

e-ISSN:2587-2168



Year: 2023

Vol: 9 Issue: 20

pp 1227-1238

Article ID

70429

Arrival

02 May 2023

Published

28 June 2023

**DOI NUMBER**<http://dx.doi.org/10.29228/ideas.70429>**How to Cite This Article**

Alptekin, Ü. M. & Yılmaz Alarçin, E. (2023). "Sosyal Pazarlama Kapsamından HES Uygulaması Bilinirliği", International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies, (e-ISSN:2587-2168), Vol:9, Issue:50; pp: 1227-1238



International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

**Sosyal Pazarlama Kapsamından HES Uygulaması Bilinirliği**

## Awareness of the HES Application in the Scope of Social Marketing

Ülkü Melike Alptekin<sup>1</sup> Eda Yılmaz Alarçin<sup>2</sup> <sup>1</sup> Öğr. Gör., İskenderun Teknik Üniversitesi, Dörtöyl Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, Hatay, Türkiye.<sup>2</sup> Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

Sosyal pazarlama, toplumsal fayda sağlamak amacıyla geleneksel pazarlama yöntemlerini düşüncelere uygulayan bir yaklaşımdır. Covid-19 gibi bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için etkili yöntemlerden biri sosyal pazarlama yaklaşımını kullanarak toplumun bilinçlendirilmesidir. Bu çalışmada, sosyal pazarlamanın sağlığını geliştirilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi konularına sağladığı katkılar göz önüne alınarak HES uygulamasının toplum tarafından bilinirliğini araştırmak amaçlanmıştır. Araştırma evrenini, Türkiye’de yaşayan ve HES uygulamasını kullanan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi ile elde edilen 527 çevrimiçi anket çalışmada değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcıların %43,3’ünün HES uygulamasından internet aracılığıyla haberdar oldukları; %83,5’inin uygulamayı HES kodunun zorunlu olduğu işlemler için ve %75’inin “HES kodu almak” için uygulamayı kullandıkları görülmektedir. Katılımcıların medeni durumları, yaşları ve eğitim durumları ile HES uygulamasından haberdar olma şekilleri; katılımcıların yaşları ve eğitim durumları ile HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmaları; katılımcıların yaşları ve eğitim durumları ile HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmaları; katılımcıların medeni durumları, mesleki durumları, çalışma durumları ve gelir durumları ile HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. HES uygulamasının bilinirliğinin artırılması için uygulama ile erişilen verilerin gizliliği ve güvenliği hakkında toplum bilgilendirilmeli, dijital sağlık okuryazarlığıyla ilgili eğitimler verilmeli ve uygulamanın içeriği yaşlı ve görme engelli bireylere uygun şekilde geliştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal Pazarlama, Covid-19, HES Uygulaması**ABSTRACT**

Social marketing is an approach that applies traditional marketing methods to ideas for social benefit. One of the effective methods to prevent the spread of infectious diseases such as Covid-19 is to raise the public awareness by using a social marketing approach. In this study, it is aimed to investigate the public awareness of HES application, considering the contributions of social marketing to health improvement and public awareness. Research population consists of individuals who are using the HES application and aged 18 and over living in Turkey. 527 online questionnaires obtained by convenience sampling method were evaluated in this study. The participants are 43.3% aware of the HES application via the internet; 83.5% use the application for imperative transactions and 75% use the application to "getting the HES code". The marital status, age and education status of the participants and the way they are aware of the HES application; the age and educational status of the participants and their use of the HES application to "getting the HES code"; using the HES application to "calculate the corona risk" with the age and educational status of the participants; participants' age, education level and using the HES application to "check the health status of their relatives"; There is a significant relationship between the participants' marital status, occupational status, employment status and income status and using the HES application to "see the density map" (p<0.05). In order to increase awareness of the HES application, the society should be informed about the privacy and security of the data accessed through the application, training should be given on digital health literacy and the content of the application should be developed. Suitable for elderly and visually impaired individuals.

**Keywords:** Social Marketing, Covid-19, HES App**1. GİRİŞ**

Covid-19, bu hastalıktan enfekte olanların ve ölenlerin oranlarının fazla olması ile dünyanın her yerinde toplumları etkilemiştir. Hastalığın nasıl bulaştığının ve etkili önleme yöntemlerinin bilinmesi, virüsün yayılmasını azaltmak ve kontrol etmek için oldukça önemlidir. Bulaşıcı hastalıkların yayılmasını yönetmek için en etkili yöntemlerden biri toplumun bilinçlendirilmesi olduğundan Covid-19’un yayılmasının önlenmesinde sosyal pazarlamanın kullanımı da önem kazanmaktadır (Alahdal vd., 2020; Elgendy vd., 2020).

Covid-19 salgını, dünya genelinde toplum sağlığı üzerinde büyük etki yaratmıştır. Covid-19’un yol açtığı etkiler ve salgına karşı tedbir alma istekliliği küresel bir toplum ilgisi ortaya çıkarmıştır (Hu vd., 2020). Dünyanın dört bir yanındaki birçok ülkede, Covid-19’un yayılmasını önlemek için evde kalınması ve sosyal mesafe kurallarına uyulması birincil önlemler olarak bireylere duyurulmuştur (Kondylakis vd., 2020).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması, gönüllük esasına dayalı olarak hizmete sunulmuştur. HES uygulaması ile virüsün yayılmasını engellemeye yönelik toplum

bilinçlendirilmesi yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020a). Araştırmanın amacı, sosyal pazarlamanın sağlığın geliştirilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi konularına sağladığı katkılar göz önüne alınarak HES uygulamasının toplum tarafından bilinirliğini araştırmaktır.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Sosyal Pazarlama

Sosyal pazarlama kavramı, 1970'li yıllarda pazarlama yöntemlerinin mal veya hizmete uygulandığı gibi düşüncelere de uygulanabileceği fikri ile ortaya çıkmıştır. Sosyal pazarlama, pazarlama bilgi, kavram ve tekniklerinin uygulanmasını dikkate alan ve sosyal düşünceleri hedef kitleye kabul ettirmeye yönelik çalışmaların planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır (Kotler ve Zaltman, 1971). Sosyal pazarlamanın amacı, kar elde etmek değil; toplumsal fayda sağlamaktır. Toplumsal fayda için hedef kitlenin olumsuz davranışlarının olumlu davranışa dönüştürülmesi odakta yer almaktadır. Sosyal pazarlamanın diğer bir tanımı ise toplumsal fayda sağlamak amacıyla geleneksel pazarlama faaliyetlerinin kullanılmasıdır (McMahon, 2002; Wood, 2012). Sosyal pazarlama, bireylerin ve toplumun yararına bir davranışı gönüllü olarak kabul etme, reddetme, değiştirme veya terk etme konularında hedef kitleleri etkilemeyi amaçlayan sağlık, çevre ve sosyal değişim kampanyaları geliştirmeye yönelik bir yaklaşımdır (Luca ve Suggs, 2013).

Sağlık sektöründe sosyal pazarlama, kalp sağlığı, kanser, diyabet gibi konular hakkında toplumu bilinçlendirme; obeziteyi önlemek için sağlıklı beslenme politikaları oluşturma; sigara tüketimini azaltmak için kampanyalar üretme; AIDS/HIV gibi virüslerden korunma ve virüslerin yayılmasını önleme; madde bağımlılığı olan gençlerin topluma geri kazandırılması; aşıya, kan bağışına, organ bağışına yönelik toplum katılımı sağlama gibi birçok farklı konuda uygulanmaktadır (Bayraktaroğlu ve İltter, 2007; Bayın ve Akbulut, 2012).

### 2.2. Mobil Sağlık Uygulamaları

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte ortaya çıkan elektronik sağlığın bir boyutu olan mobil sağlık, sağlık hizmetlerinin mobil iletişim teknolojileri ile sunumu olarak ifade edilmektedir (Tezcan, 2016; Demir ve Arslan, 2017). Mobil sağlık, sağlık okuryazarlığı ve eğitime katkı sağlayarak hastaları güçlendirmekte; hastaların, sağlık profesyonelleri ve diğer hastalarla iletişimini kolaylaştırmakta; hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki zaman ve mesafe engellerini ortadan kaldırmakta; ulaşılması ve bakımı zor olan hastalar için sosyal destek sağlamaktadır (Güler ve Eby, 2015; Bhuyan vd., 2016; Westergaard vd., 2017). Sağlık profesyonellerine yönelik bilgileri yönetme, hastayı izleme, klinik karar verme süreci, hastanın sağlık kaydına erişim, hastalar ile iletişim kurma ve hastalara danışmanlık verme, bilimsel çalışmalar yapma ve mesleki bilgileri güncel tutma gibi faaliyetler için mobil sağlık uygulamaları bulunmaktadır (Boulos vd., 2014; Ventola, 2014). Sağlık profesyoneli olmayan bireyler için de sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık bilgisi aktaran, randevu almayı kolaylaştıran, ilaç almayı hatırlatan, hasta takibi yapan mobil sağlık uygulamalarının olduğu görülmektedir (Lui vd., 2011; Barton, 2012; Güler ve Eby, 2015; Tezcan, 2016). Mobil iletişim teknolojilerinden olan akıllı cihazların yaygın kullanılmasıyla birlikte mobil sağlık uygulamalarının sayılarının arttığı ve yaygın şekilde kullanıldıkları görülmektedir (Barton, 2012; Lui vd., 2011; Tezcan, 2016). IOS ve Android mobil uygulama marketlerine erişebilen hasta ya da sağlıklı her birey akıllı cihazlarına ücretli ve ücretsiz seçenekleri bulunan istedikleri her mobil uygulamayı indirip kullanabilmektedir (Liu vd., 2011; Tezcan, 2016).

### 2.3. COVID-19 ve HES Uygulaması

Covid-19, ilk kez 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır. Hastalığın ilk vakaları bazı yaban hayvan türlerinin de satıldığı pazarı ziyaret eden kişilerde tespit edilmiştir. Bu tarihten itibaren Çin'in diğer şehirlerinde, yakın ülkelerde ve sonuç olarak tüm dünyada vakalar görülmeye başlanmıştır (Alahdal vd., 2020). Vakaların artmasıyla birlikte 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü, Covid-19 hastalığına ilişkin süreci "pandemi" ilan etmiştir (Lee, 2020). Bu tarih Türkiye'de de ilk vakanın görüldüğü tarihtir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b).

Covid-19, yakın temas şeklinde, insanlar öksürdüğünde, hapşırdığında veya konuştuğunda üretilen küçük damlacıklar yoluyla ve yüzeylerden bulaşmaktadır. Pandemi döneminde bireylerde sosyal mesafeyi korumak, evde kalmak, yıkanmamış ellerle göz, burun ve ağıza dokunmamak, elleri 20 saniye yıkamak, öksürük ve hapşırık sırasında ağız dirsek ile kapatmak, insan sayısının fazla olduğu yerlerde maske kullanmak gibi başlıca davranışlar kazandırılmak istenmektedir. Bunların yanı sıra seyahat edildiyse 14 gün kendi kendini karantina altına almak, bol sıvı tüketmek, iyi uyumak, egzersiz yapmak, ruh sağlığına dikkat etmek, zorunlu olmayan ameliyatları ertelemek, marketten alınan ürünleri temizledikten sonra dolaba koymak, ayakkabıları dışarıda çıkarmak, eve gelen paketleri teslim alırken kişilerle temas kurmadan paketlerin kapiya bırakılmasını istemek

gibi davranışlar da topluma kazandırılmak istenen davranışlar arasında sıralanmaktadır. Bu davranışların bireyler tarafından benimsenmesiyle elde edilmek istenen faydalar, hayat kurtarmak, virüsün bireyler tarafından kapılmasını engellemek, özellikle aile, arkadaşlar ve savunmasız kişilere virüsün yayılmasını önlemek, sanal toplantılara katılmak ve internetten alışveriş yapmak gibi yeni becerilerin kazanılmasını sağlamaktır (Lee, 2020).

Covid-19 salgınıyla mücadele sürecinde sağlık profesyonellerine ve devlete yardımcı olmak için birçok ülkede mobil uygulamalar geliştirilmiştir. Örneğin Avrupa'da geliştirilen mobil uygulamaların incelendiği bir araştırmada, söz konusu uygulamaların virüsün yayılmasını önlemek ve virüs kaynaklarının tespit edilmesini sağlamak amacıyla hizmet ettikleri belirtilmektedir (Martin vd., 2020).

Sağlık Bakanlığı pandemi döneminde, bilişim ve teknolojinin sağladığı imkânlardan yararlanarak HES uygulamasını hizmete sunmuştur. HES uygulaması ile bireyler, yaşadıkları ya da gitmek istedikleri lokasyonlardaki risk durumunu ve hastalık yoğunluğunu harita üzerinden görebilmektedirler. Uygulama ile bireyler, onayları doğrultusunda yakınlarını listelerine ekleyip onların da riskli bölgelerden uzak durmalarını sağlayabilmektedirler. HES uygulaması, Türkiye Günlük Korona virüs tablosunu inceleme, HES Kodu alma ve korona riski hesaplama seçeneklerini de sunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020a).

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın modeli kapsamında hipotezler şu şekildedir:

H1: Katılımcıların medeni durumları ve HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H2: Katılımcıların yaşları ve HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H3: Katılımcıların eğitim durumları ile HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H4: Katılımcıların yaşları ve HES uygulamasını “HES kodu almak” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H5: Katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “HES kodu almak” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H6: Katılımcıların medeni durumları ve HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H7: Katılımcıların mesleki durumları ve HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H8: Katılımcıların çalışma durumları ve HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H9: Katılımcıların gelir durumları ve HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H10: Katılımcıların yaşları ve HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H11: Katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H12: Katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H13: Katılımcıların mesleki durumları ve HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H14: Katılımcıların yaşları ve HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H15: Katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, Türkiye’de yaşayan ve HES uygulamasını kullanan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi olarak tesadüfi olmayan örneklem yöntemlerinden kolayda örneklem yöntemi seçilmiştir.

### 3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, literatürden faydalanılarak hazırlanan anket formu (Finney Rutten vd., 2012; Agurs-Collins vd., 2015; Ekiyor ve Çetin, 2017; Sharif vd., 2019) ile çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma, 14-30 Haziran 2021 tarihleri arasında 527 birey ile yapılmıştır.

### 3.4. Veri Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 24,0 programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde frekans analizleri ve ki-kare testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Demografik Veriler

Araştırmaya katılan 527 kişinin demografik özelliklerine bakıldığında %69,4’ü kadın, %30,6’sı erkek; %29,6’sı evli, %70,4’ü bekar. Katılımcıların %35,1’inin 20 yaş ve altında, %52,4’ünün 21-35 yaş aralığında, %10,4’ünün 36-50 yaş aralığında, %1,9’unun 51-65 yaş aralığında, %0,2’sinin 66 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların %5,3’ünün ilköğretim, %21,1’inin lise, %21,4’ünün ön lisans, %42,3’ünün lisans, %9,9’unun yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların %17,5’i kamuda çalışmakta, %31,1’i özelde çalışmakta, %17,8’i çalışmamakta, %33,6’sı öğrencidir. Katılımcılardan çalışanların %52,7’sinin iş yerinde çalıştığı, %26,6’sının evden çalıştığı, %16,8’inin esnek çalıştığı, %3,9’unun kısa çalışma ödeneği aldığı görülmektedir. Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında %46,9’unun 2.324 TL ve altı, %31,3’ünün 2.325-4.500 TL aralığında, %14,2’sinin 4.501-6.500 TL aralığında, %4,6’sının 6.501-8.500 TL aralığında, %3’ünün 8.501 TL ve üzeri gelire sahip olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların %83,1’inin kent merkezinde ve %16,9’unun kırsal bölgede yaşadığı anlaşılmaktadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılanların HES uygulaması bilinirliğine yönelik bulgular Tablo 1’de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %34,3’ünün televizyondan, %43,3’ünün internette, %13,3’ünün tanıdıklarından, %9,1’inin kamu veya özel kurumlara başvuru sırasında HES uygulamasından haberdar oldukları görülmektedir. Katılımcıların %83,5’inin HES uygulamasını, HES kodunun zorunlu olduğu işlemler için kullandıkları; %16,5’inin de HES kodunun zorunlu olduğu işlemler için kullanmadıkları görülmektedir. HES uygulamasının kullanılma amaçlarına bakıldığında katılımcıların %75’inin “HES kodu almak”; %50,1’inin “yoğunluk haritasını görmek”; %25,2’sinin “korona riskini hesaplamak”; %25,2’sinin “güncel istatistikleri takip etmek” ve %18,8’inin “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” için uygulamayı kullandıkları görülmektedir.

Katılımcıların %86,9’unun Covid-19 tedavisi almadığı; %68,1’inin aile veya tanıdıklarından Covid-19 tedavisi alanların olduğu; %67,6’sının daha önce herhangi bir mobil sağlık uygulaması kullanmadığı ve %11,4’ünün sağlık çalışanı olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	366	69,4
	Erkek	161	30,6
<b>Medeni Durum</b>	Evli	156	29,6
	Bekar	371	70,4
<b>Yaş</b>	20 Yaş ve Altı	185	35,1
	21-35 Yaş	276	52,4
	36 Yaş ve Üzeri	66	12,5
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise ve Altı Eğitim	139	26,4
	Ön Lisans	113	21,4
	Lisans	223	42,3
	Yüksek Lisans/Doktora	52	9,9
<b>Mesleki Durum</b>	Kamuda Çalışıyor	92	17,5
	Özelde Çalışıyor	164	31,1
	Çalışmıyor	94	17,8
	Öğrenci	177	33,6
<b>Çalışma Durumu*</b>	İş Yerinde Çalışma	135	52,7
	Evden Çalışma	68	26,6
	Esnek (Dönüşümlü) Çalışma	43	16,8
	Kısa Çalışma Ödeneği	10	3,9
<b>Gelir Durumu</b>	2.324 TL ve Altı	247	46,9
	2.325-4.500 TL	165	31,3
	4.500 TL ve Üzeri	115	21,8
<b>Yaşanılan Bölge</b>	Kent Merkezi	438	83,1
	Kırsal	89	16,9
<b>HES uygulamasından ne şekilde haberdar oldunuz?</b>	Televizyon	181	34,3
	İnternet	228	43,3
	Tanıdıklar	70	13,3
	Kamu veya özel kurumlara başvuru sırasında	48	9,1
<b>HES uygulamasını, HES kodunun zorunlu olduğu işlemler için mi kullanıyorsunuz?</b>	Evet	440	83,5
	Hayır	87	16,5
<b>HES uygulamasını hangi amaçla/amaçlarla kullanıyorsunuz?***</b>	HES kodu almak için kullanıyorum.	395	75,0
	Yoğunluk haritasını görmek için kullanıyorum.	264	50,1
	Korona riskini hesaplamak için kullanıyorum.	133	25,2
	Güncel istatistikleri takip etmek için kullanıyorum.	133	25,2
	Yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek için kullanıyorum.	99	18,8
<b>Covid-19 tedavisi aldınız mı?</b>	Evet	69	13,1
	Hayır	458	86,9
<b>Aileniz veya tanıdıklarınızdan Covid-19 tedavisi alan oldu mu?</b>	Evet	359	68,1
	Hayır	168	31,9
<b>Daha önce herhangi bir mobil sağlık uygulaması kullandınız mı?</b>	Evet	171	32,4
	Hayır	356	67,6
<b>Sağlık çalışanı mısınız?</b>	Evet	60	11,4
	Hayır	467	88,6

N=527

\*N=256

\*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

## 4.2. Hipotez Testleri

Ki-kare testi sonuçları Tablo 2'de görülmektedir. Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 21,560'dır ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların medeni durumları ve HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmaktadır. H1 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre evli katılımcıların çoğunluğunun televizyon aracılığıyla; bekar katılımcıların çoğunluğunun ise internet aracılığıyla HES uygulamasından haberdar oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 27,743'tür ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların yaşları ve HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmaktadır. H2 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre 35 yaş ve altı katılımcıların çoğunluğunun internet aracılığıyla; 36 yaş ve üzeri katılımcıların çoğunluğunun ise televizyon aracılığıyla HES uygulamasından haberdar oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 32,428'dir ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların eğitim durumları ile HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmaktadır. H3 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre lise ve altı eğitim ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların çoğunluğunun televizyon aracılığıyla; ön lisans ve lisans mezunu katılımcıların çoğunluğunun ise internet aracılığıyla HES uygulamasından haberdar oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile HES Uygulamasından Haberdar Olma Şekillerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	HES Uygulamasından Haberdar Olma Şekilleri								x <sup>2</sup>	p
	Televizyon		İnternet		Tanıdıklar		Kurumlara başvuru sırasında			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Medeni Durum</b>										
Evli	74	47,4	48	30,8	24	15,4	10	6,4	21,560	0,000
Bekar	107	28,8	180	48,5	46	12,4	38	10,2		
<b>Yaş</b>										
20 yaş ve altı	59	31,9	88	47,6	24	13,0	14	7,6	27,743	0,000
21-35 yaş	85	30,8	129	46,7	37	13,4	25	9,1		
36 yaş ve üzeri	37	22,7	11	28,6	9	8,8	9	6,0		
<b>Eğitim Durumu</b>										
Lise ve altı	48	47,7	45	60,1	33	18,5	13	12,7	32,428	0,000
Ön lisans	42	37,2	49	43,4	9	8,0	13	11,5		
Lisans	67	30,0	117	52,5	24	10,8	15	6,7		
Yüksek Lisans/Doktora	24	46,2	17	32,7	4	7,7	7	13,5		

Ki-kare testi sonuçları Tablo 3'te görülmektedir. Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 18,069'dur ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların yaşları ve HES uygulamasını "HES kodu almak" amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H4 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre 20 yaş ve altı, 21-35 yaş aralığındaki ve 36 yaş ve üzeri katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "HES kodu almak" amacıyla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 20,717'dir ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını "HES kodu almak" amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H6 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre lise ve altı eğitim, ön lisans, lisans ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "HES kodu almak" amacıyla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 8,034'tür ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların medeni durumları ve HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmaktadır. H7 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre evli katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullandıkları; bekar katılımcıların ise çoğunluğunun HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 17,250'dir ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların mesleki durumları ve HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H8 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre kamuda çalışan ve herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullandıkları; özelde çalışan ve öğrenci olan katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 17,250'dir ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların çalışma durumları ve HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H8 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre iş yerinde çalışan ve kısa çalışma ödeneği alan katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmadıkları; evden çalışan ve esnek çalışan katılımcıların çoğunluğunun ise HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 8,874'tür ve anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçüktür. Buna göre katılımcıların gelir durumları ve HES uygulamasını "yoğunluk haritasını görmek" amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H9 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya

göre geliri 2.324 TL ve altı ve 2.325-4.500 TL aralığındaki katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmadıkları; 4.501 TL ve üzeri olan katılımcıların çoğunluğunun ise HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 12,576’dır ve anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçüktür. Buna göre katılımcıların yaşları ve HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H10 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre 20 yaş ve altı, 21-35 yaş aralığındaki ve 36 yaş ve üzeri katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 14,292’dir ve anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçüktür. Buna göre katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H11 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen yönelik çapraz tabloya göre lise ve altı eğitim, ön lisans, lisans ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 16,794’tür ve anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçüktür. Buna göre katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H12 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre lise ve altı eğitim, ön lisans, lisans ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 9,214’tür ve anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçüktür. Buna göre katılımcıların mesleki durumları ve HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H13 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre kamuda çalışan, özelde çalışan, çalışmayan ve öğrenci olan katılımcıların çoğunluğunun ise HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 11,454’tür ve anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçüktür. Buna göre katılımcıların yaşları ve HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H14 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre 20 yaş ve altı, 21-35 yaş aralığındaki ve 36 yaş ve üzeri katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen verilere göre ki-kare testinin değeri 17,237’dir ve anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçüktür. Buna göre katılımcıların eğitim durumları ve HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmaktadır. H15 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen çapraz tabloya göre lise ve altı eğitim, ön lisans, lisans ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile HES Uygulamasından Haberdar Olma Şekillerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	HES uygulamasından haberdar olma şekli				x <sup>2</sup>	p
	HES kodu almak					
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>						
20 yaş ve altı	130	70,3	55	29,7	18,069	0,001
21-35 yaş	226	81,9	50	18,1		
36 yaş ve üzeri	39	59,0	27	41,0		
<b>Eğitim Durumu</b>					20,717	0,000
Lise ve altı	85	61,1	54	38,9		
Ön lisans	86	76,1	27	23,9		
Lisans	180	80,7	43	19,3		
Yüksek Lisans/Doktora	44	84,6	8	15,4		
	<b>Yoğunluk haritasını görmek</b>					
<b>Medeni Durum</b>					14,292	0,003
Evli	93	59,6	63	40,4		
Bekar	171	46,1	200	53,9		
<b>Mesleki Durum</b>					15,503	0,001
Kamuda çalışıyor	60	65,2	32	34,8		
Özelde çalışıyor	62	46,3	72	53,7		
Çalışmıyor	55	58,5	39	41,5		

Öğrenci	87	42,0	120	58,0		
<b>Çalışma Durumu</b>						
İş yerinde çalışma	57	42,2	78	57,8	17,250	0,001
Evden çalışma	43	63,2	25	36,8		
Esnek çalışma	28	65,1	15	34,9		
Kısa çalışma ödeneği	2	20,0	8	80,0		
<b>Gelir Durumu</b>						
2.324 TL ve altı	111	44,9	136	55,1	8,874	0,012
2.325-4.500 TL	82	49,7	83	50,3		
4.500 TL ve üzeri	71	61,7	44	38,3		
<b>Korona riskini hesaplamak</b>						
<b>Yaş</b>						
20 yaş ve altı	60	32,4	125	67,6	12,576	0,002
21-35 yaş	52	18,8	224	81,2		
36 yaş ve üzeri	21	31,8	45	68,2		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Lise ve altı	43	31,0	96	69,0	14,292	0,003
Ön lisans	38	33,6	75	66,4		
Lisans	46	20,6	177	79,4		
Yüksek Lisans/Doktora	6	25,2	46	74,8		
<b>Güncel istatistikleri takip etmek</b>						
<b>Eğitim Durumu</b>						
Lise ve altı	39	28,0	100	72,0	16,794	0,001
Ön lisans	42	37,2	71	62,8		
Lisans	46	20,6	177	79,4		
Yüksek Lisans/Doktora	6	11,5	46	88,5		
<b>Mesleki Durum</b>						
Kamuda çalışıyor	22	23,9	70	76,1	9,124	0,027
Özelde çalışıyor	29	21,6	105	78,4		
Çalışmıyor	16	17,0	78	83,0		
Öğrenci	66	31,9	141	68,1		
<b>Yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek</b>						
<b>Yaş</b>						
20 yaş ve altı	47	25,4	138	74,6	10,123	0,006
21-35 yaş	38	13,8	238	86,2		
36 yaş ve üzeri	14	21,2	52	78,2		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Lise ve altı	28	20,1	111	79,9	17,237	0,001
Ön lisans	35	31,0	78	69,0		
Lisans	28	12,6	195	87,4		
Yüksek Lisans/Doktora	8	15,4	44	84,6		

Yapılan ki-kare analizleri sonucunda elde edilen 0,05'ten büyük p değerlerine göre araştırmaya katılanların cinsiyetleri ile HES uygulamasından haberdar olma şekilleri ve HES uygulamasını zorunlu işlemler için kullanma durumları arasında; mesleki durum, çalışma durumu, yaşanan bölge ve sağlık çalışanı olup olmama durumu ile HES uygulamasını zorunlu işlemler için kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Elde edilen çapraz tablolara göre hem kadın hem erkek katılımcıların HES uygulamasından çoğunlukla internet aracılığıyla haberdar oldukları ve uygulamayı çoğunlukla zorunlu işlemler için kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çapraz tablolara göre katılımcıların mesleki durumları ve çalışma durumları ne olursa olsun; kırsalda ya da kent merkezinde yaşıyor olsunlar ve de sağlık çalışanı olsun ya da olmasınlar HES uygulamasını çoğunlukla zorunlu işlemler için kullandıkları sonuçları elde edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Sosyal pazarlama, bireylere ve toplumlara toplumsal fayda sağlayan davranışları etkilemek için pazarlama kavramlarını diğer yaklaşımlarla geliştiren ve entegre eden bir yaklaşımdır (Zainuddin ve Gordon, 2020). Covid-19'un yaygınlaşmasının önüne geçilmesinde toplumun bilinçlendirilmesinin önemli bir konu olması sebebiyle sosyal pazarlama kullanılan bir yaklaşım haline gelmiştir (Alahdal vd., 2020; Elgendy vd., 2020).

Covid-19'un yaygınlaşmasının önlenmesi başarısı, enfekte olan ve enfekte olanlarla temaslı bireylerin izlenmesine dayanmaktadır. Virüsün nasıl ve ne zaman başkalarına aktarıldığının ve aktarılan bireylerin kimler olabileceğinin bilinmesi gerekmektedir. Enfekte olma olasılığının hızlı belirlenmesi, müdahalenin zamanında



başlaması ve yeni bir salgının kontrolden çıkma olasılığının düşürülmesi bireyleri izleme yoluyla erişilen bilgilerin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bireyin nerede olduğu ve kimlerle temasa geçtiği bilgilerine güvenilir ve bağımsız bir kayıt yoluyla ulaşılmalıdır. Çin, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin de içinde olduğu birçok ülke temas izleme süreçlerini desteklemek için mobil uygulamalarından faydalanmaktadır (Howell ve Potgieter, 2020). Geleneksel temas izleme süreçlerini desteklemek için mobil uygulamalarla entegre bir sistemin geliştirilmesi Covid-19'un yayılmasını önlemek için kritik öneme sahiptir. Mobil uygulamalar temas izleme etkinliğini ve kapasitesini arttırmaktadır (Jian vd., 2020). Pandemi sürecinde mobil uygulamaların benimsenmesi ve kullanılması, bireyin toplumdaki izolasyonunun yani karantinanın erken başlatılması ve virüsün aktarılmasının önlenmesi gibi yararlar sağlamaktadır (Lee ve Kim, 2021). Mobil uygulamalar aracılığıyla bireylerin gizlilik ve mahremiyet haklarına zarar vermeden, gerçek zamanlı ve güvenli bir şekilde verilerin toplanması, işlenmesi, depolanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Güvenlik ve gizlilik endişeleri, Covid-19 ile ilgili mobil uygulamaların toplum tarafından kabul edilmesinin ve yaygın olarak kullanılmasını engelleyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Elkhodr vd., 2021).

ABD, İngiltere, Kanada, İrlanda, Avustralya ve Yeni Zelanda'da yaşayan katılımcılar ile yapılan bir araştırmada, Covid-19 hakkındaki toplum bilincinin yeterince güçlü olmadığı ve toplumun daha fazla bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Hu vd., 2020). Bu çalışmada, sosyal pazarlamanın sağlığını geliştirilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi konularına sağladığı katkılar göz önüne alınarak HES uygulamasının toplum tarafından bilinirliği incelenmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunun kent merkezinde (%83,1) yaşadığı görülmüştür. Kent merkezlerinde topluluklara girilme olasılığı daha fazla olduğundan HES uygulamasını kullananların çoğunluğunun kent merkezlerinde yaşamaları beklenen bir durumdur.

Katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasından internet (%43,3) ve televizyon (%34,3) aracılığıyla haberdar oldukları görülmüştür. Dijital haberleri okuma alışkanlıkları olan bireyler, Covid-19 hakkındaki en son bilgilere ulaşmak için yaygın olarak interneti kullanmaktadırlar. Televizyon haberlerini takip ederek Covid-19 ile ilgili bilgilere ulaşan büyük bir grup bulunmaktadır (Ming vd., 2020).

Katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını, HES kodunun zorunlu işlemler için kullandığı (%83,5) görülmüştür. HES kodu olmadan girilemeyen kamu ve özel kurumlara, bankalara, toplu taşıma araçlarına, alışveriş merkezlerine, konaklama tesislerine, restoranlara ve kafelere girebilmek için HES uygulamasının kullanıldığı düşünülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğunun HES uygulamasını "HES kodu almak" (%75,0) amacıyla kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların HES uygulamasını kullanma amaçlarının "yoğunluk haritasını görmek" (%50,1), "korona riskini hesaplamak" (%25,2), "güncel istatistikleri takip etmek" (%25,2) ve "yakınlarının sağlık durumlarını takip etmek" (%18,8) şeklinde sıralandığı görülmüştür.

Katılımcıların çoğunluğunun Covid-19 tedavisini kendisinin almadığı (%86,9) ve aile veya tanıdıklarından (%68,1) Covid-19 tedavisi alanların olduğu görülmüştür. HES uygulamasını kullanan katılımcılar, kendileri Covid-19 tedavisi almamışken aile ve yakınlarının Covid-19 tedavisi alması HES uygulamasının amacını yerine getirdiği konusunda fikir vermektedir.

Katılımcıların çoğunluğunun daha önce herhangi bir mobil sağlık uygulaması kullanmadığı (%67,6) görülmüştür. Covid-19 için mobil uygulama tabanlı temas izlemenin kabul edilirliğine yönelik bir araştırmaya göre, bireylerin çoğunluğunun (n=5995, %74,8) mobil uygulamaları kullanmaya istekli oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Altmann vd., 2020). Bireysel ve toplumsal bir fayda görüldüğü takdirde konum gibi kişisel verileri açık etmekten kaçınılmamaktadır (Lee ve Kim, 2021). Katılımcılar daha önce herhangi bir sağlık konusunda mobil sağlık uygulaması kullanmasalar bile Covid-19'a karşı tedbir alma isteklilikleri sebebiyle HES uygulamasını kullanmaya yöneldikleri düşünülmektedir.

Katılımcıların medeni durumları, yaşları, eğitim durumları ve HES uygulamasından haberdar olma şekilleri arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmuştur. Evli katılımcıların televizyon aracılığıyla ve bekar katılımcıların internet aracılığıyla; 20 yaş ve altı ve 21-35 yaş aralığındaki katılımcıların internet aracılığıyla ve 36 yaş ve üzeri katılımcıların televizyon aracılığıyla; lise ve altı eğitim düzeyi ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların televizyon aracılığıyla; ön lisans ve lisans mezunu katılımcıların ise internet aracılığıyla HES uygulamasından haberdar oldukları görülmüştür.

Katılımcıların yaşları, eğitim durumları ve HES uygulamasını “HES kodu almak” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmuştur. Tüm yaş gruplarındaki ve eğitim durumundaki katılımcıların HES uygulamasını “HES kodu almak” amacıyla kullandıkları görülmüştür.

Katılımcıların medeni durumları, mesleki durumları, çalışma durumları, gelir durumları ve HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmuştur. Evli; kamuda çalışan ve herhangi bir işte çalışmayan; iş yerinde çalışan ve kısa çalışma ödeneği alan; 4.501 TL ve üzeri olan katılımcıların HES uygulamasını “yoğunluk haritasını görmek” amacıyla kullandıkları görülmüştür.

Katılımcıların yaşları, eğitim durumları ve HES uygulamasını “korona riskini hesaplamak” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumları, mesleki durumları ve HES uygulamasını “güncel istatistikleri takip etmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların yaşları, eğitim durumları ve HES uygulamasını “yakınlarının sağlık durumlarını kontrol etmek” amacıyla kullanmaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma doğrultusunda, HES uygulamasının toplum tarafından daha yaygın kullanılması ve Covid-19’un yaygınlaşmasını önlenmesi için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- ✓ HES uygulaması ile erişilen verilerin gizliliği ve güvenliği hakkında toplum bilgilendirilmelidir.
- ✓ Uygulamanın MHRS, E-Nabız ve klinik sistemlerle entegre edilmesi ile etkinlik ve verimlilik artırılmalıdır.
- ✓ Yaşlı ve engelli bireylerin ihtiyaçlarını anlamak, fiziksel ve zihinsel sağlıklarını daha iyi hale getirmek için mobil uygulamalar tasarlanmalı veya mevcut uygulama içeriği geliştirilmelidir.
- ✓ Covid-19’un yaşa ve kronik hastalıklara bağlı risk faktörlerinin yanında yaşam tarzı, beslenme vb. faktörler de uygulama ile takip edilmelidir.
- ✓ Dijital sağlık okuryazarlığına yönelik bireylere eğitim verilmelidir.
- ✓ Gelecekte ortaya çıkabilecek bir salgın durumu için Covid-19 sürecinde kullanılan mobil uygulamaların geliştirilme süreci, verimliliği ve etkinliği değerlendirilmeli ve dünyanın her yerinden erişim sağlanan bir mobil sağlık uygulaması tasarlanmalı ve geliştirilmelidir.

HES uygulamasının bilinirliğinin artırılması için uygulama ile erişilen verilerin gizliliği ve güvenliği hakkında toplum bilgilendirilmeli, dijital sağlık okuryazarlığıyla ilgili eğitimler verilmeli ve uygulamanın içeriği yaşlı ve görme engelli bireylere uygun şekilde geliştirilmelidir.

## KAYNAKÇA

Agurs-Collins, T., Ferrer, R., Ottenbacher, A., Waters, E. A., O’Connell, M. E. & Hamilton, J. G. (2015). Public Awareness of Direct-to-consumer Genetic Tests: Findings from the 2013 US Health Information National Trends Survey, *Journal of Cancer Education*, 30(4):799-807.

Alahdal, H., Basingab, F. & Alotaibi, R. (2020). An Analytical Study on the Awareness, Attitude and Practice During the COVID-19 Pandemic in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 13(10):1446-1452.

Altmann, S., Milsom, L., Zillessen, H., Blasone, R., Gerdon, F., Bach, R., Kreuter, F., Nosenzo, D., Toussaert, S., & Abeler, J. (2020). Acceptability of App-based Contact Tracing for COVID-19: Cross-country Survey Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(8):e19857.

Barton J.A. (2012). The Regulation of Mobile Health Applications, *BMC Medicine*, 10:46.

Bayın, G., & Akbulut, Y. (2012). Sağlık Sektöründe Sosyal Pazarlamanın Kullanımı, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1):53-72.

Bayraktaroğlu, G. & İltar, B. (2007). Sosyal Pazarlama: Engeller ve Öneriler, *Ege Akademik Bakış*, 7(1):117-132.

Bhuyan S. S., Lu N., Chandak A., Kim H., Wyant D., Bhatt J., Kedia S., & Chang C. F. (2016). Use of Mobile Health Applications for Health-seeking Behavior Among US Adults, *Journal of Medical Systems*, 40(6):153.

- Boulos M. N. K., Brewer A. C., Karimkhani C., Buller D. B. & Dellavalle R. P. (2014). Mobile Medical and Health Apps: State of the Art, Concerns, Regulatory Control and Certification, *Online Journal of Public Health Informatics*, 5(3):229.
- Demir, H., & Arslan, E. T. (2017). Mobil Sağlık Uygulamalarının Hastanelerde Kullanılabilirliği, Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(33):71-83.
- Ekiyor, A., & Çetin, A. (2017). Sağlık Hizmeti Sunumunda ve Sosyal Pazarlama Kapsamında E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği, *USAYSAD*, 3(1):88-103.
- Elgendy, M. O., Elgendy, A. O. & Abdelrahim, M. E. (2020). Public Awareness in Egypt about COVID-19 Spread in the Early Phase of the Pandemic, *Patient Education and Counseling*, 103(12):2598-2601.
- Elkhodr, M., Mubin, O., Iftikhar, Z., Masood, M., Alsinglawi, B., Shahid, S., & Alnajjar, F. (2021). Technology, Privacy, and User Opinions of COVID-19 Mobile Apps for Contact Tracing: Systematic Search and Content Analysis, *Journal of Medical Internet Research*, 23(2):e23467.
- Finney Rutten, L. J., Gollust, S. E., Naveed, S. & Moser, R. P. (2012). Increasing Public Awareness of Direct-to-consumer Genetic Tests: Health Care Access, Internet Use, and Population Density Correlates, *Journal of Cancer Epidemiology*, 1-7.
- Güler E., & Eby G. (2015). Akıllı Ekranlarda Mobil Sağlık Uygulamaları, *Journal of Research in Education and Teaching*, 4(3):45-51.
- Howell, B. E., & Potgieter, P. H. (2020). A Tale of Two Contact-Tracing Apps-Comparing Australia's COVIDSafe and New Zealand's NZ COVID Tracer, Available at SSRN 3612596, 1-13.
- Hu, D., Lou, X., Xu, Z., Meng, N., Xie, Q., Zhang, M., Zou Y., Liu J., Sun G., & Wang, F. (2020). More Effective Strategies are Required to Strengthen Public Awareness of COVID-19: Evidence from Google Trends, *Journal of Global Health*, 10(1):011003.
- Jian, S. W., Cheng, H. Y., Huang, X. T., & Liu, D. P. (2020). Contact tracing with Digital Assistance in Taiwan's COVID-19 Outbreak Response, *International Journal of Infectious Diseases*, 101:348-352.
- Kondylakis, H., Katehakis, D. G., Kouroubali, A., Logothetidis, F., Triantafyllidis, A., Kalamaras, I., Votis K., & Tzovaras, D. (2020). COVID-19 Mobile Apps: A Systematic Review of the Literature, *Journal of Medical Internet Research*, 22(12):e23170.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change, *Journal of Marketing*, 35(3):3-12.
- Lee, N. R. (2020). Reducing the Spread of COVID-19: A Social Marketing Perspective, *Social Marketing Quarterly*, 26(3):259-265.
- Lee, U., & Kim, A. (2021). Benefits of Mobile Contact Tracing on COVID-19: Tracing Capacity Perspectives, *Frontiers in Public Health*, 9:248.
- Luca, N. R., & Suggs, L. S. (2013). Theory and Model Use in Social Marketing Health Interventions, *Journal of Health Communication*, 18(1):20-40.
- Liu C., Zhu Q., Holroyd A. K., & Seng K. E. (2011). Status and Trends of Mobile-health Applications for Ios Devices: A Developer's Perspective, *The Journal of Systems and Software*, 84:2022-2033.
- Martin, T., Karopoulos, G., Hernández-Ramos, J. L., Kambourakis, G., ve Nai Fovino, I. (2020). Demystifying COVID-19 Digital Contact Tracing: A Survey on Frameworks and Mobile Apps, *Wireless Communications and Mobile Computing*, 2020:1-26.
- McMahon, L. (2002). The Impact of Social Marketing on Social Engineering in Economic Restructuring, *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 9(4):75-84.
- Ming, L. C., Untong, N., Aliudin, N. A., Osili, N., Kifli, N., Tan, C. S., Ng, P. W., Al-Worafi Y. M., Lee K. S., & Goh, H. P. (2020). Mobile Health Apps on COVID-19 Launched in the Early Days of the Pandemic: Content Analysis and Review, *JMIR mHealth and uHealth*, 8(9):e19796.
- Sharif, M. O., Siddiqui, N. R., & Hodges, S. J. (2019). Patient Awareness of Orthodontic Mobile Phone Apps, *Journal of Orthodontics*, 46(1):51-55.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020a). Hayat Eve Sığar: Güvenli Alan-HES Kodu-İhbar. Erişim 14.12.2020, <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/HES.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020b). Covid-19 Durum Raporu Türkiye. Erişim 19.03.2021, [https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37778/0/covid-19-durum-raporupdf.pdf?\\_tag1=B647A4A46C8B41228B2C445361452762CAEFD728](https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37778/0/covid-19-durum-raporupdf.pdf?_tag1=B647A4A46C8B41228B2C445361452762CAEFD728).

Tezcan C. (2016). Sağlıkta Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık, TÜSİAD-T/2016-03/575.

Ventola C. L. (2014). Mobile Devices and Apps for Health Care Professionals: Uses and Benefits, *Pharmacy and Therapeutics*, 39(5):356-364.

Westergaard R. P., Genz A., Panico K., Surkan P. J., Keruly J., Hutton H. E., Chang L. W., & Kirk G.D. (2017). Acceptability of a Mobile Health Intervention to Enhance HIV Care Coordination for Patients with Substance Use Disorders, *Addiction Science & Clinical Practice*, 12:1-9.

Wood, M. (2012). Marketing Social Marketing, *Journal of Social Marketing*, 2:94-102.

Zainuddin, N., & Gordon, R. (2020). Value Creation and Destruction in Social Marketing Services: A Review and Research Agenda, *Journal of Services Marketing*, 34(3):347-361.