı, hipertansiyonu olan hastalar ve kanser hastaları Covid-19 enfeksiyonu için daha yüksek ölüm riski taşıyan gruplar olarak sıralanmaktadır (Jordan ve Diğerleri 2020). Covid-19 yönünden riskli grup olarak kabul edilen 65 yaş üstü ve kronik rahatsızlığı olan vatandaşlara hastalığın bulaşmasını önlemek amacıyla sokağa çıkma kısıtlamaları uygulanmıştır. 21.03.2020 tarihinde İçişleri Bakanlığı tarafından 65 yaş üstü ve kronik rahatsızlığı olanlara sokağa çıkma yasağı genelgesi yayımlanmıştır (İçişleri Bakanlığı). Pandeminin başından itibaren 65 yaş üstü vatandaşlara yönelik düzenlemeler yapılmasının toplumun her kesiminde ileri yaştaki kişilerde hastalığın ağır seyrettiğinin kavranmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların "Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder." görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; kamu veya özel sektörde çalışanların çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde katılmıyorum görüşünde olduğu saptanmıştır.

Covid-19 Kapsamında Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Normalleşme ve Alınacak Tedbirler" konulu 2020/8 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesinde "… çalıştırılma biçimlerine bakılmaksızın kamu kurum ve kuruluşlarında (Sağlık Bakanlığı ve Milli

İstihbarat Teşkilatı Başkanlığı hariç) çalışan yönetici kadro ve pozisyonunda bulunanlar hariç 60 yaş ve üzerinde olanlar ile Sağlık Bakanlığının belirlediği kronik hastalığı bulunanların idari izinli sayılacağı" hüküm altına alınmıştır. Kronik hastalığı olanlara yönelik düzenlemeler yapılmasının kronik hastalığı olanların Covid-19 yönünden risk altında olduğunun anlaşılmasında etkili olduğu; bununla birlikte çalışanlarda "katılmıyorum" yanıtının yüksek olmasında ise işe gitmeme durumunda oluşabilecek ekonomik ya da sosyal kayıpların etkili olup olmadığı araştırılmalıdır.

Pandemiyle birlikte sağlık hizmetine ve kurumlarına olan olağanüstü talebin getirmiş olduğu işlenmesi gereken çok büyük miktarda kişisel veri yükü, bu verilerin uygun şartlarda korunup korunmadığına yönelik soru işaretlerini de beraberinde getirmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın Kişisel Bilgilerin Korunması başlıklı 8. maddesi "Herkes, kendisine ilişkin kişisel bilgilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir" şeklindedir. Yine 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin İlkeler başlığını taşıyan 5. maddesi, 20. maddesi, 21. ve 23. maddesi hastaya ait bilgilerin mahremiyetinin korunması hususunda düzenlemeler içermektedir. Kronik hastalığı olanlara yönelik yapılacak düzenlemelerde hasta mahremiyeti korunmalıdır. Pandemi döneminde kronik hastalığı olanların yapılan düzenlemelerde hasta mahremiyeti ile ilgili kaygıları olup olmadığı araştırılmalıdır.

Katılımcıların "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; ikamet, çalışma durumu ve meslek ile istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Merkezde ikamet eden, kamu ve özel sektörde çalışanların dışarıda daha fazla vakit geçirmesi ve gün içinde maske kullanımı süresinin uzun olması nedeniyle kurala uyumun azaldığı düşünülmektedir.

Katılımcıların "Kalabalığa girmekten kaçınırım." görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, ev hanımları ile diğer meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Fark oluşmasında çalışanların ve öğrencilerin dışarıda daha fazla vakit geçirmesinin etkili olduğu etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların “Sosyal mesafe kuralına uyarım.” görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Virüsün aksırık, hapşırma ve öksürme ile askıya alınan mikro damlacıkları rüzgâr ve bağıl nem koşulları gibi konveksiyon etkilerinden etkilendiğinden diğer bir insana 5 saniyeden daha kısa sürede bulaşma riski taşımaktadır. Bu karmaşık ve belirsiz çevre koşulları ve havalandırma koşulları nedeni ile bulaş riskinden korunmak amacıyla 1,83m’den (6 adım uzunluk) daha uzun bir sosyal mesafe önemlidir (Feng ve diğerleri 2020). Hava yolu ile bulaşan hastalıklarda; yakın mesafede ve kalabalıkta bulaşın artması kaçınılmazdır. Bu nedenle pandeminin görülmesiyle birlikte sosyal mesafe kavramının bir korunma tedbiri olduğu sıklıkla vurgulanmıştır. Sosyal mesafenin bir korunma tedbiri olduğunun tüm gruplar tarafından kabul gördüğü düşünülmektedir.

Alan araştırmasının gerçekleştirildiği Çankırı ili, Ilgaz ilçesinde gerçekleşen köy düğününde vatandaşların sosyal mesafe kuralına uyarak ve maskeli olarak halay çekmesi ulusal basında yer bulmuştur (Milliyet, 2020).

Resim 1.1: Pandemi döneminde köy düğünü, Çankırı, Ilgaz



“El dezenfektanı kullanırım.” görüşüne verilen yanıtlar ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 25 Haziran 2020 yılında yayınladığı Covid-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi’nde, iş yerlerinde dezenfektan bulundurulması önerilmiştir. Dezenfektan temininin kolay olmasının ve iletişim araçları vasıtasıyla kullanılmasının önerilmesinin gruplar arasında fark olmamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların “Kapalı mekanları sık sık havalandırırım.” görüşüne verdikleri yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kapalı mekanları havalandırmanın toplumun tüm gruplarda kabul gördüğü düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların “Televizyondan bilgi edinirim.” görüşüne verilen yanıtlar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, öğrenim durumu “ortaokul ve altı” olan katılımcılar ve “çalışmayan” katılımcıların “katılıyorum” görüşünü daha yüksek oranda belirttiği görülmüştür. Tanımlayıcı istatistikler tablosu incelendiğinde çalışmayanların öğrenim düzeyinin daha düşük olduğu ve ev hanımı, çiftçi, emeklilerden oluştuğu görülmektedir. Çalışmayan kişiler evde daha fazla vakit geçirdiklerinden “Televizyondan bilgi edinirim.” görüşüne daha yüksek düzeyde katıldıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanlardan “Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim.” görüşüne yüksek oranda “katılıyorum” yanıtını verenlerin kamuda çalışanlar olduğu görülmüştür. Kurumsal sitelerin daha çok kamu çalışanları tarafından takip edildiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanlardan “Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim.” görüşüne ev hanımlarının yüksek düzeyde katılıyorum görüşü belirttiği görülmüştür. Ev hanımlarının katılıyorum görüşünün yüksek olmasında komşu ve akrabalarla daha fazla sosyalleşmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanlardan “Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim.” görüşüne öğrenim durumu yüksek olan ve aşı olmayanların daha fazla katıldığı görülmüştür. Bu saptamanın teknoloji bağımlılığı ve infodemi kavramları

ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. 2021 yılında Türkiye genelinde 5196 kişide yapılan bir araştırmada sosyal medya bağımlılığı puanının öğrencilerde 14-18 yaş aralığında ve çalışmayanlarda daha yüksek (az bağımlı kategorisinde) bulunmuştur (Uslu, 2021). DSÖ, 2 Şubat 2020 tarihinde yayımladığı özel raporda; pandemide günden güne artan dijital içerikte doğru bilgiyi ayırt etmenin güçleştiğini, bu güçlüğün krize dönüştüğünü belirtmiş ve bu krizi 'infodemi' olarak adlandırmıştır. Covid-19 pandemisinin internetin ve sosyal medyanın büyük ölçekte kullanıldığı dönemde görülen ilk pandemi olması infodeminin de daha etkili olmasına yol açmıştır. 23 Eylül 2020'de DSÖ, BM, UNDP Unesco, UNAIDS, IFRC yaptıkları ortak açıklamada; yanlış bilgilerin insan hayatına mal olduğunu, uygun ve doğru bilgi olmaksızın teşhis testlerinin kullanılmadığını, bağışıklama kampanyalarının hedeflerine ulaşamadığını ve bununda virüsün gelişmesine devam etmesine neden olduğunu duyurmuşlardır. Ayrıca dezenformasyonun Covid-19 ile ilgili konularda kamuoyunu kutuplaştırdığını, nefret söylemlerini güçlendirdiğini; çatışma, şiddet ve insan hakkı ihlalleri riskini artırdığını, uzun vadede sosyal uyumu azaltacağını raporlamışlardır (DSÖ, 2020). Araştırmada sosyal medyadan bilgi edinenlerin infodemi nedeniyle aşı yaptırmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanlardan, "Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim." görüşüne merkezde ikamet edenlerin daha yüksek düzeyde "katılıyorum" yanıtını verdiği görülmüştür. Çankırı ilinin 2022 yılı nüfusu 196.565'tir. Merkez ilçe nüfusu ise 100.027'dir. İl nüfusunun 50,8% inin merkezde ikamet ettiği, 49.2%'sinin ise 11 ilçede ikamet ettiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından planlanan sağlık hizmetleri yatırımlarında nüfus kriteri dikkate alınmaktadır. Sağlık Bakanlığına Ait Hastanelerin Yatırım Esaslarının Tespitine Dair Yönergenin Genel Hastaneler İçin Değerlendirme Kriterleri başlığının 9. Maddesi a) bendinde "Her bir mülkî idare biriminde yeni hastane kurulması planlanırken; o birimin merkez nüfusu, coğrafî durumu, ulaşılabilirliği, nüfus artış hızı gibi kriterler dikkate alınır." b) bendinde "Belde ve köylerde hastane kurulmaz" denilmektedir (Sağlık Bakanlığı, SHGM). Sağlık hizmetleri yatırımlarında nüfus önemli bir kriter olduğundan ve nüfusun çoğunluğu merkezde ikamet ettiğinden il merkezinin sağlık altyapısının daha kapsamlı olduğu, bu nedenle merkezde ikamet edenlerin sağlık personeline ulaşımı

daha kolay olduğundan bilgi edinmek için sağlık personeline danışmayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sanayileşme, kentleşme ve nüfus artışı sonucunda ortaya çıkan; çevre kirliliği, yoksulluk, doğal alanların ve yaban hayatının bozulması, suların kirlenmesi, atık miktarının artması ve artan atıkların bertaraf edilmesi sürecinde çevreye zarar verilmesi, gürültü kirliliği, stres gibi faktörler insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İnsan sağlığının birbirinden farklı pek çok alandaki değişimlerden etkileniyor olması; sağlık alanında tıp, veterinerlik, çevre, sosyal bilimler gibi farklı disiplinlerin bir arada çalışması yaklaşımı olan tek sağlık kavramını ortaya çıkarmıştır. Tek sağlık yaklaşımda sağlığın korunması ve geliştirilmesinin farklı sektörlerin bir arada çalışması ile mümkün olduğu savunulmaktadır.

Yapılan araştırmada Covid-19 pandemisinde ulusal ve yerel organizasyonların incelenmesi sonucunda; ulusal düzeyde faaliyet gösteren kurulların salgının seyri ile ilgili bilimsel değerlendirmeler yaptığı, tavsiye niteliğinde kararlar aldığı, ulusal kurul kararlarının kararname, genelge ve İl Umumi Hıfzısıhha Kurulu kararları ile uygulamaya geçirildiği görülmüştür. Bilim Kurulu tarafından düzenlenen rehberler ile hastalara yönelik klinik yaklaşımın standartlarının belirlendiği ve makro ölçekte pandemi yönetimine yön verildiği anlaşılmıştır. Yerel düzeyde faaliyet gösteren kurulların ise il genelinde salgının seyrini değerlendirdikleri, salgının seyrine göre hastalığın yayılmasını kontrol altına almak amacıyla kararlar aldıkları, bazı dönemlerde pandeminin yayılmasını durdurmak amacıyla sokağa çıkma kısıtlamalarının uygulandığı, sokağa çıkma kısıtlaması nedeniyle dışarı çıkamayan vatandaşların ihtiyaçlarının yerelde faaliyet gösteren Vefa Sosyal Destek Grupları tarafından karşılandığı görülmüştür. Kurulların farklı sektörlerin temsilcilerinden oluştuğu ve pandemi sürecinde yönetişim anlayışı ile çalıştıkları görülmüştür.

Pandeminin başladığı 2020 yılı ve 2021 yılına ait Umumi Hıfzıssıhha Kurulunun pandemiye yönelik olarak aldığı düzenleyici kararlar incelendiğinde, 2020 yılında alınan karar sayısının 79, 2021 yılında alınan karar sayısının 24 olduğu, 2021 yılına gelindiğinde Covid-19 hastalığının seyri ile ilgili verilerin oluşması, aşının bulunması, korunmaya yönelik önlemlerin vatandaşlar tarafından anlaşılması nedeniyle karar sayısının azaldığı düşünülmüştür.

Umumi Hıfzıssıhha Kurul Kararları ile ulusal düzeyde alınan kararların ilde uygulamaya geçirildiği, pandeminin seyrine göre mahalle, köy karantinası gibi yerel düzenlemeler de yapıldığı görülmüştür.

Covid-19 pandemisinde vatandaşların görüşlerinin tespit edilerek sosyodemografik özelliklerle ilişkisini saptamaya yönelik yürütülen 383 kişiden oluşan araştırmada "Hiç aşı olmadım." yanıtını veren 51 (13,3%) kişi dikkat çekmektedir. Aşı olmayan kişilerde bu sonuç üzerinde aşı karşıtlığı ya da aşı tereddüdü ilişkisinin olup olmadığı araştırılmalıdır.

Katılımcıların "Covid-19 etkeni bir virüstür." görüşüne istatistiksel olarak anlamlı düzeyde "Katılmıyorum." yanıtını vermesinde öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığının artmasının etkili olduğu düşünülmektedir. "Covid-19 hastalığı kaderdir." görüşüne katılanlarda öğrenim durumu "Ortaokul ve altı" olan kişilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasının da yine sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı faaliyetleri etkin olarak yürütülmeli ve bu faaliyetler planlanırken öğrenim durumu düşük kişilere öncelik verilmelidir.

Katılımcıların "Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder." görüşüne vermiş oldukları yanıt ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, çalışma durumu ile verilen yanıtlar açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların bulaşıcı hastalıklardan korunmasına yönelik yapılacak düzenlemelerde kronik hastalıklar ve hastalıktan kaynaklanan riskler anlatılmalı, ekonomik ya da sosyal yönden kaygı taşıyıp taşımadıkları araştırılmalıdır. Düzenleme yapılırken maddi kayba sebebiyet verilmemeli, hasta mahremiyeti güvence altına alınmalıdır.

Katılımcıların "Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım." görüşüne vermiş oldukları yanıt ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, merkezde ikamet edenlerin ve kamuyla özel sektörde çalışanların "katılmıyorum" yanıtını vermesinde çalışma saatlerinin uzun olmasının ve yeme içme ihtiyaçlarının etkili olduğu düşünülmektedir. Maske takma zorunluluğunun getirileceği durumlarda uyumu artırmak için çalışma saatleri ve yeme içme saatlerine yönelik düzenlemeler

yapılmalıdır. Yapılan işin niteliğine göre evden çalışma, mesai saatlerinin kısaltılması, vardiya sisteminin getirilmesi gibi düzenlemeler yapılmalıdır.

Ev hanımlarının "Kalabalığa girmekten kaçınırım." görüşüne daha yüksek oranda katılırken, çalışanlarda bu oranın daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Çalışanların ev dışında daha fazla vakit geçirmesinin katılımın düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Pandemi durumunda kalabalık ortamların oluşturduğu riski azaltmak için çalışma ortamlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Kamuda çalışanların "Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim." görüşüne daha yüksek oranda katılıyorum yanıtı verdiği görülmüştür. Covid-19 ile ilgili bilgi edinirken kamu çalışanları resmî kurumların web sitelerine daha yüksek oranda başvurmaktadır. Kurumsal sitelerden yapılacak bilgilendirmelerde bu platformun daha çok kamu çalışanları tarafından takip edildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Doğru bilginin daha geniş kitlelere kurumsal web siteleri aracılığıyla ulaşması için çalışmalar yapılmalı, infodemi ile mücadelede bu platformlardan yararlanılmalıdır.

Ev hanımlarının Covid-19 ile ilgili bilgileri daha çok sosyalleştikleri komşularından ve akrabalarından edindikleri dikkat çekmektedir. Ev hanımlarında sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi, doğru bilginin yayılmasında etkili olacaktır. Halk eğitimi faaliyetleri planlanırken ev hanımlarına öncelik verilmelidir.

Araştırmanın en çarpıcı sonuçlarından biri "Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube vb.) bilgi edinirim." görüşüne katılımın aşı olmayanlarda daha yüksek saptanmış olmasıdır. DSÖ'nün pandemi kadar tehlikeli bulduğu infodemi en fazla sosyal medya ortamında yayılmaktadır. Sosyal medyadan edinilen dezenformasyonun aşı yaptırmama ile ilişkili olup olmadığı araştırılmalıdır.

Katılımcıların görüşlerinin yaş ile istatistiksel anlamda ilişkisi incelendiğinde, ortalama median ve maksimum yaştaki bireylerin sağlık okuryazarlığı ve aktif sosyal yaşamla ilgili görüşlerinde farklılıklar dikkat çekmektedir. Orta ve ileri yaştaki kişilerde sağlık okuryazarlığı düşük olduğundan bu yaş grubundakilere sağlık okuryazarlığı faaliyetlerinde öncelik verilmelidir. Yaşlıların daha çok televizyondan bilgi edindiği, gençlerin daha çok sosyal medyadan bilgi edindiği literatürdeki daha

önce yapılan çalışmalarla da örtüşmektedir. Yaşlılara yönelik bilgilendirme ve sağlık okuryazarlığı faaliyetlerinde televizyondan faydalanılmalıdır. Gençlerin bilgi edinmek için sosyal medyaya daha fazla başvurduğu göz önünde bulundurularak gençleri infodemiden koruma çalışmaları yapılmalı, sosyal medyada doğru bilgilendirme platformları oluşturmalı ve doğru platformların gençlerin dikkatini çekmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

Araştırmada sonuç olarak; aşı yaptırmayan kişi sayısı (13,3%), orta ve ileri yaştaki sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşüklüğü, gençlerin bilgi edinmek için sosyal medyaya başvurması, gençlerde aşı yaptırmayanların sayısının daha yüksek olması, çalışanların tedbirlere uyumunun düşük olması ön plana çıkmıştır.

Sağlığın geliştirilmesi için "Koruma tedaviden üstündür." ilkesi ile koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmeli, kentsel politikalar belirlenirken çevresel sorunların oluşmasını engellemek için önleyici politikalar belirlenmelidir.

Sağlığın korunmasında ve salgın hastalıklarla mücadele edilmesinde toplumun yaşam alışkanlıklarının ve sosyodemografik yapısının bilinmesi önemlidir. İller ve bölgeler düzeyinde pandemi ve diğer sağlık sorunları yönünden risk analizlerinin yapılması, toplumun sosyokültürel yapısının, yaşam alışkanlıklarının belirlenmesi, koruyucu ve önleyici sağlık politikalarının geliştirilmesine ve uygulanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Belirlenen koruyucu ve önleyici politikalarla sağlıklı kent bileşenlerinin güçlendirilmesi ile kentsel sağlık seviyesinin yükseltileceği düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı halk sağlığı sorunlarının çözümünde ve pek çok kronik hastalığın önlenmesinde anahtar rolündedir. Uygulanan koruyucu ve önleyici sağlık politikalarının vatandaşlar tarafından benimsenebilmesi ve uyum sağlanabilmesi için toplumun sağlık okuryazarlığını yükseltmeye yönelik faaliyetler yürütülmelidir. Sağlık okuryazarlığının koruyucu ve önleyici politikaların ayrılmaz bir parçası olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abbasoğlu, U., Çevikbaş, A. (2011). *Farmasötik Mikrobiyoloji*. Ankara: Efil Yayınevi.

Barrett, M. A., Osofsky, S. A. (2013). One Health: interdependence of people, other species, and the planet. *Jekel's epidemiology, biostatistics, preventive medicine, and public health*, 364-377.

Başaran, İ. (2007). Sağlıklı Kentler Kavramının Gelişiminde Sağlıklı Kentler Projesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 207-227.

Başol, K., M. Durman ve H. Önder (2007). *Doğal Kaynakların ve Çevrenin Ekonomik Analizi*. Bursa: Alfa Aktüel Yayınları. 157-162

Bektaş, A., (2013). *Kamuoyu, İletişim ve Demokrasi*. İstanbul: Bağlam Yayınları.

Binot, A., Duboz, R., Promburom, P., Phimpraphai, W., Cappelle, J., Lajaunie, C., Goutard, F. L., Pinyopummintr, T., Figuié, M., and Roger, F. L. (2015). A framework to promote collective action within the One Health community of practice: Using participatory modelling to enable interdisciplinary, cross-sectoral and multi-level integration, *One health (Amsterdam, Netherlands)*, *1*, 44–48. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2015.09.001

Boa, E., Danielsen, S., and Haesen, S. (2015). Better Together: Identifying the Benefits of a Closer Integration Between Plant Health, Agriculture and One Health. CAB. International. *One Health: The Theoy and Practice of Integrated Health Approaches* (eds Zinsstag et al). doı: 10.1079/9781780643410.0258

Budak, F. ve Korkmaz, Ş. (2020). Covıd-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1) , 62-79 . doı: 10.35375/sayod.738657

Capriotti, T. (2003). Pharmacologic implications of the new JNC7 blood pressure guidelines. *Medsurg Nursing*. 12(5), 325-331.

Çırakoğlu, O. C. (2011). Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Algıların Kaygı Ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi,* 26(67), 49-64.

Dahal R., Kahn L. (2014) Zoonotic Diseases and One Health Approach. *Epidemiology: Open Access.* doi: 10.4172/2161-1165.1000e115

Davis, M. F. Rankin, S. C., Schurer, J. M., Cole, S., Conti, L., Rabinowitz, P. And COHERE Expert Review Group. (2017). Checklist for One Health Epidemiological Reporting of Evidence (COHERE). *One health (Amsterdam, Netherlands), 4,* 14–21. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2017.07.001

Demir, M. (2019), Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Üzerine Bir İnceleme. *Çalışma ve Toplum*, 3(62),2015-2030. https://dergipark.org.tr/en/pub/ct/issue/71803/1155359

Duran, B., İlhan, M. N. (2021). Covid-19: Korunma Stratejileri. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(2), 136-143.

Eken, Ö., Tosun, N., Eken, T, D. (2020). Covıd-19 Salgını İle Acil Ve Zorunlu Uzaktan Eğitime Geçiş: Genel Bir Değerlendirme. *Millî Eğitim*, 49, (Özel Sayı/2020, Sayı: 1), 113-128

Eyüpoğlu, E. (2020). Covid-19 Salgını Bizimle Nasıl Konuşuyor? Sağlık İletişimi Ekseninde Değerlendirmeler. Covid-19 Günlerinde Sağlıklı İletişim Stratejileri. İstanbul: *Maltepe Üniversitesi Yayınları*,

Feng, Y., Marchal, T., Sperry, T. and Yi, H. (2020). Influence Of Wind And Relative Humidity On The Social Distancing Effectiveness To Prevent Covıd-19 Airborne Transmission: A Numerical Study. *Journal Of Aerosol Science*, 147, 105585. https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2020.105585

Fırat, A. S. (2006). Sağlıklı Kentler Ve Kentsel Sağlık. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8 (2), 219-240. https://dergipark.org.tr/tr/pub/gaziuiibfd/issue/28335/301154

Gibbs, E. P. (2014). The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *The Veterinary record*, 174(4),85–91. https://doi.org/10.1136/vr.g143

Güler, Ç., Çobanoğlu, Z. (1994), Kentleşme ve Çevre Sağlığı. Çevre Sağlığı Kaynak Dizisi No:26. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*.

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). *T.C Resmi Gazete*, 23420, 01.08.1998.

Hekler, E. .B., Lambert, J. E., Levethal, H.., Jahn, vd., (2008). Commonsense İllness Beliefs, Adherence Behaviors And Hypertension Control Among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 391-400.

İşlek, E., Özatkan Y., Bilir MK, Arı H,O., Çelik H.ve Yıldırım H, H. (2020). *COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri.* (2020/2) TÜSPE RAPOR

Jara, A., Undurraga, E. A., González, C.,vd., (2021). Effectiveness of an Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine in Chile. *The New England journal of medicine*, 385(10), 875–884.

Jimenez, T., Restar, A., Helm, P. J., vd., (2020). Fatalism İn The Context Of Covid-19: Perceiving Coronavirus As A Death Sentence Predicts Reluctance To Perform Recommended Preventive Behaviors. *SSM - Popul Heal*, 11,100615.

Joos, A. (2020). Psychosomatic medicine and Covid-19 pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 263–264.

Keleş, R., Hamamcı C. ve Çoban A. (2009). *Çevre Politikası*, 6. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi.

Kelly, A.M., Ferguson, J.D., Galligan , D. T., Salman, M. and Osburn, B. I. (2013). *One health, food security, and veterinary Medical Association, 242*(6), 739-743., https://doi.org/10.2460/javma.242.6.739 Erişim Tarihi : 16.04. 2023.

Kıraç, R., Öztürk, Y. E. (2020). Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243

Koçak, A., Bulduklu, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 6(3), 5-17.

Lipsitch, M., Samore, M.H. (2002). Antimicrobial use and antimicrobial resistance: a population perspective. *Emerging Infectious Diseases*, 8 (4): 347-354. doi: 10.3201/eid0804.010312

Mutlu, A. (2006). "Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları", *Maliye Dergisi*, Sayı 150, Ocak – Haziran, ss. 53-78.

Mutlu, V. E. (2017). Türkiye'de Kentsel Yoksulluk ve Çocuk Hakları. *İnsan Hakları Yıllığı*, 35,51-7. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ihy/issue/62004/928144

Nelson, L. M., Simard J. F,. Oluyomi A., vd., (2020), US public concerns about the COVİD-19 pandemic from results of a survey given via social media. *JAMA Intern Med*, 180(7), 1020- 1022.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotıon International*, 13(4), 349-364.

Okay, A. (2020). *Sağlık İletişimi*. Der Yayınları.

Özcebe, L. H., Üner S. ve Yardım N. (2021). Sağlıklı Kent Bileşenleri ve Halk Sağlığı. 8. *Kentsel Ve Bölgesel Araştırmalar Ağı Sempozyumu, Bildiri Kitabı*. 2 Aralık- 4 Aralık 2021, Konya, ss 347-360

Öztek, Z. (2020). Covid-19 *Pandemisi ve Öğrettikleri, Covid-19 Günlerinde Sağlık ve İletişim Stratejileri*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Kitapları 52-53.

Öztürk K. (2002). Küresel iklim değişikliği ve Türkiye'ye olası etkileri. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2002, 22(1),47-65. https://dergipark.org.tr/tr/pub/gefad/issue/6766/91033

Paakkari, L., Orkan O. (2020). "COVİD-19: Health Literacy İs An Underestimated Problem. *The Lancet Public Health*. doı: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4

Padhy, S. K. Sarkar, S., Panigrahi, M., Paul, S. (2015). Mental health effects of climate change. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 19(1), 3 – 7. https://doi.org/10.4103/0019-5278.156997

Palacios, R., Patiño, E., González, O. P., vd. (2020). Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase III Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of treating Healthcare Professionals with the Adsorbed COVİD-19 (Inactivated) Vaccine Manufactured by Sinovac - PROFISCOV: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 853.

Pokharel, S., Shrestha, P. and Adhikari, B. (2020). Antimicrobial use in food animals and human health: time to implement 'One Health' approach. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 9, 181. https://doi.org/10.1186/s13756-020-00847-x

Pornsukarom S., Thakur S. (2017). Horizontal dissemination of antimicrobial resistance determinants in multiple Salmonella serotypes following isolation from the commercial swine operation environment after manure application. *Appl Environ Microbiol*. 2017;83(20):1–14. https://doi.org/10.1128/AEM.01503-17.

Rashedi, J., Mahdavi, P. B., Asgharzadeh, V., vd. (2020). Risk Factors For Covıd-19. *Infez Med*, 28(4), 469-474.

Reacher, M. (2003). Bioterrorism: Guidelines for Medical and Public Health Management. *BMJ : British Medical Journal*, 326(7390), 665.

Sağlık Bakanlığı. (2014). *Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013- 2023*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Shiferaw, M. L., Doty, J. B., Maghlakelidze, G., Morgan, J., Khmaladze, E., Parkadze, O., Donduashvili, M., Wemakoy, E. O., Muyembe, J. J., Mulumba, L., Malekani, J., Kabamba, J., Kanter, T., Boulanger, L. L., Haile, A., Bekele, A., Bekele, M., Tafese, K., McCollum, A. A., & Reynolds, M. G. (2017). Frameworks for Preventing, Detecting, and Controlling Zoonotic Diseases. *Emerging infectious diseases*, 23(13), 71–76. https://doi.org/10.3201/eid2313.170601

Tanriover, M. D., Doğanay, H. L., Akova, M., vd. (2021). CoronaVac Study Group. Efficacy and safety of an inactivated wholevirion SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac): interim results of a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial in Turkey. *Lancet*. (07-2021), 398(10296), 213-222.

Taştan, C. (2020). *Kovid-19 Salgını ve Sonrası Psikolojik ve Sosyolojik Değerlendirmeler*. Polis Akademisi Yayınları, Ankara.

Temizyürek, A. (2007). Veteriner Hekimler ile İnsan Hekimleri Tek Sağlık Konseptine Geri Dönüyorlar. *Veteriner Hekimler Derneği Dergisi*, 78(4), 16-23.

Tezcan, S. G. (2017). *Temel Epidemiyoloji*, Ankara: Hipokrat Kitabevi.

Töreci, K. (2012). *Aşıların Tarihçesi*. (Ed. Badur S, Bakır M), İstanbul: Akademi Yayıncılık.

Tunçer, A. S. (2022). *Sosyal Dirençlilik. Çankırı İli Örneği*. Ankara: Astana Yayınları,

Turan, M. ve Çelikyay, H. (2020). Türkiye'de COVİD-19 ile Mücadele: Politikalar ve Aktörler. Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi, 3 (1) , 1-25 . doı: 10.33712/mana.733482

TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi). (2020). *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (1930). *T.C.Resmi Gazete*, 1489, 24 Nisan 1930.

Uslu, M. (2021). Türkiye'de Sosyal Medya Bağımlılığı ve Kullanımı Araştırması. *Türk Akademik Araştırmalar Dergisi*, 6(2).

Utma, S. (2020). Sağlık İletişimi Kavramı: Koronavirüs (Covid 19) Salgınında Ülkemizde Sağlık İletişimi Uygulamaları. *International Journal Of Socıal, Humanıtıes And Admınıstratıve Scıences* doi: http://dx.doi.org/10.31589/JOSHAS.341, Erişim tarihi: 25.12.2022.

Watts, N., Adger, W.N., Agnolucci, P., Blackstock, J., Byass, P., Cai, W and Cox, P. M. (2015). Health and climate change: policy responses to protect public health. *The Lancet*, 386(10006), 1861-1914. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6

Wegener, H.C. (2012). Antibiotic Resistance-Linking Human And Animal Health. In: Institute of Medicine (US). Improving Food Safety Through a One Health Approach: Workshop Summary. *National Academies Press, Washington, DC,* USA. 331-349

Yurtkulu, F. ve Akçay, M. (2021). Hayatta Kalmanın Yeni Adı: Sosyal Mesafe. *Sosyal Hizmet Dergisi*. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını, 1 (6).

Zinsstag J., Schelling E., Waltner-Toews D., Whittaker M., and Tanner M. (2015). Theoretical issues of One Health. *CABI Books. CABI International*. doi: 10.1079/9781780643410.0016.

Internet kaynakları

Avrupa Birliği Konseyi. (2016). Council conclusions on the next steps under a One Health approach to combat antimicrobial resistance, Erişim tarihi: 05.04.20023 https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/963104ce-5096-11e6-89bd-01aa75ed71a1/language-en

Aydın, E. (2015). Sağlık Bakanlığı Bakış Açısı ile Tek Sağlık Uygulamaları. Ankara *Halk Sağlığı Uygulamalarında Veterinerlik Hizmetlerinin Rolü Sempozyumu*. (16.06.2015). Ankara. https://halksagligi.hacettepe.edu.tr/sunumlar_ve_seminerler/teksagliksempozyumu/5EA.pdf Erişim tarihi: 01.02.2023

Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi (2017). *Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,* https://hsgm.saglik.gov.tr. Erişim tarihi:04.12.2022

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2017). Quarantine and isolation. https://www.cdc.gov/quarantine/index.html. Erişim tarihi: 03.01.2022

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2017). Climate Effects on Health. Erişim tarihi: 6.12.2018, https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm

Çankırı Valiliği. (2021). http://www.cankiri.gov.tr/arama/ara/Salg%C4%B1n%20koordinasyon%20kurulu Erişim tarihi: 03.01.2022

DSÖ. (1986). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, DSÖ, Cenevre, 1986 DSÖ, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/9789755903613_tur.pdf;jsessionid=DEBA908637DA86FED1C563C198992900?sequence=3 Erişim tarihi: 02.04.2023

DSÖ. (2020). https://www.who.int/ /health-topics/ one-health#tab=tab_1 Erişim tarihi: 28.04.2023

DSÖ. (2020). https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-Covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation Erişim tarihi: 15.01.2023

DSÖ. (2020). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses. Erişim tarihi: 04.04.2023

DSÖ. (2020). WHO. Key Planning Recommendations For Mass Gatherings İn The Context of COVİD-19, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332235/WHO-2019-nCoV POE_ mass _gathering2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 11.12.2022

DSÖ. (2021). Urban Healt. https://www.who.int/health-topics/urban-health#tab=tab_3, Erişim tarihi: 29.12.2022

DSÖ. (2022). Global Health Emergencies, https://www.who.int/emergencies/overview: Erişim tarihi: 03.01.2022

DSÖ. (2023). https://Covid19.who.int/ Erişim tarihi: 14.01.2023

DSÖ. https://www.who.int/ /health-topics/coronavirus# Erişim tarihi: 03.01.2022

DSÖ. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#! Erişim tarihi: 29.12.2022

DSÖ. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(Covid-19)-vaccines, Erişim tarihi: 05.01.2023

FAO. (1996). https://www.fao.org/3/W3613E/W3613E00.htm Erişim tarihi: 05.04.2023

HEAL. (2020). İklim Değişikliği ve Sağlık infografiği, https://www.env-health.org/wp-content/uploads/2020/03/Climate-Change-Health-Infographic-turkish.pdf Erişim tarihi: 04.04.2023

Health World News. (2019). Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Şehirler Projesi ve Aşamaları ile Türkiye (1987-2020)

(https://www.healthworldnews.net/dunya-saglik-orgutu-saglikli-sehirler-projesi-ve-asamalari-ile-turkiye-1987-2020/). Erişim tarihi: 04.04.2023

Hiçcan, Ö. (2017). Hayvan Ve İnsan Sağlığı Konusunda Bütüncül Bir Yaklaşım, *Tek Sağlık*. AB Uzmanlık Tezi. https://www.tarimorman.gov.tr/ABDGM/Belgeler/%C4%B0DAR%C4%B0%20%C4%B0%C5%9ELER/Uzmanl%C4%B1k%20Tez%20Mart%202017/%C3%96zlem%20H%C4%B0%C3%87CAN.pdf. Erişim tarihi: 03.04.2023

https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar-haberler/ulusal-pandemi-hazirlik-plani.html. Erişim tarihi: 27.12.2021

https://mobile.twitter.com/CankiriValiligi/with_replies. Erişim 28.12.2021

https://www.bbc.com/turkce/live/haberler-turkiye-52954356 Erişim tarihi: 08.01.2022

https://www.karger# Erişim tarihi: 26.12.2020

https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf**.** Erişim tarihi: 25.12.2021

https://www.saglik.gov.tr/TR,64896/bakan-fahrettin-koca-bilim-kurulu-toplantisinin-ardindan-aciklama-yapti.html. Erişim tarihi: 28.12.2021

https://www.saglik.gov.tr/TR,65907/toplum-bilimleri-kurulu-saglik-bakani-koca-baskanliginda-toplandi.html Erişim tarihi: 03.01.2022

Jeggo M., Mackenzie JS.(2020). Defining the Future of One Health. Microbiology Spectrum, https://www.asmscience.org/content/journal/microbiolspec/10.1128/microbiolspec. OH-0007-2012 PMID: 26082113DOI: 10.1128/microbiolspec.OH-0007-2012

Jordan R. E., Edeb P., Cheng K.K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m1198

KUZKA. (2013). TR82 Düzey 2 2014-2023 Bölge Planı. https://www.kuzka.gov.tr/Icerik/Dosya/www.kuzka.gov.tr_17_DG3D39OK_cankiri.pdf Erişim tarihi: 14.01.2023

Lancet. (2019). The Lancet Countdown on Health and Climate. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2932596-6 Erişim tarihi: 04.04.2023

Milliyet Gazetesi. (2020). https://www.milliyet.com.tr/galeri/bakan-koca-ornek-gostermisti-koyun-muhtarindan-aciklama-geldi-6252254/1 Erişim tarihi: 14.01.2023.

Nutbeam, D. (2017). Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy-implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control. *World Health Organizatian*, https://www.researchgate.net/publication/315091628, Erişim tarihi : 26.12.2022.

Öztek, Z. (2018). Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. *Trakya Üniversitesi Matbaası*, 1-47. https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Temel-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-1978-2018.pdf Erişim tarihi: 05.01.2023

Poos, R. L. (2020). Lessons From Past Pandemics: Disinformation, Scapegoating and Social Distancing. https://www.brookings.edu Erişim tarihi: 04.12.2020

RTÜRK. 2018. https://www.rtuk.gov.tr/Media/FM/Birimler/Kamuoyu/televizyonizlemeegilimleriarastirmasi2018.pdf. Erişim tarihi:15.01.2023.

Sungur, H. (2019). Tek sağlık yaklaşımı ve "güvenilir gıda" üretimi. *Gıda Hattı*, gidahatti.com/makale/11573137/huseyin-sungur/tek-saglik-yaklasimi-ve-guvenilir-gida-uretimi. Erişim tarihi: 05.04.2023.

T. C. İçişleri Bakanlığı. (2020) Vefa Sosyal Destek Grupları 6.649.461 Haneye Ulaştı. https://www.icisleri.gov.tr/vefa-sosyal-destek-gruplari-6649461-haneye-ulasti Erişim tarihi: 07.01.2022.

T.C. İçişleri Bakanlığı. (2020). 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi. https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi Erişim tarihi 14.01.2023.

T.C. İçişleri Bakanlığı. (2021). 81 İl Valiliğine Kademeli Normalleşme Tedbirleri Genelgesi Gönderildi. https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-kademeli-normallesme-tedbirleri-genelgesi-gonderildi Erişim tarihi: 02.01.2021

TUİK. (2020). İstatistiklerle Yaşlılar, 2019. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712, Erişim tarihi: 01.01.2021.

TUİK. (2021). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636 Erişim tarihi: 14.01.2023

TUİK. (2023). Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2022, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yasam-Memnuniyeti-Arastirmasi-2022-49691, Erişim tarihi: 01.04.2023

UNWTO. (2023). Internatıonal Tourısm And Covıd-19. https://www.unwto.org/tourism-data/international-tourism-and-covid-19. Erişim tarihi: 07.01.2023

ECDC (2020). https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission. Erişim tarihi: 02.01.2020

World Health Organization. Communication For Behavioural Impact (COMBI) (2020). https://apps. who.int/iris/ bitstream/handle/10665/75170/WHO_HSE_GCR_20 12.13_eng.pdf, Erişim tarihi: 11.12.2022

WWF. (t.y.). IPCC 5. Değerlendirme Raporu Açıklandı, https://www.wwf.org.tr/?2340/IPCC5degerlendirmeraporuaciklandi Erişim tarihi: 01.04.2023

Yeni Gün. (2020). Valilik Pandemi Kurul Kararları'nı yayınladı. https://www.cankiriyenigun.com/valilik-pandemi-kurul-kararlarini-yayinladi. Erişim tarihi: 27.12.2021.

EKLER

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Fatma Ceylan tarafından yürütülen "Covid-19 Pandemisinde Vatandaşların Görüşlerinin Ölçülmesi: Çankırı Örneği" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

COVİD-19 PANDEMİSİNDE VATANDAŞLARIN GÖRÜŞLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

Cinsiyetiniz:

☐ K ☐ E

Yaşınız:

…….

En son mezun olduğunuz okulu belirtiniz.

☐ Okur Yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Y.Lisans ☐ Doktora

Medeni Durumunuzu belirtiniz:

☐ Evli ☐ Bekar

İkametiniz :

☐ Merkez ☐ İlçe ….. ☐ Köy…

Çalışma Durumunuz :

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

Mesleğiniz :

☐ Ev Hanımı ☐ Kamu Memur ☐ Özel Sektör, İşçi ☐ Çiftçi ☐ Öğrenci ☐ Diğer

Daha önce Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Karantinaya alındınız mı? (hasta, temaslı, bölge karantinası) ?

☐ Evet ☐ Hayır

Covid-19 aşısı oldunuz mu?

☐ Aşı olmadım ☐ 1 (bir) doz aşı oldum. ☐ 2 (iki) doz aşı oldum. ☐ 3 (üç) doz aşı oldum.

☐ 4 (dört) doz aşı oldum. ☐ 5 (beş) doz aşı oldum

Bilinen kronik bir hastalığınız (şeker, hipertansiyon, Koah, vb.) var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Soru	Kesinlikle katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Fikrim Yok 3	Katılıyorum 4	Tamamen katılıyorum 5
Genel Bilgiler					
Covi-19 hastalığının etkeni bir virüstür	1	2	3	4	5
Covid-19 dan korunmada spor yapmak, dengeli beslenmek gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları etkilidir.	1	2	3	4	5
Covid-19 dan korunmak mümkün değildir.	1	2	3	4	5
Covid-19 hastalığı kaderdir.	1	2	3	4	5
65 yaş üstü kişilerde hastalık daha ağır seyreder.	1	2	3	4	5
Kronik hastalığı olanlarda (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp	1	2	3	4	5

hastalığı, vb.) hastalık daha ağır seyreder.					
Tedbirler- Covid-19 dan korunmak için;					
Maske takma kuralına düzenli olarak uyarım...	1	2	3	4	5
Kalabalığa girmekten kaçınırım..	1	2	3	4	5
Sosyal mesafe kuralına uyarım..	1	2	3	4	5
El dezenfektanı kullanırım..	1	2	3	4	5
Kapalı mekanları sık sık havalandırırım..	1	2	3	4	5
Covid-19 hakkında bilgi edinmek için					
Televizyondan bilgi edinirim..	1	2	3	4	5
Resmi kurumların web sitelerini takip ederek bilgi edinirim..	1	2	3	4	5
Komşularımdan, akrabalarımdan, arkadaşlarımdan bilgi edinirim..	1	2	3	4	5
Sosyal medyadan (Facebook, Twiter, Youtube, vb.) bilgi edinirim..	1	2	3	4	5
Sağlık personeline danışarak bilgi edinirim..	1	2	3	4	5

Ek 2. Etik Kurul Raporu



T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	28
Araştırmanın Yürütücüsü:	fatma ceylan
Araştırmanın Başlığı:	Covid-19 Pandemisinde Vatandaşların Görüşlerinin Ölçülmesi-Çankırı Örneği
Karar Tarihi:	23-11-2022
Kurul Görüşü:	Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Hüseyin ODABAŞ
İMZA

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Ela Özkan CANBOLAT
İMZA

Üye
Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM
İMZA

Üye
Doç. Dr. Hakan ÇOLAK
İMZA

Üye
Doç. Dr. Bilgehan TEKİN
İMZA

Üye
Doç. Dr. Emine ÇELİKSOY
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Serap Aslan COBUTOĞLU
İMZA

Üye
Doç. Dr. Haydar KOÇ
İMZA

Etik Kurul Raporu devamı

Üye	Üye
Doç. Dr. Süheyla Bozkurt BALCI	Avukat Mehmet ÇAKMAK
İMZA	**İMZA**

Belge Doğrulama Adresi:
https://etikkurul.karatekin.edu.tr/dogrulama/72097600e6134ce1

Karatekin Üniversitesi

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ORCID	0000-0003-1693-9293
Adı Soyadı	Fatma CEYLAN
Doğum Yeri	ÇANKIRI
Doğum Tarihi	20/09/1978

LİSANS EĞİTİM BİLGİLERİ

Üniversite	Eskişehir Anadolu Üniversitesi
Fakülte	Açık Öğretim Fakültesi
Bölüm	Sosyal Hizmet

YÜKSEK LİSANS BİLGİLERİ

Üniversite	
Enstitü	
Anabilim Dalı	

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce	YDS (….) YÖKDİL (….) TOEFL (….) EILTS (….)

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurum	İl Sağlık Müdürlüğü
Görevi/Pozisyonu	Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı
Tecrübe Süresi	

KATILDIĞI

Kurslar	
Projeler	

İLETİŞİM

Adres	Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü/ Hükümet Konağı
E-Mail	fatma.ceylan@saglik.gov.tr