

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ

**TOPLUMUN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE
MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Cansu KIRAL

Referans no: 10405446

EDİRNE-2022

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ

**TOPLUMUN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE
MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Cansu KIRAL

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ' a, lisans eğitimimden itibaren bana yol gösteren, hayatımın her alanında örnek aldığım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Aylin YALÇIN IRMAK' a, tez çalışmam süresi boyunca yardımlarını hiç esirgemeyen ve her zaman yanımda olan sevgili bölüm arkadaşım Burcu MUTLU' ya, hayatımın her döneminde olduğu gibi tez çalışmamda da beni destekleyen sevgili aileme; en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	3
E-SAĞLIK	5
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	6
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLEŞENLERİ-LILY MODELİ	6
MOBİL SAĞLIK	7
MOBİL UYGULAMA	9
MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI	10
HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI	11
GEREÇ VE YÖNTEM	13
BULGULAR	18
TARTIŞMA	34
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	43
ÖZET	46
SUMMARY	47
ŞEKİLLER LİSTESİ	57
ÖZGEÇMİŞ	58
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BİT	: Bilgi İletişim Teknolojileri
Covid-19	: Koronavirüs Hastalığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-Sağlık	: Elektronik Sağlık
ESOA	: Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Algısı
E-SOY	: Elektronik Sağlık Okuryazarlığı
E-SOYÖ	: Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
M-Sağlık	: Mobil Sağlık
MSUKA	: Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

GİRİŞ VE AMAÇ

Teknolojinin hızla gelişmesi ve dijitalleşen dünya, sadece bilişim ve iletişim alanını değil bütün sektörleri etkilemiştir. Bilgiye ulaşmak amacıyla ihtiyaç duyulan her yerde ilk olarak internet teknolojilerine başvurulmaktadır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda, bireylerin internet teknolojilerine olan ilgisinin hızla arttığı görülmektedir (1). Yapılan araştırmalarda akıllı telefon kullanan insanların sayısının her geçen gün arttığı belirtilmiştir (2). Dijital 2021 raporunda dünya çapında son 1 yılda aktif akıllı telefon kullanımının 97 milyon arttığı tespit edilmiştir (3). Dünya’da 2021 yılında 5,29 milyar kişi akıllı telefon ve 4,88 milyar kişi ise internet kullanmaktadır (3). Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçlarına göre, evden internete erişim imkanına sahip olma oranları 2020 yılında %90,7 iken, 2021 yılında %92’ye çıkmıştır. İnterneti sağlık bilgisi aramak için kullananların oranı ise %69,6’dır (4). İnternet teknolojilerinin aktif kullanıldığı alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Gelişen teknoloji ile paralel olarak dijital platformlarda sağlık alanında yatırımlar ve yeni uygulamalar söz konusudur. İnternete ulaşmanın kolaylığı, hızı ve aranılan çoğu bilgiye ulaşma internetin sağlık alanında sıklıkla kullanılmasının sebepleri olarak gösterilebilir (1). Son yıllarda haberleşme ve iletişim teknolojileri sağlık hizmetlerinde iyileştirme veya sağlık hizmetlerine ulaşmak amacıyla kullanılmaktadır. Elektronik sağlık (e-Sağlık) uygulaması olarak adlandırılan bu uygulama ile sağlık kaynaklarına ulaşmak, sağlığı geliştirmek, sağlık harcamalarını minimuma indirmek, sağlıkla ilgili doğru kararlar vermek ve ilerleyen dönemde sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlamak amaçlanmaktadır (5).

E-Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri elektronik kaynaklardan arayıp bulma, anlayıp değerlendirme ve bu bilgileri bir sağlık problemini çözmeye kullanabilme yetenekleri

şeklinde açıklanmaktadır (6,7). E-Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığını korumada gerekli olmanın yanında sağlık bakımının kalitesini yükseltmek için önemli bir kavram olup, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilmelerini ve olumlu sağlık davranışı geliştirmesini sağlamaktadır (8,9). Teknolojinin hızla gelişmesiyle beraber zorunlu hale gelen bilgisayar ve internet kullanımını, mobil teknolojilerin de gelişmesiyle farklı bir boyuta geçmiştir (10,11).

Mobil sağlık (m-Sağlık); akıllı telefon, hasta takip cihazları ve kablosuz mobil cihazların tıbbi ve halk sağlığı hizmetlerinde kullanılmasıdır (12). Mobil teknolojilerin sağlık sektöründe de kullanılması mobil sağlık uygulamalarının artmasına ve bireylerin günlük yaşamlarında sağlıklarını izlemek amacıyla mobil uygulamaları kullanmalarına yol açmıştır (13). Buna paralel olarak sağlık kuruluşları da hastalarını takip etmek amacıyla mobil uygulamaları kullanmaktadırlar (14). Sağlıkla ilgili kaynaklara erişmek, sağlığın geliştirilmesi, sağlık harcamalarını minimuma indirmek ve ileride sağlıklı bir toplum meydana getirmek adına bireylerin e-sağlık okuryazarlığı (e-SOY) düzeylerinin, m-Sağlık uygulaması kullanımlarının ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi bu araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı toplumun e-sağlık okuryazarlığı algısı, e-sağlık okuryazarlığı ve m-sağlık uygulamalarını kullanma algısını belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı (SOY) ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 senesinde terim olarak ele alınmıştır (15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) SOY'u "bireylerin kendi sağlığını sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, anlaması ve bu bilgilerin kullanılması için gerekli bilişsel ve sosyal becerilere sahip olması" şeklinde açıklamıştır (16).

“T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” tarafınca yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ise SOY "bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri" olarak tanımlanmıştır (17).Freedman ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını “halk sağlık okuryazarlığı” olarak ifade etmiştir (18).Günümüzde koruyucu ve bireysel sağlık hizmetlerinin değer kazanması genel olarak SOY seviyelerinin düşüklüğü, sağlık hakkındaki verilerin toplumda gerektiği kadar fark edilmemesi ve sağlık masraflarındaki artış gibi nedenler SOY’ un önemini arttırmaktadır (19,20).

SOY genel olarak üç kısma ayrılmaktadır. Bunlar;

- Fonksiyonel (temel) SOY: Kişilerin okuma-yazma gibi ana becerilerini içerir. Temel SOY kapsamında kişiler, sağlıktaki riskler ve sağlık sistemini kullanma hakkında ana eğitim araçlarını okuyabilme yeteneklerine sahiptirler.

- İnteraktif (iletişimsel) SOY: Okuryazarlık seviyesinde artış, bireylerin sosyal ve bilişsel becerilerini içerir. Birey bu yetenekler ile etkin olarak sağlık aktivitelerinde bulunabilir, bu uğraştan elde ettiği verileri farklı sağlık ihtiyaçları için kullanabilir.

• Kritik (eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı: Bilişsel ve sosyal becerilerle beraber eleştirel becerileri de içerir. Kişi bu yetenekleriyle sağlık verilerini analiz edebilir, kişisel kapasitesini ve toplumun kapasitesini arttırabilir, sağlığın maddi ve siyasi boyutlarını anlayıp yorumlayabilir (21,22).

SOY'un halk sağlığı açısından önemi:

1. Etkilenen İnsan Sayısı: Dünya genelinde 3 kadından 2'sinin okuma yazma bilmediği ifade edilmektedir. Okuryazarlık seviyesi düşüklüğünün ülkelere göre %7,0-47,0 arasında değişkenlik gösterdiği ifade edilmiştir.

2. Olumsuz Sağlık Sonuçları: Düşük sağlık okuryazarlığı ile artan ölüm oranları arasında bir bağlantı vardır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında bireylerin sağlık okuryazarlığıyla sağlık seviyeleri arasında doğru orantı olduğu saptanmıştır. SOY'u iyi düzeyde olan kişilerin sağlık durumunun iyi, sağlık okuryazarlığının kötü olan kişilerinse sağlık durumunun kötü olduğu görülmüştür (23).

3. Kronik Hastalıklarda Artış: Global hastalık yükünün %50'ye yakın kısmını oluşturan kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığının önemli rolü vardır. Kronik hastalıkları günlük yaşamda yönetmek için bireyler, kompleks bir tıbbi rejimi içine alan sağlık verisini anlayabilmeli ve değerlendirebilmeli, yaşam stili planlamalı, farkında olarak karar verebilmeli ve bunları kullanabilmelidir.

4. Sağlık Bakım Masrafları: Düşük sağlık okuryazarlığı total sağlık bakımına senede %3,0-5,0 oranında ilave ücret getirmektedir.

5. Sağlık Bilgisi İhtiyaçları: Toplumun okuma seviyesi ile sağlıkla ilgili araçları okuma seviyesi arasında bir tutarsızlık vardır. Tıbbi dil ve tıbbi terminoloji kullanımı sağlık kaynaklarının tüketimini boş yere zorlaştırmaktadır.

6. Eşitçilik: Sağlık okuryazarlığının düşük olması, bireyin kişisel sağlığını etkin bir şekilde yönetememesi, sağlık hizmetlerine erişememesi, sağlık verisini idrak edememesi ve bu sebeple yanlış sağlık kararları almasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığının arttırılması sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında etkilidir (16).

Bireyin sağlığı hakkında doğru kararlar verebilmesi ve sağlık hakkındaki bilgileri doğru anlayabilmesi için SOY önemli bir role sahiptir (24).Yapılan çalışmalarda SOY seviyesi düşük bireylerde, hastalık belirtilerini anlatma, verilen tıbbi talimatları anlama, sağlık hizmetlerine ulaşım, veriyi değerlendirme gibi sağlık hakkında önemli konularda zorluk çektiği saptanmıştır (24,25).

E-SAĞLIK

E-Sağlık, sağlıkta uygulanması için bilgi ve iletişim teknolojisi araçları ve uygulamalarını sağlayan, sağlık bilişimi kapsamında gelişmekte olan bir alandır (26).E-Sağlık kelimesi ilk kullanılmaya başladığı zamanlarda elektronik sağlık kayıtlarını açıklamak için kullanılsa da sağlık hizmetlerinin değişen yapısına katılarak, teknoloji ve bilişimin de sağlık bilimine hâkim olmasıyla beraber yalnızca sağlığa ilişkin kişisel ve toplumsal bilgilerin elektronik alana iletilmesi ve saklanması olarak değerlendirilmemektedir. Varılan noktada sağlık hizmeti sunumunun bir bütün olarak elektronik alanda gelişmesi, bilgilerin saklanması, bulgu ve tedavilerin yürütülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesini de içermektedir. Bu sebeple e-sağlık, bir bakıma teknoloji döneminde sağlığın yeni ismi olarak ön plana çıkmaktadır (27). DSÖ'nün açıklamasına göre “Sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü ve sağlık eğitimi, bilgisi ve araştırması da dahil olmak üzere sağlıkla ilgili her şeye katkıda bulunmak için bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) düşük ücretli ve güvenli olarak kullanımı” olan e-sağlığın; sağlık hizmeti etkinliğini büyük oranda iyileştirme, gelişmekte olan ülkelerdeki hastalara verilen tedavi sunumunu büyütme ve ölçeklendirme yoluyla hasta bulgularını iyileştirme potansiyeli vardır (27,28).

T.C. Sağlık Bakanlığı e-sağlık kelimesinin tanımını; “bilgi ve iletişim teknolojilerinin bütün işlevlerinin halkın ve hastaların sağlık durumunun iyileştirilmesinde ve sağlık hizmetlerine erişimin yükseltilmesi ile sağlık sektöründeki bütün paydaşlara kaliteli, etkin ve etkili hizmetlerin sağlanmasında kullanılması” şeklinde yapmaktadır (29). E-sağlığın gelecekte sağlık bakım politikalarını saptayan; yükselen hasta isteklerini tedarik eden, ücretleri düşüren, personeli teşvik eden, bireylerin kaliteli hizmete hızlı erişimini sağlayan, bağlantılı paydaşlar ile bilgi paylaşımını sürdüren bir araç olacağı belirtilmektedir (30). Bilgi, bilgisayar ya da teknolojileri sağlık ya da sağlık hizmetine uygulamak şeklinde açıklanan bir kavram olan e-sağlık, karşılaşılan problemlerin çözümlenmesi için önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır (31).

E-sağlık uygulamaları sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet sunumunda yenilikçi ürünlerin kullanımının artmasını ve kişisel sağlık bilgilerinin zamanında ve doğru bir şekilde saptanmasını sağlamaktadır. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin erken dönemde teşhis ve tedavi edilerek muayene ve kontrol ihtiyaçlarının ve mekânsal farklılıkların öneminin azalması sağlar. E-sağlık ile beraber sağlık hizmet sunumunda maliyetler azalır ve verimlilik artar (1).

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Çağdaş toplumlarda kişilerin bireysel sağlıklarını etkin şekilde yönlendirebilmeleri ve sağlıkları ile ilgili gerekli kararları kendilerinin verebilmeleri gerekmektedir. Sağlık sektöründe çalışan uzman kişiler temel tıbbi veri kaynaklarından biri olsa da, gelişen teknoloji ile birlikte internet kaynakları da toplumun sağlık hakkında başvurdukları alanlarından biri haline gelmiştir (32). Bu doğrultuda e-sağlık okuryazarlığı, herhangi bir sağlık probleminin elektronik alandan elde edilen bilgi ile çözülmeye çalışılmasıdır (33). E-Sağlık okuryazarlığı, elektronik ortamdaki sağlık verisi arama, bulma, anlama ve ölçümleme ve bu veriyi kullanarak bir sağlık sorununu çözme veya sağlıkla ilgili karar alma becerisi olarak açıklanmaktadır (6).

E-Sağlık internet ve ilgili teknolojiler ile verilen veya geliştirilen sağlık hizmetleri ve sağlık verileri anlamında kullanılmaktadır. İnternet alt yapıları sağlık hizmetleri, hastalar ve hizmet sağlayıcılar arasındaki elektronik haberleşme, elektronik tıbbi kayıtları, bireysel sağlık kayıtları, sağlık öğrenimi programları, hasta portalları ve hastalar için web temelli uygulamaları kapsamaktadır (34). E-Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerine erişirken teknoloji kullanımından dolayı karşılaşılan sorunların inceleme gereksiniminden meydana gelmiştir (6). E-Sağlık okuryazarlığı; kişinin sağlık durumunu ele alma şekli, veriye ulaşmak için motivasyonunu, uygulamadaki teknoloji ve eğitim düzeyini etkilemektedir (6,35).

E-sağlık okuryazarlığının hedefi, sağlık alanında veri kaynaklarını kullanarak sağlık seviyesini arttırmaktır. E-sağlık uygulamaları; sağlık hizmetlerine ulaşımı artırma, sağlık hizmetleri sunumunda öncelikli bakış haline getirme, hasta verilerinin hızlı, hatasız ve eksiksiz olarak toplanmasını sağlama, kronik hastalığı olan bireylerin bu hastalıklarla mücadelesine yardımcı olma, mekandan bağımsız olarak randevu oluşturma ve tedavi edilebilme, tedavi maliyetlerinin düşürülmesini sağlama gibi çeşitli yararları bulunmaktadır (1). Mobil teknolojilerin günlük yaşamda kullanımının yükselmesi ve e-sağlığın giderek benimsenmesiyle birlikte kişilerin e-sağlık aracılığıyla öz-yönetim becerilerini geliştirme imkanı artmaktadır. Bu sebeple kişiler, e-sağlık bağlamında yeterince sağlık okuryazarlığına sahip olmalı ve kişisel sağlık yönetimini yapabilmelidirler (36).

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLEŞENLERİ-LILY MODELİ

E-sağlık okuryazarlığı Norman ve Skinner tarafından, Lily Modeli (zambak modeli) olarak da isimlendirilen, geleneksel okuryazarlık ve sayısal yorumlama, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığını içeren altı bileşenden oluşan bir yapı olarak adlandırılmaktadır (Şekil 1). Medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı ve geleneksel okuryazarlık analitik yetenekleri ifade etmektedir. Bilgisayar

okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı ise bağlamsal/özel yetenekleri oluşturmaktadır (6).



Şekil 1. Lily (Zambak) modeli (6).

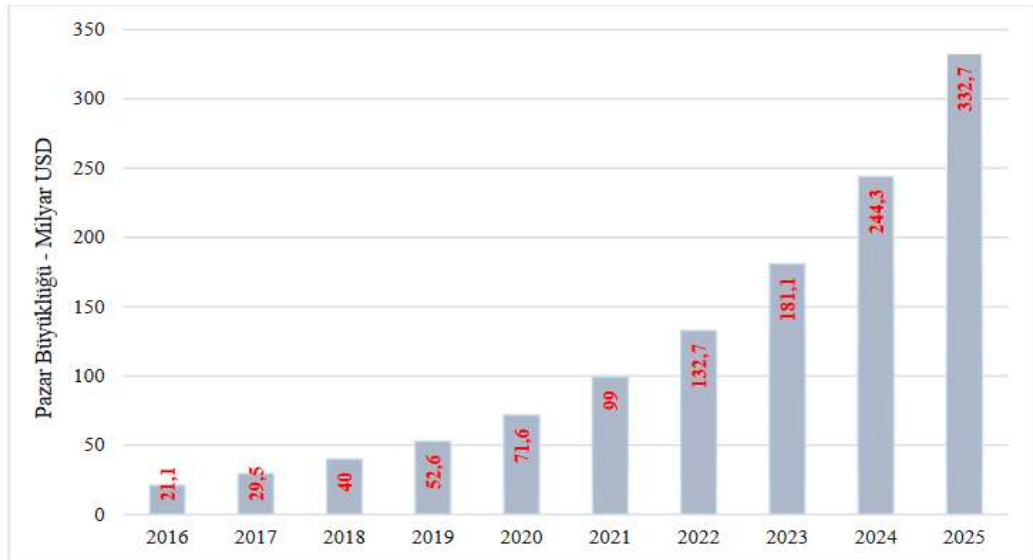
Geleneksel okuryazarlık, özetle aritmetik okuma ve yazma şeklinde ifade edilmektedir. Yazılı metinleri okumak, algılamak ve yazmak gibi temel yetenekleri içermektedir (6). Geleneksel okuryazarlıkta harfler, harflerden oluşan heceler, hecelerden oluşan kelimeler ve kelimelerden oluşan cümleler öğrenilmektedir (37). Sağlık okuryazarlığı e-sağlık okuryazarlığının başlıca elemanlarından biridir ve "kişilerin sağlıkla ilgili temel bilgilere sahip olması ve sağlıkla ilgili doğru karar almasında gereken hizmetleri bilme ve sağlama kapasitesi" olarak tanımlanmaktadır (38). Bilgiyi aramak ve anlamak olarak açıklanan bilgi okuryazarlığı ise öğrenmenin temel taşı oluşturmaktadır (6,39).

Bu yetenekler karar verme, sorun çözme, çözümsel ve eleştirel düşünme, sentez yapma, özgünlük, yeni veri üretme, tecrübelerden faydalanarak veri ve beceri aktarımı yapma ve veriyi içselleştirme şeklindeki üst yetenekler olarak açıklanmaktadır (40,41,42). Bilimsel okuryazarlık e-sağlık okuryazarlığının bir elemanıdır ve sağlık bilgileri bilime göre şekillenir (6). Bilimsel okuryazarlık, temel biyolojik terimleri ve bilimsel metodu bilmek ve uygun bilimsel mantıkla sağlık araştırmalarındaki verileri kavrayıp, değerlendirerek ve yorumlamaktır (41).

MOBİL SAĞLIK

Mobil Sağlık (m-Sağlık) DSÖ tarafından; cep telefonları, hasta gözlem cihazları, bireysel dijital asistanlar ve kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından kullanılabilen tıbbi uygulamalar ve halk sağlığı uygulamaları olarak açıklanmaktadır (43). Bir diğer tanıma göre

mobil sağlık; toplumu eğitme, potansiyel hastalık ve hastalık risklerine dair uyarılarda bulunma, gerektiği alanlarda mesajlarla, bildirimlerle ve görüntülü şekilde iletişim kurma, akıllı mobil cihazlar aracılığıyla hastane randevusu alma, giyilebilir teknoloji yardımıyla cihazlarda gerekli sağlık kayıtlarını tutma, uygulamalar sayesinde bireylerin renk körlüğü testlerini kendi başlarına uygulayabilme ve sağlık merkezine başvurmadan uzaktan kronik hastalık takibini kendi kendine yapabilmesi gibi birçok alanda kullanılmasıdır (44). Mobil sağlık özellikle; cep telefonu ve akıllı telefonlar, akıllı gözlük, akıllı saat ve diğer akıllı sistemler gibi mobil elektronik cihazlardan yararlanılması ve sağlık açısından güvenilir bilgilerin elde edilmesidir (44). Mobil sağlık, teşhis ve tedavi kararının daha hızlı alınmasını sağlamak için gereken verinin elde edilmesinde, hizmetlerin hakkaniyetli şekilde uygulanmasında etkili bir yöntemdir (45,46). Mobil sağlık uygulamalarının küresel pazardaki yeri giderek artmaktadır. Aşağıdaki grafikte 2025'e kadar genişleyen pazar büyüklüğünün olası büyüme oranı, dolar (USD) cinsinden gösterilmektedir (şekil 2). Grafiğe bakıldığında,2016 senesinden 2025 senesine kadar küresel anlamda varsayımda bulunan mobil sağlık pazarı büyüklüğü görölmektedir. Bu doğrultuda, 2025 yılında küresel m-Sağlık pazarında %332'lik bir büyüme olacağı öngörülmektedir (şekil 2) (47).



şekil 2. 2016-2025 Toplam Küresel M-Sağlık Pazarı Tahminleri (47).

M-sağlık ile erişilebilecek olanak ve fırsatlar oldukça fazladır. Bu olanaklardan birkaçı şu şekilde listelenebilir:

- Tam zamanlı verileri ve mesajları paylaşan bir iletişim aracı olarak çalışma
- Soyutlanmayı düşüren ve hizmeti eve getirebilen bir uzaktan takip görevi sağlama
- Hastanın sağlık halini tam zamanlı takip edilebilen ve haber veren bir araç görevi görme
- Hem hastanın hem de sağlık personellerinin çift taraflı iletişimde olabileceği bir video konferans özelliği sağlama
- Tüketiciye spor yapma veya ilaçlarını kullanma konusunda onu istekli tutup hatırlatmalar yapma (48). M-sağlığın birçok faydası olsa da şarj, depolama alanı, parazitlenmeler, bağlantının kopması, devamlı internet bağlantısı gerektirmesi ve gizlilikle ilgili problemlere neden olması şeklinde dezavantajlara da sahip olduğunun unutulmaması gerekmektedir (49).

MOBİL UYGULAMA

Mobil uygulama, android, appstore gibi aplikasyon mağazalarına kişisel bilgiler ile giriş yapıldıktan sonra cihaza indirilip kullanılan bir yazılımdır (50,51,52). Tarihte ilk kez mobil uygulama olarak telefona 1993 yılında takvim ve harita yüklenmiştir. Telefonlar uzun bir süre sadece takvim ve harita ile donatılmışken 2002 senesinde bir telefon şirketinin e-posta sistemini telefonlara uyarlaması, akıllı telefonlara indirilebilir aplikasyonların ilki kabul edilmiştir (53).

Sonrasında akıllı telefon şirketlerinin mobil uygulamaları, dünya genelinde milyonlarca insan için yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Birçok çevrimiçi uygulama ve sanal topluluk, kronik hastalıklar ile ilgili hızlı ve interaktif bağı kurmak için gün geçtikçe daha fazla kullanılmaya başlamıştır (54,55,56).

Akıllı cihazların kısıtlı internet erişimi nedeniyle bireylerin istenen bilgiye daha az veriyle ulaşabilmesini sağlayan mobil uygulamalar kullanıcılar tarafından daha fazla kabul görmüştür (2). Akıllı uygulamaların, akıllı telefonların içinde olması mobil mağazalar tarafından sağlanır. Bu çevrimiçi mobil mağazalar, içerisinde bulundurduğu uygulamaları belli bir ücret karşılığı ya da ücretsiz olarak kullanıcılara sunmaktadır (57). Mobil uygulama sadece bilgi akışını sağlamanın dışında kullanıcılar ile gerçek bir etkileşim kurmayı da sağlamaktadır. Mobil uygulamaların asıl amacı seçilen bir hizmeti sadece masa başı bilgisayardan değil bir cep telefonu tarafından da gerçekleştirmektir (58). Mobil uygulamalar, insanların kötü alışkanlıkları

sonucunda meydana gelen sağlıksız davranışların iyileştirilip geliştirilmesinde stratejik bir yol olarak grlmektedir (59,60).

Mobil uygulamalar, bireylerdeki alışılmış davranışları değiştirmek, farkındalık seviyelerini yükseltmek ve sağlık personellerinin arasında uyum sağlama konusunda faydalı olmaktadır. Bu doğrultuda mobil uygulamaların oldukça işlevsel olması çok önemlidir (50,61).Mobil uygulamalar yaşamı pratikleştirdiği gibi internet erişimi sayesinde tketickiye birçok iletişim kanalı sunarak sosyal ağlarda etkinlik sağlamaktadır. Günümüzde bilgisayarlarda kullanılan ve talep edilen mobil uygulamaların sürümünün olması sayesinde istenilen zamanda uygulamaya ulaşılmaktadır. Mobil uygulamalar bu özellikleri barındırdığı için insanların yaşamında önemli bir yere sahip olmuştur (2).

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI

Sağlıkla ilgili mobil uygulamalar 10 yıldan fazla süredir kullanılmaktadır (13,62). Sağlıkla ilgili her gün 200'e yakın uygulama üretildiği ve uygulama mağazalarında sağlık konulu 138 bini aşkın uygulama yer almaktadır (63). Her beş telefonda birinde sağlıkla ilgili mobil uygulama yer aldığı belirtilmektedir (64).Sağlık kategorisindeki uygulamalar oyunlardan sonra telefona en çok yüklenen uygulamalardır (65). Yüklenen bu sağlık uygulamalarının içeriği genellikle kilo kontrolü, diyet, tansiyon takibi gibi kişilerin kendi sağlık takibini yaptđı uygulamalardır (64).

Mobil sağlık uygulamaları gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde kullanılmaktadır (66). Mobil sağlık uygulamalarından halkı bilinçlendirme, hastalıklarla ilgili uyarılar yapma ve yönlendirme temelli SMS mesajları gönderme, kurumsal başvuru alma, tıbbi bilgilerin aktarılması, bireylere akıllı telefon uygulamalarıyla renk körlüğü testi yapılması ve kronik hastalıkların yönetilmesi gibi pek çok alanda yararlanılmaktadır (44,66-72). Günümüzde ortalama yaşam ömrünün uzamasına bağlı olarak kronik hastalık sayısında artış olmaktadır. Tüm Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık alanındaki harcamalar devamlı artmaktadır. Maddi harcamalara rağmen sağlık sistemindeki sorunlara kalıcı çözüm bulanamamakta, hastalar olması gerektiği gibi takip edilememektedir. Kurum ve doktor odaklı bir anlayış yerine hasta odaklı sağlık hizmetlerinin uygulanması ile birlikte mobil sağlık uygulamalarının kullanımının, yapılan harcamaları azaltacağı ve uygulamaları iyileştireceği düşünülmektedir (46,73).

Mobil sağlık uygulamalarının kullanımı basit olmalı güven verme ve gizliliği korumalıdır. Kaliteli, düşük maliyetli, bilgi yükleme kolaylığına sahip, görselliğe uygun ve risksiz olmalıdır (67,74-77). Mobil sağlık uygulamalarının sağladığı pek çok yarar vardır.

Mobil sağlık uygulamaları sağlık harcamalarını dűşürür, bireylerin sağlık takibini yaparak, sağlıkla ilgili doğru davranış geliştirmelerine yardımcı olur. Sağlık durumunu arttırmak için bireyleri davranış değişikliğine teşvik eder. Dűzenli fiziksel aktiviteye teşvik eder ve ilaç kullanma zamanlarını anımsatır. Bireylerin sağlık bilgilerine yer ve zaman ayrımı yapılmaksızın erişebilmesini sağlar. Bireyler mobil uygulamaları kullanarak kendi sağlıklarını izleyebilmektedirler. Sağlık kurumları da mobil uygulamalar sayesinde hastaların sağlık durumunu izlemektedirler. Bireylerin sağlık çalışanlarıyla ve kurumlarla irtibata geçmesini sağlar. Elde edilen bilgiler doğrultusunda sağlık çalışanlarıyla beraber güvenli bir şekilde bilimsel hedefler konulmasına destek olur ve sağlık bilgi seviyesinin arttırılarak bireysel özgüvenin artmasına yardımcı olur (13,78,79).

Mobil sağlık uygulamalarının sağladığı yararların yanında dezavantajları da bulunmaktadır. Cep telefon uygulamalarında hastaların özel yaşam ve bilgilerinin güvenliği önemli bir problemdir. Kırsal kesimdeki bireyler kesintili bağlantıya sahip olabilir ya da hiç sinyal alamazlar, bu sebeple tıbbi uygulamalardan yararlanamazlar. Akıllı telefonların dűřük depolama özelliği, işletim sistemi gücü ve ekran büyüklüğü de mobil sağlık uygulaması kullanımını sınırlandırabilir. Genç bir birey mobil uygulamaları daha kolay bir şekilde kullanabilirken yaşça büyük bir birey veya engelli bir birey mobil uygulamaları kullanırken zorlanabilir (80).

HALK SAĞLIğI AÇISINDAN E-SAĞLIK OKURYAZARLIğI VE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI

Günümüzde her konuda olduğu gibi toplum sağlığı alanında da internetten bilgiye ulaşma ve sağlık okuryazarlığı çok önemlidir. Bu doğrultuda e-sağlık okuryazarlığının önemi de giderek artmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için internetin çok yoğun bir şekilde kullanılmasıyla beraber internette yer alan sağlık bilgilerinin güvenilirliğinin tartışılması da e-sağlık okuryazarlığının önemini gösteren bir diğer unsurdur (81). İnternet sitelerinde yer alan ve denetlenemeyen bilgiler arasında sağlık bilgisi direkt insan yaşamını etkilemektedir. İnsanların giderek tıbbi yardım almak amacıyla sağlık profesyonellerine başvurmak yerine internetten sağlık bilgisi aradığı belirtilmektedir. Bireyler internet ortamından sağlıklı beslenme gibi basit konulardan ciddi kronik hastalıklarla ilgili konuları içeren araştırmalar yapabilmektedirler (82).

E-sağlık okuryazarlığı seviyesinin dűřük olması bireylerin internette sağlıkları ile ilgili doğru bilgilere erişememelerine ve yanlış bilgilere inanarak yanlış tanı, tedavi ve sağlık davranışları edinmelerine yol açmaktadır (81). Teknolojinin hızla gelişmesiyle beraber, insanlar

teknolojiyi her alanda aktif kullanmaya başlamıştır. Akıllı telefonların kullanımının artması ile bireylerin birçok alanda kişisel aktivitelerini kolaylaştıracak uygulamalar ortaya çıkmıştır. Sağlık sektörü de teknolojiye yararlanarak mobil uygulamalarla hayatımızda yer almaktadır (83). Mobil sağlık, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir şekilde dağıtımında etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Mobil sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetleri sunumunda etkili olması da dijital okur-yazarlık düzeyinin hem sağlık çalışanları hem de toplum tarafından yükseltilerek sağlanabilir. Ayrıca, mobil uygulamanın bireylerin kullanımına uygun olması, daha sonrasında ise toplumsal düzeyde kullanılması sağlanmalıdır (84). Bu doğrultuda giderek dijitalleşen bir dünyada özellikle de pandemi döneminde toplumsal yaşamda sağlığın ön plana çıktığı düşünülürse; bireylerin e-sağlık okuryazarlığı doğrultusundaki davranışlarının bireysel ve toplumsal yaşama etkisi daha fazla olmaktadır (85). Mobil sağlık uygulamaları hem bireysel hem de toplumsal düzeyde bireylerin sağlıklarının takip edilmesini sağlamakta ve bireyleri hastalıkları önlemek veya azaltmak için sağlıklı yaşam davranışlarına yönlendirmektedir (83). Sağlık profesyonellerinin toplumu uygun bir şekilde yönlendirmesi, toplumun e-sağlık okuryazarlığı konusunda bilgilendirilmesi ve sağlık kuruluşlarının da dijital platformlarda aktif rol almaları önemli hale gelmektedir (85).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma toplumun e-sağlık okuryazarlık düzeyini, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısını belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN SORULARI

Araştırma Soruları:

1. Toplumun e-sağlık okuryazarlığı düzeyi nedir?
2. Toplumun e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişki var mıdır?
3. Toplumun e-sağlık okuryazarlığı algısı nedir?
4. Toplumun e-sağlık okuryazarlığı algısı ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişki var mıdır?
5. Toplumun mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı nedir?
6. Toplumun mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişki var mıdır?
7. Toplumun e-sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı arasında ilişki var mıdır?
8. Çalışma kapsamında ele alınan temel değişkenlerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisi nedir?

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ile ilgili ölçek ve anketlerden aldıkları puanlar.

Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik özellikler.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Bu araştırmanın verileri 15.06.2021-15.09.2021 tarihleri arasında Covid-19 pandemisi nedeniyle online olarak Google Formlar ile hazırlanan anket aracılığıyla ulaşılabilen, internet ve mobil uygulamaları kullanan tüm bireylerden toplanmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler dört adet form ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri “Sosyo-Demografik Özellikler Anketi” (EK-1), mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı “Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi” (EK-2), e-sağlık okuryazarlığı algısı “E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Anketi” (EK-3) ve e-sağlık okuryazarlığı tutumları toplam puana dahil edilmeyen 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşan E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-4) ile belirlenmiştir.

1. Sosyo-Demografik Özellikler Anketi

Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür doğrultusunda (84,86-89) hazırlanmış olup, bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yerleşim yeri ve il, medeni durum, gebelik durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu, genel sağlık algısı özelliklerine ulaşmayı sağlayan 12 maddelik bir formdur (EK-1).

2. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi

Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür doğrultusunda (84,86-89) hazırlanmış olup, çalışma kapsamına alınan bireylerin mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumu, telefona yüklediği mobil uygulamalar, mobil sağlık uygulamalarını yararlı ve güvenilir bulma durumu, mobil sağlık uygulamalarını kullanma veya kullanmama tercihlerini etkileyen faktörler, sağlık uygulamalarını hangi amaçlarla kullandığı, mobil sağlık

uygulamalarını kullanmanın olumlu sağlık davranışı geliştirmesine destek olup olmadığı verilerine ulaşmayı sağlayan 9 maddelik bir formdur (EK-2). Mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketi puanları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur ve yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır (90).

3. E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Anketi

Araştırma kapsamına Araştırmacılar tarafından, ilgili literatür doğrultusunda (84,86-89) hazırlanmış olup, bireylerin internetten sağlık bilgisi edinip edinmediği, internetten edindiği sağlık bilgilerini yararlı veya güvenilir bulup bulmadığı, bir sağlık kurumuna başvurmadan önce internetten şikayetiyle ilgili bilgi arayıp aramadığı, internetten edindiği bilgiye göre kendi kendine tedaviye başlayıp başlamadığı veya kendi kendine tedaviyi bırakıp bırakmadığı, hekimin verdiği tedaviyi uygularken internetten tedaviyle ilgili bilgi arayışında bulunup bulunmadığı, internetten edindiği sağlıkla ilgili bilgilerin sağlığını geliştirmesine destek olup olmadığı gibi verilere ulaşmayı sağlayan 8 maddelik bir formdur (EK-3). E-Sağlık okuryazarlığı algısı anketi puanları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur ve bu hesaplanan güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır (90).

4. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (E-SOYÖ)

Norman ve Skinner (6) tarafından 2006 yılında geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığının belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiştir. Türkiye’ de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Coşkun ve Bebiş (91) tarafından yapılan E-SOY; internet kullanmayla ilgili toplam puana dahil edilmeyen 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; 5’li Likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum” şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 40’tır. Ölçekten alınan puanın artması E-SOY düzeyinin de arttığını göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach (α) değeri 0.78 dir. Coşkun ve Bebiş’in çalışmasında ise e-SOY Ölçek Cronbach α değeri 0.87 olup, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilirliği olduğu belirlenmiştir (EK-4). Bu çalışma örneğinde ölçeğin Cronbach α değeri 0.97 bulunmuştur.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmaya başlamadan önce kullanılacak “E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” için ilgili yazardan ölçek kullanım izni (EK-5) ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan TÜTF-BAEK-2021/286 numaralı etik kurul izni (EK-6) alınmıştır. Araştırmaya katılacak olan bireylere araştırmanın yapılma amacı ve onların yapmaları gerekenlerin açıklandığı bir anket formu hazırlanarak cevaplamaları tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Online olarak ve Google Formlar üzerinden toplanan veriler için anketin ilk sayfasında araştırmanın amacı ve toplanan verilerin sadece çalışma için kullanılacağı belirtildikten sonra “Çalışmayı katılmayı onaylıyorum” ve “Çalışmaya katılmayı onaylamıyorum.” seçenekleri sunulmuş ve onaylayanlar anket formuna yönlendirilirken onaylamayanlar ise sayfadan ayrılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma kapsamında örneklem seçimine gidilmemiş olup belirlenen tarihler arasında ulaşılabilecek en fazla kişi sayısı hedeflenmiştir. Verilerin toplanmasında, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere ulaşılması için sosyal medya yoluyla kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evrenini 15.06.2021-15.09.2021 tarihleri arasında online ankete katılan 1028 kişi oluşturmuştur. Araştırma kapsamında dahil edilme kriterleri:

1. İnternet erişimi olmak,
2. Türkçe bilmek,
3. Çalışmaya katılmaya engel olacak görsel, işitsel bir sağlık problemi bulunmamak,
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Dahil edilmeme kriterleri ise;

1. İnternet erişimi olmamak,
2. Türkçe bilmemek,
3. Çalışmaya katılmaya engel olacak görsel, işitsel bir sağlık problemi bulunmak,
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamaktır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler, 15.06.2021-15.09.2021 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden 1028 kişiden, Google Forms aracılığıyla online olarak toplanmıştır. Anketlerin doldurması yaklaşık olarak beş dakika sürmüştür. Sosyal medya aracılığıyla dahil edilme kriterlerini karşılayan herhangi bir bireyden başlanarak veriler toplanmaya başlanmış ve anketi dolduran kişilerin bu anketi dahil edilme kriterlerini karşılayan diğer kişilere de iletmeleri

istenmiştir. Formların yanıtlanması sırasında, verilerin güvenilirliği ve çoklu cevaplandırmalardan kaçınılması adına, her Google Forms oturumundan sadece tek yanıt alınabilmesi için formlara sınırlandırma uygulanmıştır. İlgili tarihler arasında ulaşılabilen ve dahil etme kriterlerini karşılayan tüm bireyler çalışma kapsamına alınmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelendi. İstatistiksel yöntem ile sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normalliğini test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma vb.) yanı sıra gruplar arasındaki farklılığın test edilmesinde Bağımsız Örneklem t Testi ve ANOVA (Varyans) Analizinden yararlanıldı. ANOVA analizi sonucu farkın anlamlı olduğu gruplarda çoklu karşılaştırmalar Tukey testi ile yapıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson korelasyon testi ile bakıldı. Ayrıca bağımlı değişkenler üzerindeki bağımsız faktörlerin etkisinin belirlenmesinde Çoklu Linear Regresyon analizinden yararlanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Cronbach alfa katsayısının literatürdeki sınıflaması; 0,81-1.00 yüksek, 0.61-0.80 orta, 0.41-0.60 düşük güvenilir, 0.00-0.40 güvenilir değil şeklindedir (94). Korelasyon katsayısı şu şekilde değerlendirilerek yorumlanır; 0.00-0.25: çok zayıf, 0.26-0.49: zayıf, 0.50-0.69: orta, 0.70-0.89: yüksek, 0.90-1.00: çok yüksek ilişki vardır (92). Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER

Araştırma verilerinin online olarak toplanması, toplumun hepsine ulaşılamaması ve verilerin toplanma süresinin kısıtlı olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca veriler kartopu örneklem yöntemiyle toplandığı için sadece belli kesimlere ulaşılmıştır. Bu nedenle çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar belirli bir kesime ve çalışmanın örneklem grubuna genellenebilmektedir.

BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; çalışmaya dahil edilen 1028 katılımcının yaş ortalaması $27,30 \pm 8,79$ (min:18, max:82), %45,2’sinin 25 yaş altı grupta, %34,3’ünün 25-30 yaş grubunda, %20,5’inin 31 yaş ve üzeri grupta olduğu; %54,5’inin kadın, %45,5’inin erkek; %78,6’sının bekar, %21,4’ünün evli, %20,7’sinin çocuk sahibi olduğu saptanırken; kadınların %2,9’nun gebelik durumu olduğu saptandı. Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların %2,9’unun ilköğretim mezunu %25,6’sının lise, %60,8’inin üniversite (ön lisans ve lisans) ve %10,7’sinin lisansüstü mezunu olduğu belirlendi. Katılımcıların %22,7’sinin 1000 TL’den az, %21,6’sının 1000-3000 TL aralığında, %15,9’unun 3001-4000 TL aralığında ve %39,9’unun 4000 TL’den fazla miktarda bir gelire sahip olduğu; %5,4’ünün köylerde, %34,8’inin ilçelerde, %59,7’sinin ise illerde sürekli ikamet ettiği belirlendi. Katılımcıların %12,3’ünün tanı konmuş kronik bir sağlık sorunu olduğu, %37,2’sinin genel sağlık durumunu çok iyi, %43,1’inin iyi, %18’inin orta ve %1,8’inin kötü olarak değerlendirdiği mevcut verilerden saptandı.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=1028)

Özellikler	Kategori	n	%
Yaş	Bütün	1028	100,0
Yaş grup	<25	464	45,2
	25-30	353	34,3
	≥31	211	20,5
Cinsiyet	Kadın	560	54,5
	Erkek	468	45,5
Eğitim düzeyi	İlköğretim	30	2,9
	Lise	263	25,6
	Üniversite	625	60,8
	Lisansüstü	110	10,7
Yaşanılan yer	Köy	56	5,4
	İlçe	358	34,8
	İl	614	59,7
Medeni durum	Bekar	808	78,6
	Evli	220	21,4
Gebelik durumu(n=560)	Evet	16	2,9
	Hayır	544	97,1
Çocuk varlığı	Evet	213	20,7
	Hayır	815	79,3
Çocuk sayısı	1	72	33,8
	2	99	46,5
	≥3	42	19,7
Gelir	<1000 TL	233	22,7
	1000-3000 TL	222	21,6
	3001-4000 TL	163	15,9
	>4001 TL	410	39,9
Kronik hastalık varlığı	Evet	126	12,3
	Hayır	902	87,7
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi	382	37,2
	İyi	443	43,1
	Orta	185	18,0
	Kötü	18	1,8

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ÖZELLİKLERİ

Tablo 2’de katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanımına ilişkin özelliklere yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; katılımcıların %94,9’unun telefonuna bir mobil sağlık uygulaması yüklediği, %5,1’inin herhangi bir mobil sağlık uygulamasını yüklemediği; katılımcıların en çok indirdiği 3 mobil sağlık uygulamasının %72,1 oranla “Hayat Eve Sığar”, %53 oranla “E-Nabız” ve %37,4 oranla “MHRS” olduğu belirlenirken; katılımcıların en az indirdiği 3 mobil sağlık uygulamasının %3,8 oranla “İlaç Hatırlatma Programı”, %5,1 oranla “Uyku Programı” ve %5,4 oranla “Sigara Bırakma Programı” olduğu belirlendi.

Katılımcıların %2,7’sinin herhangi bir mobil sağlık uygulamasını kullanmadığı, mobil sağlık uygulamalarını kullanan katılımcıların (n=1000) mobil sağlık uygulamalarını kullanım tercihlerini en yüksek oranda etkileyen faktörlerin, %48,2 oranla mobil uygulamanın planlama yapmaya fayda sağlaması ve %41,4 oranla mobil sağlık uygulamalarının faydalı bilgiler içermesi olduğu saptanırken; katılımcıların en yüksek oranda mobil sağlık uygulamalarını kullanım amaçlarının %51,9 oranla hastaneden randevu almak, %48,7 oranla Covid-19 salgını hakkında bilgi almak ve %45,9 oranla sağlık kayıtlarını ulaşmak olduğu saptandı. Katılımcıların %36,1’i (n=371) her mobil sağlık uygulamasını tercih etmediği ve bu katılımcıların bazı mobil sağlık uygulamalarını kullanmama tercihlerini en çok etkileyen faktörlerin %39,4 oranla mobil sağlık uygulamasını düzenli olarak kullanılamayacağı ve %21,3 oranla akıllı telefonda yer olmaması olduğunu belirttiği belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanımına İlişkin Özellikler

Özellikler	Kategori	n	%
Telefonuna mobil sağlık uygulaması yükleme durumu	Evet	976	94,9
	Hayır	52	5,1
İndirilen mobil uygulamalar*	MHRS	384	37,4
	E-Nabız	545	53,0
	Hayat Eve Sığar	741	72,1
	Diyet/Egzersiz Uygulamaları	286	27,8
	Adımsayar	308	30,0
	Adet Takvimi(n=560)	137	24,5
	Sigarayı Bırakma	55	5,4
	Su İçme Hatırlatıcı	70	6,8
	Uyku Programı	52	5,1
	İlaç Hatırlatıcı	39	3,8
Mobil sağlık uygulamalarını kullanma tercihini etkileyen faktörler (n=1000)*	Kullanmıyorum	28	2,7
	Planlama yapmama yarar sağlıyor	482	48,2
	Mobil sağlık uygulamalarını kullanırken sağlığıma daha çok dikkat ediyorum	281	28,1
	Mobil sağlık uygulamalarından faydalı bilgiler ediniyorum	414	41,4
	Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak beni motive ediyor	236	23,6
	Mobil sağlık uygulamalarından hatırlatıcı olarak yarar sağlıyorum	252	25,2
	Çevremden mobil sağlık uygulamalarıyla ilgili olumlu yorumlar duyuyorum	109	10,9
Bir sağlık çalışanının önerisiyle kullanıyorum	39	3,9	
Bir mobil sağlık uygulamasını kullanmama tercihini etkileyen faktörler (n=371)*	Her uygulamayı kullanabilirim	657	63,9
	Düzenli bir şekilde kullanabileceğimi düşünmüyorum	146	39,4
	Yararlı görmüyorum	76	20,5
	Bilgilerin doğruluğuna güvenmiyorum	71	19,1
	Akıllı telefonumda yeterli depolama alanı yok	79	21,3
	Mobil sağlık uygulamaları ücretli	50	13,5
Mobil sağlık uygulamaları hakkında yeterli bilgim yok	36	9,7	
Mobil Sağlık uygulamalarını kullanma amacı (n=1000)*	Covid-19 konusunda bilgi sahibi olmak	487	48,7
	Hastane randevusu almak	519	51,9
	Sağlık kayıtlarına erişmek	459	45,9
	Gün içinde atılan adımları hesaplamak	334	33,4
	Kalori hesaplamak	243	24,3
	Su tüketimini takip etmek	128	12,8
	Şeker hastalığını yönetmek	59	5,9
	İlaç içmeyi hatırlamak	51	5,1
	Kilo vermek	94	9,4
	Adet döngüsünü takip etmek(n=543)	124	22,1
Gebelik takibi yapmak(n=543)	9	1,6	

*:Birden fazla şık işaretlenmiş ve verilen yanıtlara göre veriler gruplandırılmıştır.

Tablo 3’te katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketi sonuçlarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketine her düzeyde en yüksek oranda katıldıkları ifadeler incelendiğinde:

Katılımcıların %5,4 oranla (n=56) hiçbir zaman katılmadığı ifadenin “Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak olumlu sağlık davranışı geliştirmeme destek oluyor.” olduğu; katılımcıların %12,9 oranla (n=133) nadiren, %27,2 oranla (n=280) ara sıra katıldığı ifadenin “Mobil sağlık uygulamalarını kullanırım.” olduğu; katılımcıların %47,1 oranla (n=484) çoğunlukla katıldığı ifadenin “Mobil sağlık uygulamalarına güvenirim.” olduğu; katılımcıların %30,1 oranla (n=309) her zaman katıldığı ifadenin “Mobil sağlık uygulamalarını yararlı buluyorum.” olduğu mevcut verilerden saptandı.

Katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketinden en yüksek puan aldıkları ifadenin $3,86 \pm 1,02$ ortalamayla “Mobil sağlık uygulamalarını yararlı buluyorum.” olduğu; katılımcıların en düşük puan aldıkları ifadenin $3,61 \pm 1,11$ ortalamayla “Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak olumlu sağlık davranışı geliştirmeme destek oluyor.” olduğu saptanırken; katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketi toplam puan ortalaması 5 puan üzerinden $3,71 \pm 0,87$ olduğu saptandı. Mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketi puanları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısının 0,85 olduğu ve bu hesaplanan güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir (0,8-1) olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi Sonuçları

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman	
İfadeler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Ort.±SS
Mobil sağlık uygulamalarını kullanırım	28(2,7)	133(12,9)	280(27,2)	284(27,6)	303(29,5)	3,68±1,11
Mobil sağlık uygulamalarını yararlı buluyorum	31(3,0)	72(7,0)	219(21,3)	397(38,6)	309(30,1)	3,86±1,02
Mobil sağlık uygulamalarına güvenirim	36(3,5)	66(6,4)	253(24,6)	484(47,1)	189(18,4)	3,70±0,96
Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak olumlu sağlık davranışı geliştirmeme destek oluyor	56(5,4)	113(11,0)	239(23,2)	392(38,1)	228(22,2)	3,61±1,11
Toplam puan						14,85±3,71
Ortalama						3,71±0,87
Cronbach's Alpha(α)						0,847

Ort: Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 4'te katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı anketi sonuçlarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; katılımcıların %69,9 oranla (n=719) hiçbir zaman katılmadığı ifadenin “İnternette edindiğim bilgiye göre kendi kendime tedaviyi bırakırım.” olduğu; katılımcıların %16,4 oranla (n=169) nadiren katıldığı ifadenin “İnternette edindiğim bilgiye göre kendi kendime tedaviye başlarım.” olduğu; katılımcıların %26,5 oranla (n=272) ara sıra katıldığı ifadenin “İnternette edindiğim sağlık bilgisine güvenirim.” olduğu; katılımcıların % 43,8 oranla (n=450) çoğunlukla katıldığı ifadenin “Bir sağlık kurumuna başvurmadan önce internette şikayetimle ilgili bilgi ararım.” olduğu; katılımcıların %30,4 oranla (n=313) her zaman katıldığı ifadenin “İnternette sağlık bilgisi edinirim.” olduğu mevcut verilerden saptandı.

Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı anketinden en yüksek puan aldıkları ifadenin $3,78 \pm 1,12$ ortalamayla “İnternette sağlık bilgisi edinirim.” olduğu; katılımcıların en düşük puan aldıkları ifadenin $3,20 \pm 1,21$ ortalamayla “Hekimin verdiği tedaviyi uygularken internette tedavimle ilgili bilgi arayışında bulunurum.” olduğu saptanırken; katılımcıların internet sağlık bilgisi algısı anketi toplam puan ortalaması 5 puan üzerinden $3,69 \pm 0,74$ olduğu saptandı. E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı anketi puanları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısının 0,84 olduğu ve bu hesaplanan güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir (0,8-1) olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Anketi Sonuçları

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman	
İfadeler	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	Ort.±SS
İnternette Sağlık Bilgisi Edinirim	50(4,9)	90(8,8)	207(20,1)	368(35,8)	313(30,4)	3,78±1,12
İnternette edindiğim sağlıkla ilgili bilgileri yararlı buluyorum	50(4,9)	123(12,0)	243(23,6)	391(38,0)	221(21,5)	3,59±1,10
İnternette Edindiğim sağlık bilgisine güvenirim	60(5,8)	141(13,7)	272(26,5)	434(42,2)	121(11,8)	3,40±1,05
Bir Sağlık Kurumuna Başvurmadan önce internette şikayetle ilgili bilgi ararım	78(7,6)	126(12,3)	222(21,6)	450(43,8)	152(14,8)	3,46±1,12
İnternette edindiğim bilgiye göre kendi kendime tedaviye başlarım*	645(62,7)	169(16,4)	119(11,6)	77(7,5)	18(1,8)	4,31±1,05
İnternette edindiğim bilgiye göre kendi kendime tedaviyi bırakırım*	719(69,9)	131(12,7)	103(10,0)	63(6,1)	12(1,2)	4,44±0,98
Hekimin verdiği tedaviyi uygularken internette tedavimle ilgili bilgi arayışında bulunurum	152(14,8)	117(11,4)	221(21,5)	448(43,6)	90(8,8)	3,20±1,21
İnternette edindiğim sağlıkla ilgili bilgiler sağlığımı geliştirmeme destek oluyor	119(11,6)	122(11,9)	271(26,4)	338(32,9)	178(17,3)	3,32±1,22
Toplam puan						29,52±5,93
Ortalama						3,69±0,74
Cronbach's Alpha(α)						0,839

Ort: Ortalama, SS=Standart sapma, *=İfadelere katılım düzeyi ters çevrilerek puanlanmıştır.

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖZELLİKLERİ

Tablo 5'te katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği sonuçlarına yer verilmiştir. Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine her düzeyde en yüksek oranda katıldıkları ifadeler incelendiğinde; katılımcıların %11,5 oranla (n=118) hiç katılmadığı ifadenin "Sağlığım ile ilgili kararlarım da internetten elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissederim" olduğu; katılımcıların %8,4 oranla (n=86) katılmadığı ifadenin "Sağlığım ile ilgili kararlarım da internetten elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissederim" olduğu; katılımcıların %13,3 oranla (n=137) kararsız kaldığı ifadenin "İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum." olduğu; katılımcıların %43 oranla (n=442) katıldığı ifadenin "Sağlığım ile ilgili sorularım a cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum." olduğu; katılımcıların %39,5 oranla (n=406) tamamen katıldığı ifadenin "İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim." olduğu mevcut verilerden saptandı. Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden en düşük puan aldıkları ifadenin $3,71 \pm 1,32$ ortalamayla "Sağlığım ile ilgili kararlarım da internetten elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissederim." olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İfadelerine Katılım Sonuçları

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İfadeleri	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	Ort.±SS
İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.	35(3,4)	85(8,3)	137(13,3)	369(35,9)	402(39,1)	3,99±1,08
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağımı biliyorum.	47(4,6)	71(6,9)	118(11,5)	426(41,4)	366(35,6)	3,97±1,08
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.	48(4,7)	71(6,9)	115(11,2)	404(39,3)	390(37,9)	3,99±1,09
Sağlığım ile ilgili sorularına cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.	53(5,2)	71(6,9)	101(9,8)	442(43,0)	361(35,1)	3,96±1,09
İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.	50(4,9)	72(7,0)	112(10,9)	407(39,6)	387(37,6)	3,98±1,10
İnternette bulduğum bilgilerin sağlığım için yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.	46(4,5)	78(7,6)	112(10,9)	403(39,2)	389(37,8)	3,98±1,09
İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim.	62(6,0)	71(6,9)	111(10,8)	378(36,8)	406(39,5)	3,97±1,15
Sağlığım ile ilgili kararlarımı internette elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissedirim.	118(11,5)	86(8,4)	127(12,4)	345(33,6)	352(34,2)	3,71±1,32

Ort: Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 6’da E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği(E-SOYÖ) puan ortalamaları ve cronbach alfa güvenilirlik düzeyine yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; katılımcıların E-SOYÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ölçeğin toplam puanının 31,55±8,10, önemlilik düzeyi puanının 3,94±1,01 olduğu belirlendi. E-SOYÖ için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısının 0,97 olduğu ve bu hesaplanan güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir (0,8-1) olduğu saptandı.

Tablo 6. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (E-SOYÖ)	Madde	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)
Toplam puan	8	31,55±8,10	32(8-40)
Ortalama	8	3,94±1,01	4(1-5)
Cronbach's Alpha(α)	8		0,966

SS=Standart Sapma

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANIMA ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ÖZELLİKLERİ

Tablo 7'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı (MSUKA) ve E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı (ESOA) anketleri puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; katılımcıların yaş gruplarına göre MSUKA ve ESOA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (MSUKA $\rightarrow F=9,444$; $p<0,001$ ve ESOA $\rightarrow F=9,397$; $p<0,001$). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın MSUKA puanlarında 31 yaş ve üzeri grup ile diğer yaş grupları arasında; ESOA puanlarında ise tüm yaş grupları arasında olduğu saptandı. Bu bulgudan 31 yaş ve üzeri katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algılarının daha düşük olduğu görüldü. Erkek katılımcıların, kadınlara kıyasla e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($t=2,497$; $p=0,013$). Katılımcıların eğitim düzeyine göre MSUKA ve ESOA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (MSUKA $\rightarrow F=39,122$; $p<0,001$ ve ESOA $\rightarrow F=44,302$; $p<0,001$). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın ilköğretim ve lise eğitim düzeyi ile üniversite ve üstü eğitim düzeyi arasında olduğu saptandı. Bu bulgulardan eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarının da yükseldiği belirlendi.

Katılımcıların yerleşim yerine göre MSUKA ve ESOA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (MSUKA $\rightarrow F=55,860$; $p<0,001$ ve ESOA $\rightarrow F=18,810$; $p<0,001$). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın tüm alt boyutlar arasında olduğu saptandı. Bu bulgudan köy yerleşim bölgesinden kentlere geçerken katılımcıların mobil sağlık

uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarında yükselme olduğu belirlendi. Katılımcıların gelir düzeyine göre MSUKA ve ESOA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (MSUKA→**F=17,064; p=<0,001** ve ESOA→**F=12,277; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın 1000 TL altında geliri olanlar ile diğer gelir gruplarında yer alan katılımcılar arasında olduğu saptandı.

Kronik bir sağlık sorunu olan katılımcıların, olmayanlara göre mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (MSUKA→**t=5,426; p=<0,001** ve ESOA→ **t=5,555; p=<0,001**). Katılımcıların sağlık durumlarını tanımlama durumuna göre MSUKA ve ESOA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (MSUKA→**F=89,789; p=<0,001** ve ESOA→**F=65,191; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın tüm alt boyutlar arasında olduğu saptandı. Bu bulgudan sağlık durumu tanımlaması kötüleştikçe katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarında düşme olduğu belirlendi.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı (MSUKA) ve E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı (ESOA) Anketleri Puan Ortalamaları

Özellikler	Kategori	n	Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı	Anlamlılık		E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı	Anlamlılık	
			Ort.±SS	t/F	p	Ort.±SS	t/F	p
Yaş grup	<25 ¹	464	3,76±0,87	9,444 ^b	<0,001* fark=3<2,1	3,68±0,80	9,397 ^b	<0,001* fark=3<2<1
	25-30 ²	353	3,79±0,81			3,80±0,70		
	≥31 ³	211	3,48±0,92			3,53±0,63		
Cinsiyet	Kadın	560	3,68±0,85	1,233 ^a	0,218	3,64±0,71	2,497 ^a	0,013*
	Erkek	468	3,75±0,89			3,75±0,77		
Eğitim düzeyi	İlköğretim ¹	30	3,27±1,10	39,122 ^b	<0,001* fark=1<3,4 fark=2<3,4	3,22±0,66	44,302 ^b	<0,001* fark=1<3,4 fark=2<3,4
	Lise ²	263	3,27±0,85			3,30±0,71		
	Üniversite ³	625	3,88±0,81			3,84±0,70		
	Lisansüstü ⁴	110	3,94±0,77			3,89±0,63		
Yaşanılan yer	Köy ¹	56	2,83±1,09	55,860 ^b	<0,001* fark=1<2<3	3,23±0,77	18,810 ^b	<0,001* fark=1<2<3
	İlçe ²	358	3,53±0,77			3,60±0,62		
	İl ³	614	3,90±0,83			3,78±0,78		
Medeni durum	Bekar	808	3,71±0,88	0,287 ^a	0,774	3,69±0,76	0,395 ^a	0,693
	Evli	220	3,73±0,82			3,67±0,66		
Gebelik durumu	Evet	16	3,38±0,88	1,462 ^a	0,144	3,71±0,73	0,421 ^a	0,674
	Hayır	544	3,69±0,85			3,63±0,71		
Çocuk varlığı	Evet	213	3,64±0,83	1,412 ^a	0,158	3,67±0,64	0,371 ^a	0,711
	Hayır	815	3,73±0,88			3,69±0,76		
Çocuk sayısı	1	72	3,66±0,74	0,657 ^b	0,519	3,68±0,61	0,014 ^b	0,986
	2	99	3,68±0,81			3,67±0,61		
	≥3	42	3,51±1,03			3,68±0,76		
Gelir	<1000 TL ¹	233	3,43±0,92	17,064 ^b	<0,001* fark=1<2,3	3,49±0,80	12,277 ^b	<0,001* fark=1<2,3
	1000-4000 TL ²	385	3,84±0,83			3,78±0,74		
	>4001 TL ³	410	3,76±0,85			3,72±0,69		
Kronik hastalık varlığı	Evet	126	3,32±0,85	5,426 ^a	<0,001*	3,39±0,63	5,555 ^a	<0,001*
	Hayır	902	3,77±0,86			3,73±0,75		
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi ¹	382	4,18±0,82	89,789 ^b	<0,001* fark=1<2<3<4	4,04±0,79	65,191 ^b	<0,001* fark=1<2<3<4
	İyi ²	443	3,54±0,70			3,56±0,61		
	Orta ³	185	3,31±0,78			3,38±0,58		
	Kötü ⁴	18	2,31±1,38			2,69±0,65		

*:p<0,05; a(t)=Bağımsız Örneklem t Testi; b(F)=ANOVA (Varyans) Analizi; SS=Standart Sapma

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖZELLİKLERİ

Tablo 8’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde; katılımcıların yaş gruplarına göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (**F=14,050; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın 25-30 yaş grubu ile 25 yaş altı grup ve 31 yaş ve üzeri grup arasında olduğu saptandı. Erkek katılımcıların, kadınlara kıyasla e-sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (**t=2,758; p=0,006**). Katılımcıların eğitim düzeylerine göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (**F=52,381; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın tüm eğitim düzeyleri arasında olduğu saptandı. Bu bulgudan katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinde de artma olduğu belirlendi.

Katılımcıların yerleşim yerine göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (**F=8,985; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın tüm alt boyutlar arasında olduğu saptandı. Bu bulgudan köy yerleşim bölgesinden kentlere geçerken katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinde artma olduğu belirlendi. Katılımcıların gelir düzeyine göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (**F=17,573; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın 1000 TL altında geliri olan katılımcı grubu ile diğer gelir gruplarında yer alan katılımcılar arasında olduğu saptandı. Katılımcıların sağlık durumlarını tanımlama durumuna göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (**F=44,014; p=<0,001**). Yapılan Tukey testine göre bu farklılığın tüm alt boyutlar arasında olduğu saptandı. Bu bulgudan sağlık durumu tanımlaması kötüleştikçe katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin de düştüğü belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları

Özellikler	Kategori	n	E-Sağlık	Anlamlılık	
			Okuryazarlığı	t/F	p
			Ort.±SS		
Yaş grup	<25 ¹	464	3,89±1,04	14,050^b	<0,001* fark=2>1,3
	25-30 ²	353	4,15±0,85		
	≥31 ³	211	3,71±1,14		
Cinsiyet	Kadın	560	3,86±1,02	2,758^a	0,006
	Erkek	468	4,04±1,00		
Eğitim düzeyi	İlköğretim ¹	30	2,80±1,17	52,381^b	<0,001* fark=1<2<3<4
	Lise ²	263	3,47±1,10		
	Üniversite ³	625	4,11±0,91		
	Lisansüstü ⁴	110	4,42±0,60		
Yaşanılan yer	Köy ¹	56	3,43±1,12	8,985^b	<0,001* fark=1<2,3
	İlçe ²	358	3,90±0,92		
	İl ³	614	4,01±1,04		
Medeni durum	Bekar	808	3,97±1,00	1,466 ^a	0,143
	Evli	220	3,85±1,07		
Gebelik durumu	Evet	16	4,11±0,94	0,980 ^a	0,327
	Hayır	544	3,86±1,02		
Çocuk varlığı	Evet	213	3,86±1,05	1,333 ^a	0,183
	Hayır	815	3,96±1,00		
Çocuk sayısı	1	72	3,89±1,08	0,470 ^b	0,626
	2	99	3,90±0,98		
	≥3	42	3,72±1,14		
Gelir	<1000 TL ¹	233	3,63±1,07	17,573^b	<0,001* fark=1<2,3
	1000-4000 TL ²	385	4,08±1,07		
	>4001 TL ³	410	4,11±0,88		
Kronik hastalık varlığı	Evet	126	3,65±1,18	3,067^a	0,003*
	Hayır	902	3,98±0,98		
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi ¹	382	4,33±0,83	44,014^b	<0,001* fark=4<3<2<1
	İyi ²	443	3,82±0,98		
	Orta ³	185	3,56±1,08		
	Kötü ⁴	18	2,68±1,39		

*:p<0,05; a(t)=Bağımsız Örneklem t Testi; b(F)=ANOVA (Varyans) Analizi; SS=Standart Sapma.

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ÖZELLİKLERİNİN İLİŞKİSİ

Tablo 9’da E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı algısı puanları arasındaki ilişki düzeyine yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; E-SOYÖ puanı ile katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algı düzeyi ($r=0,484$; $p<0,001$) ve e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyi ($r=0,619$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı. Bu bulgudan katılımcıların mobil uygulamalarını kullanım ve internet sağlık bilgisi algı düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyin de arttığı belirlendi. Katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algı düzeyi ile e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ($r=0,655$; $p<0,001$).

Tablo 9. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı ve Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

	Test	E-Sağlık Okuryazarlığı	Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algı
Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı	r	0,484	
	p	<0,001*	
Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı	r	0,619	0,655
	p	<0,001*	<0,001*

*: $p<0,05$; r = Pearson Korelasyon Testi

ÇOKLU LİNEAR REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARINA GÖRE KATILIMCILARIN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ ÜZERİNDE TANIMLAYICI DEĞİŞKENLERİN YORDAYICI ETKİSİ

Tablo 10’de katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili bağımsız faktörler incelendi. Tablodaki verilere bakıldığında; tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan faktörler kullanılarak; katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyine etki eden durumları yordamak amacıyla enter metoduyla, çok değişkenli linear regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, $F=84,358$, $p<0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %43’ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Buna göre eğitim düzeyi ($\beta=0,13$; $p<0,001$), gelir düzeyi ($\beta=0,10$; $p<0,001$), mobil sağlık uygulamalarını kullanma

algısı ($\beta=0,10$; $p=0,003$) ve e-sağlık okuryazarlığı algısının ($\beta=0,49$; $p=<0,001$) katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyine etki eden bağımsız faktörler olduğu saptandı.

Tablo 10. Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Üzerinde Tanımlayıcı Değişkenlerin Yordayıcı Etkisi

Faktörler	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Model
	B	SH.	β			
Yaş	-0,005	0,003	-0,047	-1,802	0,072	R²=0,427
Cinsiyet (Kadın=0, Erkek=1)	0,047	0,049	0,023	0,964	0,335	F=84,358
Eğitim düzeyi (İlköğretim=0, Lise=1, Üniversite=2)	0,245	0,051	0,127	4,788	<0,001*	p=<0,001
Yaşanılan yer (Köy=0, Kent=1)	0,064	0,111	0,014	0,581	0,561	
Gelir düzeyi (TL) (<1000TL=0, 1000-4000TL=1, >4001TL=2)	0,080	0,021	0,097	3,737	<0,001*	
Kronik hastalık varlığı (Evet=0, Hayır=1)	-0,072	0,082	-0,023	-0,887	0,375	
Genel sağlık durumu (Orta/kötü=0, İyi=1, Çok iyi=2)	0,072	0,041	0,052	1,783	0,075	
MSUKA düzeyi	0,113	0,039	0,097	2,930	0,003*	
ESOA düzeyi	0,664	0,044	0,486	15,092	<0,001*	

* $p<0,05$, Multiple Linear Regression(Method=Enter), **Bağımlı değişken:** E-sağlık okuryazarlığı

SH=Standart hata, **MSUKA:** Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı, **ESOA:** E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı.

TARTIŞMA

Günümüzde teknolojide yaşanan hızlı gelişmeler, hayatın her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli değişimleri beraberinde getirmiştir (93). Bireyler interneti sağlıkla ilgili araştırma yapmak ve bilgi edinmek için önemli bir kaynak olarak kullanmaktadırlar. Sağlıkla ilgili bilgilere daha hızlı ve kolay ulaşmak için internette yer alan elektronik kaynaklara günden güne daha fazla başvurumaktadırlar. Bu durum sonucunda sağlık okuryazarlığının farklı bir hali olan e-sağlık okuryazarlığı önem kazanmış, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler artış göstermiş ve mobil cihazların yaygınlaşmasını sağlanmıştır (81,85,93). Giderek dijitalleşen dünyada, özellikle pandemi döneminde toplumsal sağlığın ön plana çıkmasıyla, e-sağlık okuryazarlığı ve mobil sağlık uygulamalarının bireysel ve toplumsal yaşama daha fazla etkisi olmaktadır (85). Bu doğrultuda, toplumun e-sağlık okuryazarlık düzeyini, e-sağlık okuryazarlığı algısını ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma algılarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları mevcut literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan 1028 katılımcının yaş ortalamasının $27,30 \pm 8,79$ (%40,5'inin 19-24 yaş grubunda), %54,5'inin kadın, %78,6'sının bekar, %79,3'ünün çocuğunun olmadığı, %60,8'inin üniversite (ön lisans ve lisans), %39,9'unun 4000 TL'den fazla miktarda bir gelire sahip olduğu, %59,7'sinin ise illerde sürekli ikamet ettiği belirlendi. Çalışma katılımcılarının %12,3'ünün tanı konmuş kronik bir sağlık sorunu olduğu, %43,1'inin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Özdemir'in aynı konuda İstanbul'un ilçesinde yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının $48,31 \pm 17,71$ (%20'sinin 35-44 yaş grubunda), %45,2'sinin kadın, %43,1'inin üniversite mezunu (ön lisans ve lisans), %48,3'ünün gelirinin

gidere denk olduğu, %30,4'ünün düzenli ilaç kullandığı, %23,1'inin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar Özdemir'in çalışmasıyla genel olarak benzerlik göstermekle birlikte bu çalışmada kadın katılımcılar, üniversite mezunları ve genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenler daha fazladır (94). Fidan'ın benzer konuda 18 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının $39,41 \pm 12,73$ yıl (%55,2'sinin 35 yaşından büyük olduğu), çalışmaya katılan toplam 529 kişinin %55,1'inin kadın, 73,3'ünün evli, %32,3'ünün çocuğunun olmadığı, %81,7'sinin üniversite-yüksek lisans mezunu, %38,9'unun gelir düzeyinin 3001- 10000 TL arasında olduğu saptanmıştır. Fidan'ın çalışmasına göre bu çalışmada örneklem grubu daha büyük olmakla beraber Fidan'ın çalışmasında yaş ortalaması daha büyük, evli ve çocuğu olanlar daha fazla, katılımcıların gelir düzeyi daha düşüktür (95).

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARININ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı anketi puanları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur ve yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır (94). Bu çalışmada katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma sıklığı sorgulandığında katılımcıların %12,9 oranla nadiren, %27,2 ara sıra katıldığı ifade edilmiştir. Diğer yandan, Döner Güner ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma sıklığı sorgulandığında; %11,5'i mobil sağlık uygulamalarını her gün kullanmaktayken, %4,3'ü ayda bir kullanmaktadır (83). Çalışmada katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını yararlı bulma ifadesine %30,1 oranla her zaman katıldıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde Dal'ın çalışmasında katılımcıların genel olarak mobil sağlık uygulamalarını yararlı bulma oranı sorgulandığında katılıyorum olarak ifade edenlerin oranı %53,3'tür (96). Çalışmaya katılanların en çok indirdiği mobil sağlık uygulamalarının %72,1 oranla "Hayat Eve Sığar", %53 oranla "E-Nabız" ve %37,4 oranla "MHRS" olduğu belirlenmiştir. Mercan ve arkadaşlarının 2017-2018 yılında veri toplayarak yaptığı çalışmada en yaygın kullanılan uygulamanın %51,1 oranla MHRS, %25,7 oranla ilaç takibi uygulaması ve %18,4 oranla diyet ve zayıflama uygulaması olduğu tespit edilmiştir (89). Bu farklılığın Mercan ve arkadaşlarının çalışmasında verilerin Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) pandemisinden önce, bu çalışmadaki verilerin Covid-19 pandemisi başladıktan sonra toplandığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların mobil sağlık uygulamalarına güvenme durumu sorgulandığında %47,1 oranla çoğunlukla güvendiği, %18,4 oranında her zaman güvendiği belirlenmiştir. Benzer

olarak Dal'ın yaptığı çalışmada da m-sağlık uygulamasından elde edilen bilgilerin güvenilirliğine katılımcıların %42,5 oranında katıldığı %18,3 oranında kesinlikle katıldığı tespit edilmiştir (96). Çalışmaya katılanların mobil sağlık uygulamalarını kullanmama tercihlerini en çok etkileyen faktörlerin %39,4 oranla mobil sağlık uygulamasını düzenli olarak kullanamayacağı ve %21,3 oranla akıllı telefonda yer olmaması olarak belirlendi. Döner Güner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da Mobil sağlık uygulamalarını kullanmayan kişilere kullanmama nedenleri sorulduğunda en çok “Düzenli olarak kullanacağımı düşünmüyorum” cevabı verilmiştir (83). Krebs ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada uygulamaları kullanmayanlara nedenleri sorulduğunda; en sık mobil sağlık uygulamalarına ilgisizliklerinden dolayı olduğu tespit edilmiştir (97). Mobil sağlık uygulamalarını kullanan katılımcıların (n=1000) mobil sağlık uygulamalarını kullanım tercihlerini en yüksek oranda etkileyen faktörlerin, %48,2 oranla mobil uygulamanın planlama yapmaya fayda sağlaması olduğu tespit edilmiştir. Ernsting ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da mobil sağlık uygulaması kullananların (n=521) uygulamalardan en çok gördükleri yararın planlama yapmak (%50,7) olduğu tespit edilmiştir (98). Katılımcıların en yüksek oranda mobil sağlık uygulamalarını kullanım amaçlarının %51,9 oranla hastaneden randevu almak, %48,7 oranla Covid-19 salgını hakkında bilgi almak olduğu saptanmıştır. Covid-19 pandemisi sürecinde, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “Hayat Eve Sığar” mobil uygulaması ile vatandaşların Covid-19 konusunda bilgilendirilmesi, salgın hastalık risklerinin en az seviyeye indirilmesi ve yayılmasının önlenmesi amaçlanmıştır (99).

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı anketi puanları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayısının 0,84 olarak bulunmuştur ve bu hesaplanan güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir (0,8-1) olduğu saptanmıştır (90). Çalışmaya katılanların e-sağlık okuryazarlığı algısı sorularına verdiği cevaplar incelendiğinde çoğunlukla (%35,8) internetten sağlık bilgisi edindikleri tespit edilmiştir. Diğer yandan Erdoğan Özyurt ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların bazen (%40,9) internetten sağlık bilgisi edindikleri belirtilmiştir (87). Basch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sağlıkla ilgili bilgilerin en sık edinildiği kaynağın %74 oranla internet olduğu belirtilmiştir (100). Katılımcıların internetten edindikleri sağlıkla ilgili bilgileri yararlı bulma durumları incelendiğinde çoğunlukla (%38) yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir (101). Park ve Lee'nin yaptığı çalışmaya katılanların %70'i internetin sağlıkla ilgili karar vermede yararlı olduğunu düşünmektedir (102). Çalışmaya katılanların internetten

edindikleri sağlık bilgisine duydukları güven incelendiğinde çoğunlukla (%42,2) güvendikleri tespit edilmiştir. Fakat Altındiş ve arkadaşlarının çalışmasında internetten edinilen sağlıkla ilgili bilgileri güvenli bulma durumları sorusuna katılımcıların çoğunluğu (%57,8) hayır cevabını vermiştir (103). Katılımcılara bir sağlık kurumuna başvurmadan önce internetten şikâyetleriyle bilgi arama sıklığı sorulduğunda çoğunlukla (%43,8) internetten şikayetleriyle bilgi aradıkları tespit edilmiştir. Benzer olarak Elciyar ve Taşçının çalışmasında da doktora başvuru öncesinde şikayetiyle ilgili internetten araştırma yapanların oranı %85'dir (83). Katılımcıların internetten edindiği bilgiye göre kendi kendine tedaviye başlama sıklığı sorulduğunda hiçbir zaman yanıtını verenlerin oranı %62,7'dir. Yani katılımcıların büyük bir çoğunluğu internetten edindikleri bilgiye göre kendi kendine tedaviye başlamamaktadır. Altındiş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da katılımcıların sadece %12,1'i internette edindiği bilgiler sayesinde rahatsızlığı ile ilgili kendine hastalık tanısı koyup ilaç başladığını ifade etmiştir (103). Çalışmaya katılanların internetten edindiği bilgiye göre kendi kendine tedaviyi bırakma sıklığı sorulduğunda hiçbir zaman yanıtını verenlerin oranı %69,9'dur. Erdoğan Özyurt ve arkadaşlarının çalışmasında da aynı doğrultuda internetten okuduğu bilgiler nedeniyle hekimin başladığı tedaviyi yarıda bırakma sorusuna hayır diyenlerin oranı %97,2'dir (87).

Katılımcılara hekimin verdiği tedaviyi uygularken internetten tedaviyle ilgili bilgi arayışında bulunma sıklıkları sorulduğunda çoğunlukla (%43,6) bilgi arayışında bulunduğunu ifade etmiştir. Benzer olarak Altındiş ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %68,2'sinin hekimin önerdiği ilaç veya tedaviye başlamadan önce bunlarla ilgili internetten araştırma yaptığı tespit edilmiştir (103). Elciyar ve Taşçının çalışmasında da doktora başvuru sonrası internetten güvence alma amacıyla araştırma yapanlar %82 oranındadır (104).

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılanların %70'i internetten ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağını bildiklerini, %77'si internetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağını bildiğini, %77,2'si internetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağını bildiğini, %78,1'i sağlığıyla ilgili sorulara cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağını (e-dergi, e-kitap, forum vs.) bildiğini, %77,2'si internette bulduğu sağlık bilgisini nasıl kullanacağını bildiğini, %77'si internetten bulduğu bilgilerin sağlığına yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahip olduğunu, %76,3'ü internetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabildiğini, %67,8'i sağlığıyla ilgili kararlarda internetten elde ettiği bilgileri kullandığında,

kendini güvende hissettiğini ifade etmiştir. Tubaishat ve Habiballah'ın yaptığı çalışmaya katılanların %55,6'sı internetten ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağını bildiklerini, %55,2'si internetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden bulacağını bildiğini, %63'ü nasıl bulacağını bildiğini ve %76,3'ü bulunduğu kaynakları nasıl kullanacağını bildiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %52,9'unun internette bulunan sağlık kaynaklarını değerlendirebilecek becerilere sahip olmadığını, %51,2'sinin yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını düşük kaliteli kaynaklardan ayırt edemediğini ve %52,9'unun internette buldukları bilgileri sağlıklarıyla ilgili kararlarda kullanamadıklarını ifade etmişlerdir (102). Park ve Lee'nin çalışmasında öğrenciler "internetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum" ifadesine "katıldıklarını", diğer ifadeler ise "orta derecede katıldıklarını" ifade etmişlerdir (102). Bu çalışmada e-Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Cronbach alfa değeri 0,97 olarak yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır (90). Norman ve Skinner'ın 2006 yılında yaptıkları e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,81 olarak yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmiştir (6). Coşkun ve Bebiş'in 2015 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmada ölçeğin alfa değeri 0,78 olarak bulunmuştur (91). Park ve Lee'nin çalışmasında da Cronbach alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur (102). Bu doğrultuda elde edilen bulgular bu sonuçlarla benzerdir ve yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (90).

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısı anketleri puan ortalamaları incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim, yaşanılan yer, gelir, kronik hastalık varlığı ve genel sağlık durumu arasında anlamlı bir farklılık görülürken, medeni durum, gebelik durumu, çocuk varlığı ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yani bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, yaşadıkları yer, geliri, kronik hastalık varlığı ve genel sağlık durumu mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısını etkilerken, medeni durumu, gebelik durumu, çocuk varlığı ve çocuk sayısı etkilememektedir. Bu çalışmaya katılanlarda yaş arttıkça mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısı puan ortalamaları azalmıştır ($p<0,001$). Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve gençlerin yaşlılara göre internetten ve mobil sağlık uygulamalarından daha fazla sağlık bilgisi edindiği tespit edilmiştir (105,106).

Bu durumun nedeni olarak yaş arttıkça internet kullanımının genç yaş grubunda daha fazla olmasına bağlı olabileceği belirtilmiştir (100). Bu çalışmada erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla e-sağlık okuryazarlığı algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsiyete göre mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı puan ortalamasında bir fark yoktur ($p>0,005$). Kilit'in yaptığı çalışmada da kadınlar sağlık bilgisi edinmek amacıyla internet ve mobil sağlık uygulamalarını erkeklere göre daha fazla tercih etmektedir (105).

Eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarının da yükseldiği belirlendi ($p<0,001$). Gheeweba ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık bilgi kaynağı olarak çoğunlukla interneti kullandıkları saptanmıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe internet kullanımı ve sağlık okuryazarlığı seviyesindeki yükselmenin beklenen bir sonuç olduğu belirtilmektedir. (107).

Köy yerleşim bölgesinden kentlere geçerken katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarında yükselme olduğu belirlendi ($p<0,001$). Bu durumun sebebi olarak internete erişimin kırsal kesimde il merkezine göre daha kısıtlı olduğu gösterilebilir. Çalışmada 1000 TL altında geliri olanların daha yüksek geliri olanlara göre mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısı puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Kilit'in çalışmasında gelir düzeyi ile mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve internet sağlık bilgisine başvurma arasında bir fark bulunamamıştır (105).

Bu çalışmada kronik hastalığı olmayanların herhangi bir kronik hastalığa sahip olan bireylere göre mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısı puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Benzer şekilde Kilit'in çalışmasında da kronik hastalığı bulunmayan kişiler internet ve mobil sağlık uygulamalarından sağlık bilgisi edinmektedir. Fakat Zare Fareshbandi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip olan kişilerin sağlık bilgi kaynağı olarak en çok interneti tercih ettiği görülmüştür (107). Katılımcıların sağlık durumlarını tanımlama durumuna göre sağlık durumu tanımlaması kötüleştikçe katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarında düşme olduğu belirlendi ($p<0,001$). Fakat Kilit'in çalışmasında bireylerin sağlık durumunun sağlık bilgi kaynaklarından bilgi edinme düzeyini etkilemediği saptanmıştır (105).

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılanların yaş gruplarıyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuca göre 25-30 yaş arasındaki bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması yüksekken 31 yaş ve üzerindeki bireylerde anlamlı olarak düşüktü. Wong ve Cheung tarafından Hong Kong'da 1162 kişi ile yapılan çalışmada ileri yaş, daha düşük e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (108). Buna rağmen e-sağlık okuryazarlığının yaşla arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (6,101).

Katılımcıların cinsiyetiyle E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde erkek katılımcıların kadınlardan daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Uslu ve Şeremet'in çalışmasında kadın katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ortalamasının erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (109). Özer ve arkadaşlarının çalışmasında ise, e-sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (110).

Bu çalışmada katılımcıların eğitim durumlarıyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Lisansüstü öğrenim düzeyi mezunlarının ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarından daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Özdemir'in çalışmasında eğitim durumuyla e-sağlık okuryazarlığı ilişkisine bakıldığında doktora mezunlarının diğer katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Eğitim düzeyi yükseldikçe internet kullanımı ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesinin beklenen bir sonuç olduğu belirtilmektedir (94). Fakat Uslu ve Şeremet'in çalışmasında ise eğitim durumu ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir (109). Çalışmaya katılanların yaşadığı yerlerle E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). İlde yaşayanların köy ve ilçede yaşayanlardan ilçede yaşayanların da köyde yaşayanlardan daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Ergün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da il merkezinde yaşayanların e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu, il merkezinde yaşayanlar ile e-sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (86). İnternet erişiminin her yerleşim bölgesinde kolayca ulaşılabilen bir araç haline gelmesi ile bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir

Katılımcıların medeni halleriyle E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Fidan'ın E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada da anlamlı bir fark bulunmamıştır (95). Katılımcıların gebelik durumuyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hızarcı'nın gebelerin e-sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada gebelerin e-SOY toplam puan ortalaması $28,55\pm 5,91$ olarak belirtilmiştir (88).

Çocuk sayısıyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Fidan'ın çalışmasında ise e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarının; çocuk sahibi olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (100). Katılımcıların gelir durumuyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumu 0-1000 TL arasında olanların en düşük, 4000 TL üzerinde olanların en yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Özdemir'in çalışmasında katılımcıların gelir durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımından anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. ($p<0,001$). Araştırma sonucunda gelirleri giderlerinden daha fazla olan katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanının en yüksek, gelirlerin giderlerinden az olan katılımcıların ise en düşük e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanına sahip oldukları belirlenmiştir (94). Katılımcıların kronik hastalık varlığıyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı bulunmayanların bulunanlardan daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Fidan'ın çalışmasında da kronik hastalığı bulunmayanların e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin bulunanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (95). Fakat Çizmeçi ve Deniz tarafından diyabet hastaları ile sağlık bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada diyabet hastalarının e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlıklı bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (110). Bu çalışmada elde edilen sonucun, çalışma örnekleminin çoğunluğunun genç nüfustan oluşması ve kronik hastalığa sahip olma oranının düşüklüğüne bağlı olduğu düşünülmektedir. Çalışmada katılımcıların genel sağlık durumuyla E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Genel sağlık durumunu çok iyi olarak belirten katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Literatürde benzer olarak sağlık durumu algısı iyi olanlarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (111,112).

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA ALGISI VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ÖZELLİKLERİNİN İLİŞKİSİ

Çalışmada E-SOY ölçeği puanı ile katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algı düzeyleri arasında anlamlı, pozitif ve zayıf düzeyde ilişki ($r=0,484$; $p<0,001$) ve e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyleri arasında ise anlamlı, pozitif ve orta düzeyde güçlü ($r=0,619$; $p<0,001$) bir ilişki bulundu (92). Bu doğrultuda katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algı düzeyi ile e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve orta düzeyde güçlü bir ilişki varlığı saptandı ($r=0,655$; $p<0,001$) (92). Bu doğrultuda katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma algıları arttıkça e-sağlık okuryazarlığı algıları da artmaktadır.

Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Üzerinde Tanımlayıcı Değişkenlerin Yordayıcı Etkisinin Değerlendirilmesi

Çoklu linear regresyon analizi sonuçlarına göre bağımsız faktörlerden; eğitim düzeyi ($\beta=0,13$; $p<0,001$), gelir düzeyi ($\beta=0,10$; $p<0,001$), mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ($\beta=0,10$; $p=0,003$) ve e-sağlık okuryazarlığı algısının ($\beta=0,49$; $p<0,001$) katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısı yükseldikçe e-sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır. Literatürde mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algısının e-sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisine bakılan çalışmaya rastlanmamakla birlikte, Özdemir'in çalışmasında benzer şekilde eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır (94).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmada toplumun sosyodemografik özellikleri, mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğunu 19-24 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Örneklemin çoğunluğunu kadın, üniversite eğitimini tamamlamış, il merkezinde yaşayan, bekar ve çocuk sahibi olmayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğunun kronik hastalığı bulunmamakla beraber genel sağlık durumlarını da iyi olarak değerlendirmişlerdir.
- Katılımcıların büyük bir çoğunluğu telefonlarına en az bir mobil uygulama indirmiştir. En çok indirilen uygulamalar ise Hayat Eve Sığar, E-Nabız ve MHRS'dir. Katılımcılar çoğunlukla mobil uygulamaları planlama yapmaya yarar sağladığı için kullanmayı tercih ettiklerini belirtmekle beraber genelde hastane randevusu alma, Covid-19 hakkında bilgilenme ve sağlık kayıtlarına erişebilmek amacıyla kullandıklarını belirtmişlerdir.
- Katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını her zaman kullandıkları, mobil sağlık uygulamalarını çoğunlukla yararlı ve güvenli buldukları ve mobil sağlık uygulamaları kullanmalarının çoğunlukla olumlu sağlık davranışları geliştirmelerini desteklediğini düşündükleri görülmüştür.
- Katılımcıların internetten çoğunlukla sağlık bilgisi edindikleri, internetten edindikleri sağlıkla ilgili bilgileri yararlı buldukları ve güvendikleri, bir sağlık kurumuna başvurmadan önce internetten şikayetleriyle ilgili bilgi aradıkları;

bununla beraber internetten edindikleri bilgiye göre hiçbir zaman kendi kendilerine tedaviye başlamadıkları ve hiçbir zaman tedaviyi bırakmadıkları görülmüştür. Hekimin verdiği tedaviyi uygularken çoğunlukla internetten tedavileriyle ilgili bilgi arayışında buldukları ve internetten edindikleri sağlıkla ilgili bilgilerin çoğunlukla sağlığı geliştirmelerine destek olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

- Katılımcıların mobil uygulamalarını kullanım ve e-sağlık okuryazarlığı algı düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı, ayrıca mobil sağlık uygulamalarını kullanma algı düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlığı algı düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir.
- Araştırma sonuçlarına göre 25-30 yaş aralığında olanların, erkek katılımcıların, lisansüstü eğitim alanların ve genel sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirenlerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanırken; köyde yaşayanlar ve gelir seviyesi 1000 TL ve altında kalanların diğer gruplara göre daha düşük e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Aynı zamanda telefonuna mobil sağlık uygulamalarını yükleyenlerin ve kullananların daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir.
- Araştırma sonuçlarına göre 31 yaş ve üzerindeki, ilköğretim ve lise düzeyinde eğitim seviyesinde olanların, köyde yaşayanların, gelir seviyesi 1000 TL ve altında kalanların, kronik hastalığı olanların ve genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algısının daha düşük olduğu; diğer yandan erkeklerin daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı algısına sahip olduğu görülmüştür.
- Araştırma sonuçlarına göre telefonuna mobil sağlık uygulamalarını yükleyenlerin ve mobil sağlık uygulamalarını kullananların daha yüksek mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algısına sahip oldukları belirlenmiştir.
- Araştırma sonuçlarına göre eğitim düzeyi, gelir düzeyi, mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algısının katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen bağımsız faktörler oldukları belirlenmiştir.
- Araştırma sonuçlarına göre öneriler aşağıda sıralanmıştır.

- Kişilerin eğitim düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Bu sebeple toplumun bu konuda eğitim seviyesinin artırılması ve topluma yönelik e-sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Kişilerin gelir düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Refah seviyesi arttıkça sağlığa daha fazla özen gösterilmekte ve daha fazla bilgi arayışında bulunmaktadır. Toplumun e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini arttırabilmek için devletlerin de toplumun genelinin refah seviyelerini arttırıcı politikalar izlemeleri ve toplumu bu konuda desteklemeleri önerilmektedir.
- E-sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadın cinsiyette daha düşük olduğu görülmüştür. Kadınlara yönelik farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Kronik hastalığı olan bireylerin e-sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Hastalık yönetimine bu konuların dahil edilmesi ve rutin izlemlerde mobil sağlık uygulamalarının kullanımının teşvik edilmesi önerilmektedir.
- Mobil uygulamaların içeriği zenginleştikçe ve kullanımı pratikleştikçe daha çok kullanılmakta ve tercih edilmektedir. Bu yüzden uygulamaların içeriğinin artırılması ve kolay kullanılabilir hale getirilmeleri önerilmektedir.
- M-sağlık uygulamalarının sağlık bakım hizmetlerindeki iş yükü ve harcamaları azaltırken bakım kalitesini artırması nedeniyle sağlık sistemine entegre edilmesine yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.
- Toplumla iç içe olan halk sağlığı hemşirelerinin e-sağlık okuryazarlıklarını yükselterek ve mobil sağlık uygulamalarını kullanarak çağdaş sağlık anlayışını benimsemeleri ve halkı da bu konularda teşvik edici faaliyetlerde bulunmaları önerilmektedir.
- Halk sağlığı hemşireliğinde yapılan sağlık eğitimlerine e-sağlık ve m-sağlık uygulamalarını kullanma eğitimi konusu eklenmesi önerilmektedir.
- Elde edilen veriler doğrultusunda mobil sağlık uygulamalarının geliştirilmesi, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik daha büyük ve çeşitli örneklem gruplarında ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırma toplumun e-sağlık okuryazarlık düzeyini, e-sağlık okuryazarlığı algısını ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısını belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri 15.06.2021-15.09.2021 tarihleri arasında internet ve mobil uygulamaları kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireylerden online olarak Google Formlar ile hazırlanan anket aracılığıyla toplanmıştır. Çalışma kapsamında örneklem seçimine gidilmemiş olup, ilgili tarihler arasında ulaşılabilen ve dahil etme kriterlerini karşılayan tüm bireyler kartopu örnekleme ile çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada 31 yaş ve üstü bireylerin, ilköğretim ve lise mezunlarının, köyde yaşayanların, geliri 1000 TL ve altında olanların, kronik hastalığı olanların ve genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin mobil sağlık uygulamalarını kullanma ve e-sağlık okuryazarlığı algılarının diğer gruplardan daha düşük olduğu; ek olarak erkeklerin e-sağlık okuryazarlığı algılarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. 25-30 yaş grubundakilerin, erkeklerin, lisansüstü eğitim alanların, il veya ilçede yaşayanların, gelir düzeyi 1000 TL ve üzerinde olanların, kronik hastalığı olmayanların ve genel sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirenlerin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda e-sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısının arttığı; benzer şekilde mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı arttıkça e-sağlık okuryazarlığı algısının da arttığı saptanmıştır.

Sonuç olarak; mobil sağlık uygulamalarının geliştirilmesi, e-sağlık okuryazarlığı algısı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik daha büyük ve çeşitli örneklem gruplarında ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: E-Sağlık, E-Sağlık Okuryazarlığı, Mobil Sağlık, Toplum, Hemşirelik

DETERMINING E-HEALTH LITERACY AND THE USE OF MOBILE HEALTH APPLICATIONS OF THE COMMUNITY

SUMMARY

This research is a cross-sectional research which is done to determine the community's level of e-health literacy, their perception of e-health literacy and using mobile health applications. The data of the research was collected between the dates 15th June 2021 to 15th September 2021 from the ones who use internet and mobile applications and who accepted to participate in the research with the online questionnaires prepared by Google forms. While all of the individuals who are available in the specified dates and carry the criteria needed to be able to join the research are involved in the research via snowball sampling, sample selection is not preferred within the scope of the research.

In the research it is attained that individuals aged 31 and over, secondary and high school graduates, people living in the villages, whose income is 1000 TL and below, the ones who have chronic disease, and the ones who interpret their general health situation as badly use mobile health applications less and their perception of e-health literacy is lower than the other groups; in addition to this, it is reached that men's perception of e-health literacy is higher than women. It is determined that e-health literacy level of people aged 25-30, men, who have postgraduate education, living in county and cities, whose income is 1000 TL or over, who haven't got chronic diseases and the ones who interpret their general health situation as good, is higher. It is determined that the level of e-health literacy increases the perception of using mobile health applications and e-health literacy; similarly, the perception of using mobile health

applications increases the perception of e-health literacy. As a result, it is advised that more future studies should be done in larger and various sample groups to improve the perception of mobile health applications and e-health literacy, and to increase the level of e-health literacy.

Keywords: E-Health, E-Health Literacy, Mobile Health, Community, Nursing



KAYNAKLAR

1. Gençyürek Erdoğan M. E-sağlık Okuryazarlığı: Dijital Mecralarda Sağlık Reklamları (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2019.
2. Sarıkaya B. Mobil İlaç Prospektüs Uygulaması (tez). İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi; 2013.
3. Digital 2021 October Global Statshot Report. Url: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-october-global-statshot> Erişim Tarihi: 06.11.2021
4. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2021. Url: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437) Erişim Tarihi: 18.11.2021.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı. Url: [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf). Erişim Tarihi: 19.11.2021.
6. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res 2006;8(2):e9.
7. Stellefson M, Hanik B, Chaney B, Chaney D, Tennant B, Chavarria EA. Ehealth literacy among college students: a systematic review with implications for ehealth education. 2011;13(4):e102..
8. Robb M, Shellenbarger T. Influential factors and perceptions of health literacy among undergraduate college students. Online J Nursing Informatics 2014;18(3):1–10.
9. Xie B. Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. J Med Internet Res 2011;13(4):e90.
10. Oran M. K, Karadeniz Ş. İnternet tabanlı uzaktan eğitimde mobil öğrenmenin rolü. IX. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya;2007.

11. Menzi N, Önal N, Çalışkan E. Mobil teknolojilerin eğitim amaçlı kullanımına yönelik akademisyen görüşlerinin teknoloji kabul modeli çerçevesinde incelenmesi. Ege Eğitim Dergisi 2012;13(1):40-55.
12. Kılıç T. E-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(3):203-17.
13. Güler E. Eby G. Akıllı ekranlarda mobil sağlık uygulamaları. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2015;4(3):45-51.
14. Bulun M, Gülnar B, Güran S. Eğitimde mobil teknolojiler. Turkish Online J Educational Technol 2004;3(2):165-9.
15. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okuryazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321-6.
16. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. World Health Organization; 2009 October.
17. Sağlık Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü. Url: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/97897%2055%20903613_tur.pdf;jsessionid=21343DAC57A9AD84D82E944977EA5336?sequence=3 Erişim Tarihi: 03.11.2021.
18. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med 2009;36(5):446-51.
19. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document 2009;16:1-46.
20. Baur C. National Action Plan to Improve Health Literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010;7-8.
21. Nutbeam D. Health Literacy As a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. Health Promotion International 2000;15:259-67.
22. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
23. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turkish J Public Health 2014;12 (1):61-8.
24. Baker D, Parker RM, Williams MV. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. J Gen Intern Med 1998;13(12):791-8.
25. Nielsen Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington: National Academies Press; 2004.
26. Eysenbach G. What is eHealth?, J Med Internet Res 2001;3(2):E20.
27. Toygar ŞA. E-sağlık uygulamaları. Yasama Dergisi 2018;37:101-23.

28. WHO. Global diffusion of ehealth: making universal health coverage achievable, report of the third global survey on ehealth. Global Observatory for EHealth. Geneva: WHO Press; 2016.
29. Özer Ö, Şantaş F, Budak F. Sağlık web sitelerinin kullanım düzeylerinin incelenmesi: örnek bir uygulama. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi 2012;1(4):128-40.
30. Işık N, Işık HB, Kılınç EC. Girişimcilik ve inovasyon ilişkisi: Teorik bir değerlendirme. Ekonomi, İşletme, Siyaset, ve Uluslararası İlişkiler Dergisi 2015;1(2):57-90.
31. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Exploring the Challenges of Implementing e-Health: A Protocol for an Update of a Systematic Review of Reviews. BMJ Open 2015;5(4):1-6.
32. Ishikawa, H, Kiuchi, T. Health Literacy and Health Communication. Biopsychosoc Med 2010;4:18.
33. Çınar S, Ay A, Boztepe H. Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2018; 14 (2):25-39.
34. Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions Url: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0209:FIN:EN:PDF> Erişim Tarihi: 04.11.2021.
35. Norman CD, Skinner HA, eHEALS: The eHealth Literacy Scale, Journal of Medical Internet Research 2006;8(4):e27
36. Kim H, Xie B. Health literacy in the ehealth era: a systematic review of the literature. Patient Education And Counseling 2017;100(6):1073-82.
37. Temizkan M, Erdem İ. Dil edinimi sürecinde okuma alışkanlığı ve işlevsel Okuryazarlık kavramları. 38. ICANAS Kongresi, Ankara, 2007.
38. Hanik B, Stellefson M. e-Health literacy competencies among undergraduate health education students: a preliminary study, International Electronic J Health Education 2011;14:46-58.
39. Akkoyunlu B, Kurbanoglu S. Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlığı ve bilgisayar öz-yeterlik algıları üzerine bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2003;24: 1-10.
40. Kurudayıoğlu M, Tüzel S. 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. Türklük Birimi Araştırmaları 2010;28:283-98.
41. Chan CV, Matthews LA, Kaufman DR. A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth literacy. AMIA Annu Symposium Proceedings Archive 2009;86-90.
42. Gömleksiz MN, Kan AÜ, Bozpolat E. Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlığına ilişkin görüşleri. Karadeniz Dergisi 2005;18:71-87.

43. Olla P, Shimskey C. m-Health taxonomy: a literature survey of mobile health applications. *Health Technol* 2015;4(4):299-308.
44. Tezcan, C. Sağlığa yenilikçi bir bakış açısı: mobil sağlık; 2016 Mart. Yayın No: TÜSİAD-T/2016-03/575.
45. Martinez P. R. A Qualitative Study on Patient Perceptions Towards mHealth Technology Among High Risk, Chronic Disease Patients (Dissertation).Cambridge: Harvard Medical School; 2015.
46. Mather C, Cummings E, Allen P. Nurses' use of mobile devices to access information in health care environments in australia: a survey of undergraduate students. *Jmir Mhealth and Uhealth* 2014;2(4):1-10.
47. Uysal B, Ulusinan E. Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi* 2020;1:46-60.
48. Greenspun H, Coughlin S. mHealth in an mWorld: How mobile technology is transforminghealthcare. Deloitte Center for Health Solutions; 2012.
49. Silva B. M. C., Rodrigues, J. J. P. C., Canelo F, Lopes M. C, Lloret, J. Towards a cooperative security system for mobile-health applications. *Electronic Commerce Research* 2014;629–54.
50. Bellman S, Potter R. F, Hassard S. T, Robinson J. A, Varan, D. The effectiveness of branded mobile phone apps, *J Interactive Marketing* 2011;191-200.
51. Kamsu Fogueu B, Fogueu C. Telemedicine and mobile health with integrative medicine in developing countries. *Health Policy Technol* 2014;3(4):264-271.
52. Liu C, Zhu Q, Holroydand K.A, Seng E. K. Status and trends of mobile-health applications for ios devices: a developer's perspective. *Journal of Systems and Software* 2011;84(11):2022-33.
53. Rajput M. Tracing the History and Evolution of Mobile Apps 2015. Url: <https://tech.co/news/mobile-app-history-evolution-2015-11> Erişim Tarihi:05.11.2021
54. Charland A, Leroux B. Mobile application development: web vs. native. *Communications ACM* 2011;54:49–53.
55. . Moorhead S, Hazlett D, Harrison L, Carroll J, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J Med Internet Res* 2013;15(4): e85.
56. Rolls K, Hansen M, Jackson D, Elliott D. How health care professionals use social media to create virtual communities: an integrative review. *J Med Internet Res* 2016;18(6):e166.
57. Perez M. B, Diaz T. I, Coronado L. M. Mobile health applications for the most prevalent conditions by the world health organization: review and analysis. *J Med Internet Res* 2013;15-6.

58. Öney Doğanyigit S. Sağlık Hizmetleri İletişiminde Mobil Sağlık: “Adımsayar” Uygulaması Örneği (tez). İstanbul: Galatasaray Üniversitesi; 2014.
59. Burke L E, Styn, MA, Sereika SM, Conroy MB, Ye L, Glanz K, Sevic MA, Ewing LJ. Using Mhealth technology to enhance self-monitoring for weight loss: a randomized trial. *Am J Prev Med* 2012;43(1):20-26.
60. Singh A, Wilkinson S, Braganza S. Smartphones and pediatric apps to mobilize the medical home. *J Pediatrics* 2014;165(3):606-10.
61. Huffman A. With the proliferation of mobile medical apps, which ones work best in the emergency department. *Ann Emergency Med* 2015;66(2):13-16.
62. mHealth App Economics 2017/2018. Url: <https://research2guidance.com/?download-link=6912> Erişim Tarihi: 18.11.2021
63. IQVIA Institute for Human Data Science Study: Impact of Digital Health Grows as Innovation, Evidence and Adoption of Mobile Health Apps Accelerate. Url: <https://www.iqvia.com/newsroom/2017/11/impact-of-digital-health-grows-as-innovation-evidence-and-adoption-of-mobile-health-apps-accelerate> Erişim Tarihi:18.11.2021.
64. Fox S, Duggan M. Mobile Health California Health Care Foundation. Washington: Pew Internet & American Life Project, 2012.
65. Özkoçak Y. Türkiye’de akıllı telefon kullanıcılarının oyalanma amaçlı tercih ettikleri mobil uygulamalar. *Global Media J Turkish Ed* 2016;6:106–30.
66. Free C,Phillips G, Watson L. The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* 2013;10(1):1-26.
67. Handel M.J. Mhealth (Mobile Health)-using apps for health and wellness. *Explore* 2011; 7(4):256-261.
68. Arslan P. Mobile Technologies as a Health Care Tool. Switzerland: Springer, 2016:11-37.
69. Aslantaş V, Kurban R, Çağlıkantar T. Kablosuz taşınabilir uzaktan sağlık izleme sistemlerinde sayısal imza kullanımı. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi* 2008;23(3):531-8.
70. Kahn J.G, Yang J.S, Kahn J.S. Mobile health needs and opportunities in developing countries. *Health Affairs* 2010;29(2):254-60.
71. Tezcan C. Sağlık dünyasından gelecek yansımaları. *Hospital Manager* 2016;20-6.
72. West D. How mobile devicesare transforming healthcare. *Issues in Technology Innovation* 2012;1-14.
73. Pope C, Halford S, Turnbull J, Prichard J. Cyborg Practices: Call-handlers and computerised decision support systems in urgentand emergency care. *Health Informatics Journal* 2014;20(2):118-26.

74. Mandl K, Mandel J. C, Kohane I. S. Driving innovation in health systems through an apps-based information economy. *Cell Systems Commentary* 2015;8-13.
75. Silva B. M, Rodrigues J.J, Torre Diez I. De La, Lopez-Coronado M. K, Saleem K. Mobile-health: a review of current state in 2015. *J Biomed Inform* 2015; 56:265-72.
76. Semple J. L, Sharpe S, Murnaghan M. L, Theodoropoulos, J, Metcalfe K. A. using a mobile app for monitoring post-operative quality of recovery of patients at home: a feasibility study. *JMIR Mhealth and Uhealth* 2015;3(1):1-11.
77. Demir H. Mobil Sağlık Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine İşlem Maliyeti Yaklaşımı Bağlamında Etkisi: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma (tez). İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2016.
78. Baig M. M, Hosseini G.H, Conolly J. M. Mobile healthcare applications: system design review, critical issues and challenges. *Australas Physical And Engineering Science in Medicine* 2015;38:23-38.
79. Ho K. Health-E-Apps: A project to encourage effective use of mobile health application. *British Columbia Medical Journal*;2013:55-10.
80. Hussain M, Al-Haiqi A, Zaidan A. A, Zaidan B. B, Kiah M. L. M, Anuar N. B, Abdalnabi M. The landscape of research on smartphone medical apps: Coherent taxonomy, motivations, open challenges and recommendations. *Comp Methods Programs in Biomed* 2015;122(3):393-408.
81. Deniz S. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan&İnsan Dergisi* 2020;7(24):84-96.
82. Nakas D. Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (tez). Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2017
83. Döner Güner P, Bölükbaşı H, Kokaçya SH, Yengil E, Özer C. Mustafa kemal üniversitesi öğrencilerinin mobil sağlık uygulamalarını kullanımı. *Konuralp Tıp Dergisi* 2018;10(3):264-8.
84. Arslan ET, Demir H. Üniversite öğrencilerinin mobil sağlık ve kişisel sağlık kaydı yönetimine ilişkin görüşleri. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2017;9(2):17-36.
85. Saygın E, Tolon M, Doğan B, Atalay KD. Covid – 19 pandemi döneminde e-sağlık okuryazarlığının incelenmesi üzerine bir araştırma. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi* 2021; 56(3):1559-75.
86. Ergün S, Kızıl Sürücüler H, Işık R. Ergenlerde e-Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Balıkesir örneği. *Jaren* 2019;5(3):194-203.
87. Erdoğan Özyurt T, Aydemir Y, Aydın A, Baran İnci M, Ekerbiçer H.Ç, Muratdağı G, Kurban A. İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi* 2020;10(Özel Sayı):1-10.

88. Hızarcı Ş. Gebelerin Sağlıklı Kilo Alımı İçin İnternet ve Mobil Sağlık Uygulaması İle Bilgi Arayışı (tez). İzmir: Ege Üniversitesi; 2020.
89. Mercan Y, Dizlek K, Süsim G, Gürez D, Akman Y. Sağlık amaçlı internet kullanımı ve mobil sağlık uygulamaları üzerine bir araştırma. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi 2020;1(1):66-76
90. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. J Mood Disord (JMOOD) 2016;6(1):47-8.
91. Coşkun S, Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gülhane Tıp Dergisi 2015;57:378-84.
92. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:270-1.
93. Yılmaz A, Saygılı M, Kaya M. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2020;31:148-57.
94. Özdemir R. E-sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi: İstanbul Kadıköy İlçesi Örneği (tez). İstanbul: Hamidiye Üniversitesi; 2021.
95. Fidan MM. 18 Yaş Üstü Bireylerin İnternette Sağlık Bilgisi Arama Davranışı, E- sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Durumlarının Değerlendirilmesi (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
96. Dal Ö. Sağlık hizmetlerinde büyük veri: mobil sağlık uygulamalarının kullanımını etkileyen faktörlerin genişletilmiş teknoloji kabul modeli ile incelenmesi (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2021.
97. Krebs P, Duncan DT. Health app use among us mobile phone owners: a national survey. JMIR Mhealth Uhealth 2015;3(4):1–15.
98. Ernsting C, Dombrowski SU, Oedekoven M. Using smartphones and health apps to change and manage health behaviors: a population-based survey. J Med Internet Res 2017;19(4):1–10.
99. Sağlık Bakanlığı Hayat Eve Sığar Mobil Uygulaması. Sağlık Bakanlığı Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, 2020. Url: <https://giresunism.saglik.gov.tr/TR,181641/hayat-eve-sigar-mobil-uygulamasi.html> Erişim tarihi: 10.03.22.
100. Basch CH, Maclean SA, Romero R, Ethan D. Health information seeking behaviour among college students. Journal of Community Health 2018;43:1094–9.
101. Tubaişat ve Habiballah'ın yaptıkları çalışmaya katılanların %70,2'si Tubaişat A, Habiballah,L. E-Health literacy among undergraduate nursing students. Nurse Education Today 2016;42:47-52
102. Park H, Lee E. Self-reported eHealth literacy among undergraduate nursing students in South Korea: a pilot study, Nurse Education Today 2015;35(2):408-13.

103. Altındış S, İnci MB, Aslan FG, Altındış M. Üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(2):359-70.
104. Elciyar K, Taşçı D. Siberkondri ciddiyet ölçeği'nin anadolu üniversitesi iletişim bilimleri fakültesi öğrencilerine uygulanması. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi* 2017;2(4):231-44.
105. Juan C, Xiaorong H, Wenglong Z. Influencing factors of consumer health information seeking behavior via. *Cross-Cultural Communication* 2016;12(6):1-8.
106. Juan C, Xiaorong H, Wenglong Z. Influencing factors of consumer health information seeking behavior via. *Cross-Cultural Communication* 2016;12(6):1-8.
107. Zare Fareshbandi F, Lalazaryan A, Rahimi A, Zadeh, A.H. How health information is received by diabetic patients? *Advance Biomed Res* 2015;4(1):126-46.
108. Wong DK, Cheung MK. Online Health Information Seeking and eHealth Literacy Among Patients Attending a Primary Care Clinic in Hong Kong: A Cross-Sectional Survey. *J Med Internet Res* 2019;21(3):e10831.
109. Dilek U, Şeremet, G. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma* 2020;6(2):38-394.
110. Çizmeci E, Deniz S. Çevrimiçi ortamlarda kronik araştırmalar: Türkiye'deki diyabet hastaları ve sağlıklı bireylerin e-sağlık okuryazarlığı. *Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi* 2017;15:71-86.
111. Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: A cross-sectional survey vol. 20, *BMC Medical Informatics and Decision Making*. Bio Med Central Ltd 2020;1-9.
112. Rosalia Vicente M, Madden G. Assessing eHealth skills across Europeans. *Heal Policy Technol.* 2017;6(2):161-8.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1: Lily (Zambak) modeli.....	7
Şekil 2: 2016-2025 Toplam Küresel M-Sağlık Pazarı Tahminleri	8

TABLolar

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	19
Tablo 2: Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanımına İlişkin Özellikler	21
Tablo 3: Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi sonuçları	22
Tablo 4: Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Anketi Sonuçları	24
Tablo 5: Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İfadelerine Katılım Sonuçları.....	26
Tablo 6: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	27
Tablo 7: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı (MSUKA) ve E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı (ESOA) Anketleri Puan Ortalamaları.....	29
Tablo 8: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	31
Tablo 9: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı ve Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	32
Tablo 10: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Faktörler	33

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Cansu
Soyad:	KIRAL
Görev Yeri:	Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi
Yabancı Dil:	İngilizce, Almanca

Tarih	Eğitim
2011-2015	Tekirdağ Anadolu Lisesi
2015-2019	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
2019-...	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
İş Tecrübesi	
2019-2020	Tekirdağ Devlet Hastanesi
2020-...	Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi

EKLER

EK 1- Sosyodemografik Özellikler Anketi

EK 2- Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi

EK 3- E-Sağlık Okuryazarlığı Algısı Anketi

EK 4- E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

EK 5- Ölçek Kullanım İzni

EK 6- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul İzni

EK-1

TOPLUMUN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKETİ

Değerli katılımcılar,

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Cansu Kırıl tarafından tez çalışması kapsamında Dr. Öğretim Üyesi Kübra İncirkuş danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışma için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK-2021/286 numaralı etik kurul izni alınmıştır. Bu çalışmada toplumun e-sağlık okuryazarlığı algısı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısını belirlemek amaçlanmıştır. Verilen sorularda doğru ya da yanlış cevap yoktur, sizin için en uygun cevabı veriniz. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstedığınız anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz, bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılarak zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

İletişim ve sorularınız için:

Cansu KIRAL

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Onaylıyorum

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3. Eğitim Durumunuz: İlköğretim Lise Üniversite Lisansüstü

4. Mesleğiniz nedir?

5. Yaşadığınız Yerleşim Yeri: İl İlçe Köy

6. Yaşadığınız ilin adı nedir?

7. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

8. Şu Anki Gebelik Durumunuz: () Var () Yok

9. Çocuk Sayınız:.....

10. Gelir Düzeyiniz:

() 0-1000 TL

() 10001-2000 TL

() 2001-3000 TL

()3001-4000 TL

() 4001 TL üstü

11. Kronik Hastalık Durumunuz: () Var () Yok

12. Genel Sağlık Durumunuzu Nasıl Değerlendiriyorsunuz?

()Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

EK-2

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARINI KULLANMA ALGISI ANKETİ

1. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanırım

Hiçbir zaman

Nadiren

Ara sıra

Çoğunlukla

Her zaman

2. Telefonunuza hiç mobil sağlık uygulaması yüklediniz mi?

Evet

Hayır

3. Telefonunuzda hangi mobil sağlık uygulamaları yüklü?(birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

Hiçbiri

Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS)

E-Nabız

Hayat Eve Sığar

Diyet/Egzersiz Uygulamaları

Adımsayar

Adet Takvimi

Sigarayı Bırakma

Su İçme Hatırlatıcı

- Uyku Programı
- İlaç Hatırlatıcı
- Diyabet Günlüğü
- Diğer

4. Mobil Sağlık Uygulamalarını yararlı buluyorum

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

5. Mobil sağlık uygulamalarına güvenirim

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

6. Mobil sağlık uygulamalarını kullanma tercihinizi etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kullanmıyorum
- Planlama yapmama yarar sağlıyor
- Mobil sağlık uygulamalarını kullanırken sağlığıma daha çok dikkat ediyorum
- Mobil sağlık uygulamalarından faydalı bilgiler ediniyorum

- Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak beni motive ediyor
- Mobil sağlık uygulamalarından hatırlatıcı olarak yarar sağlıyorum
- Çevremden mobil sağlık uygulamalarıyla ilgili olumlu yorumlar duyuyorum
- Bir sağlık çalışanının önerisiyle kullanıyorum
- Diğer

7. Mobil sağlık uygulamalarını kullanmama tercihinizi etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kullanıyorum
- Düzenli bir şekilde kullanabileceğimi düşünmüyorum
- Yararlı görmüyorum
- Bilgilerin doğruluğuna güvenmiyorum
- Akıllı telefonumda yeterli depolama alanı yok
- Mobil sağlık uygulamaları ücretli
- Mobil sağlık uygulamaları hakkında yeterli bilgim yok
- Diğer

8. Mobil Sağlık uygulamalarını hangi amaçlarla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kullanmıyorum
- Covid-19 konusunda bilgi sahibi olmak
- Hastane randevusu almak
- Sağlık kayıtlarına erişmek
- Gün içinde atılan adımları hesaplamak
- Kalori hesaplamak

- Su tüketimini takip etmek
- Şeker hastalığını yönetmek
- İlaç içmeyi hatırlamak
- Kilo vermek
- Adet döngüsünü takip etmek
- Gebelik takibi yapmak
- Diğer.....

9. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanmak Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirmeme Destek Oluyor

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

EK-3

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ALGISI ANKETİ

1. İnternette Sağlık Bilgisi Edinirim

Hiçbir zaman

Nadiren

Ara sıra

Çoğunlukla

Her zaman

2. İnternette edindiğim sağlıkla ilgili bilgileri yararlı buluyorum

Hiçbir zaman

Nadiren

Ara sıra

Çoğunlukla

Her zaman

3. İnternette Edindiğim sağlık bilgisine güvenirim

Hiçbir zaman

Nadiren

Ara sıra

Çoğunlukla

Her zaman

4. Bir Sağlık Kurumuna Başvurmadan önce internetten Őikayetiminle ilgili bilgi ararım

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

5. İnternette edindiğim bilgiye göre kendi kendime tedaviye başlarım

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

6. İnternette edindiğim bilgiye göre kendi kendime tedaviyi bırakırım

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

7. Hekimin verdiği tedaviyi uygularken internetten tedavimle ilgili bilgi arayışında bulunurum

- Hiçbir zaman
- Bazen

- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

8. İnternette edindiğim sağlıkla ilgili bilgiler sağlığımı geliştirmeme destek oluyor

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Ara sıra
- Çoğunlukla
- Her zaman

EK-4

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

1*.Sağlığınız hakkında karar vermenize yardımcı olmada; internetin ne kadar **yararlı** olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç yararlı değil Yararlı değil Kararsızım Yararlı Çok Yararlı

2*.İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek, sizin için ne kadar **önemlidir**?

Hiç önemli değil Önemli değil Kararsızım Önemli Çok önemli

	Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyor um	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
3.İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.					
4.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (hangi sitelerde) bulacağımı biliyorum.					
5.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.					

6.Sağlığımla ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (forum, e-dergi, e-kitap vs) biliyorum.					
7.İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
8.İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.					
9.İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim.					
10.Sağlıkla ilgili kararlarımda internette elde ettiğim bilgileri kullandığımda kendimi güvende hissedirim.					

*İlk iki madde hesaplanmaya katılmamaktadır.

Bu ölçek; internet kullanmayla ilgili 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; 5’li likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum” şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

EK-5

<    ...

E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Kullanım İzni Talebi

Gelen kutusu 

 ben 18 Kas 2021  ...
alıcı: sabahat.coskun v

Sayın Hocam,
Ben Cansu Kıral. Trakya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisansı yapmaktayım.Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ'tur. Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" ni "Toplumun E-Sağlık Okuryazarlığı ve Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumlarının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak için izninizi talep ediyorum.
İyi çalışmalar dilerim.

 sabahat.coskun 19 Kas 2021  ...
alıcı: ben v

Merhabalar,
Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar dilerim. Ölçek ile ilgili bilgiler Ek'dir. İyi çalışmalar dilerim.
Sevgiler,

1- e-sağlık okuryazarlığı öl...



Doküman

adolesanlarda-e-saglik-okuryaza...



PDF

EK-6

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2021/286	
	PROTOKOL ADI	Toplumun E-Sağlık Okuryazarlığı ve Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumlarının Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Cok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:13/24		Tarih:14.06.2021
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Cassu KIRAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Üvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diğ Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişkili
**Toplantıda Bulunma