



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ: MUĞLA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Özge GÜL

MUĞLA-2024

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ: MUĞLA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Özge GÜL

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Saffet OCAK**

MUĞLA-2024

TEZ ONAYI

Özge GÜL tarafından hazırlanan “E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Muğla İlinde Bir Araştırma” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Saffet OCAK (İmza)
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN (İmza)
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tezcan ŞAHİN (İmza)
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Tez savunma tarihi: 08.02.2024

Bu tez Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

08.02.2024

(İmza)

Özge GÜL

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Muğla İlinde Bir Araştırma” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

08.02.2024

(İmza)

Özge GÜL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bana yalnızca akademik danışmanlık yapmakla kalmayıp, bu süreçte karşılaştığım hem akademik hem de hayata karşı her zorlu koşulda yanımda olarak bana destek olan, bana inancını hiçbir zaman kaybetmeyen, bir öğretmen değil bir ağabey olarak yaklaşan ve sabırla tüm bu süreçleri atlatmama yardımcı olan kıymetli ve sevgili danışmanım **Prof. Dr. Saffet OCAK'a** teşekkürü bir borç bilirim.

Eğitim hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma, hocalarıma, sevdiklerime ve yakınlarıma teşekkür ederim. Bu süreçte moralimin yüksek olması için bana özenle yaklaşan kardeşlerim **Tahsin Paşa GÜL** ve **Baran Bahri GÜL'e** teşekkür ederim.

Son olarak hayatımdaki en değerli insan olan, 12 yıldır hem annelik hem babalık görevini layıkıyla yerine getiren, bizim için elinden gelen her şeyi yapan ve gülüşüne dünyaları sığdıran annem **Zübeyde GÜL'e** ömrümün sonuna kadar minnettar kalarak teşekkür ederim.

Tez çalışmamı 23.10.2011 Van Depreminde başta babam **Murat GÜL** olmak üzere tüm hayatını kaybedenlere ithaf ediyorum.

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ: MUĞLA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

ÖZET

Bu araştırmanın amacı bireylerin e-sağlık okuryazarlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerini, bunları etkileyen sosyo-demografik faktörleri, e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma nicel bir araştırma olup kesitsel tiptedir. Araştırma Muğla ilinde yaşayan 18 yaşını doldurmuş gönüllü bireyler ile yapılmış olup 488 kişiye ulaşılmıştır. Sosyo-demografik verilere ilişkin anket formu, e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (SYBD II) ölçeğinden oluşan 3 bölüm ve toplam 79 soruluk anket formu Google Forms aracılığıyla çevrimiçi ortama aktarılarak internet aracılığıyla gönüllü bireylere ulaştırılmıştır. Toplanan veriler SPSS 22.0 paket program ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri orta düzeyde, e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ise orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. SYBD II ölçeğine ait alt boyutlar incelendiğinde ise sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetiminin orta düzeyin altında olduğu; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler düzeylerinin ise orta seviyede olduğu görülmüştür. e-sağlık okuryazarlık düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ile SYBD II ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişkiye göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif ve düşük düzeyde; manevi gelişim alt boyutu düzeyi ve SYBD II düzeyi arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişki olması sebebiyle sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık politikalarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: e-sağlık okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Muğla

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN E-HEALTH LITERACY LEVEL AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS: A RESEARCH IN MUĞLA PROVINCE

ABSTRACT

The aim of this research is to examine individuals' levels of e-health literacy and healthy lifestyle behaviors, the socio-demographic factors affecting these, and the relationship between e-health literacy and healthy lifestyle behaviors. The research is a quantitative research and is of cross-sectional type. The research was conducted with volunteer individuals over the age of 18 living in Muğla province and 488 people were reached. The survey form regarding socio-demographic data, 3 sections consisting of the e-Health Literacy Scale and the Healthy Lifestyle Behaviors II (SYBD II) scale and a survey form with a total of 79 questions were transferred online via Google Forms and delivered to volunteer individuals via the internet. The collected data were analyzed with the SPSS 22.0 package program. According to the findings, people's healthy lifestyle behavior levels were found to be at a medium level, and their e-health literacy levels were found to be above the medium level. When the sub-dimensions of the SYBD II scale are examined, it is seen that health responsibility, physical activity, nutrition and stress management are below the medium level; It was observed that the levels of spiritual development and interpersonal relations were at medium levels. It has been determined that there are statistically significant differences in e-health literacy level in terms of age, gender, education level and income level. According to the relationship between participants' e-health literacy and SYBD II and sub-dimension scale scores, there are positive and low levels of e-health literacy level and sub-dimensions of health responsibility, physical activity, nutrition, interpersonal relations and stress management; It was determined that there was a positive and moderately significant relationship between the spiritual development sub-dimension level and the SYBD II level. As a result, since there is a positive relationship between healthy lifestyle behaviors and e-health literacy, it is recommended to organize health policies to improve health.

Keywords: e-health literacy, Healthy Lifestyle Behaviors, Muğla

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi.....	4
2.1.1. Sağlığı Geliştirme Kavramı ve Tarihi Gelişim Süreci.....	5
2.1.2. Sağlığı Geliştirme Modeli.	11
2.1.3. Türkiye’de Sağlığı Geliştirme Uygulamaları.	13
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	14
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Kapsamı.....	14
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	17
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları	28
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	30
2.3. e-Sağlık Okuryazarlığı	31
2.3.1. e- Sağlık	32
2.3.2. e-Sağlığın Kapsamı.....	34
2.3.3. e-Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	37
2.3.4. e-Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	42
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	44
2.4.1. Sağlık Davranışı	44
2.4.2. Sağlık Davranışını Etkileyen Faktörler.....	44
2.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Bileşenleri	45
2.5. e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki	51
3. YÖNTEM.....	54
3.1. Araştırma Modeli.....	54
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali	55

3.3. Veri Toplama Araçları	56
3.4. Veri Toplama Süreci	57
3.5. Deneysel Kurgu	58
3.6. İstatistiksel Analiz	58
3.7. Etik Onay	59
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	59
4. BULGULAR	60
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	92
6.1. Sonuçlar	92
6.2. Öneriler	95
KAYNAKLAR	98
EKLER	120
Ek. 1: ETİK KURUL ONAYI	120
Ek. 2: KURUM İZİN ONAYI	121
Ek. 3: FORMLAR (VERİ/KAYIT FORMLARI/ ANKET FORMLARI/ vb.)	122
Ek. 4: ÖZ GEÇMİŞ	128

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ALA: American Library Association

BKI: Beden Kitle indeksi

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

Covid-19: SARS-CoV-2 viüsünün neden olduğu Coronavirus disease 2019

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

e-HEALS: The eHealth Literacy Scale

HACCP: Hazard Analysis and Critical Control Points

HDL: High Density Lipoprotein

ITU: International Telecommunication Union

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

SYBD II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

vb.: ve benzeri

vd.: ve diğerleri

WHO: World Health Organization

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Revize Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.	13
Şekil 2.2. Potansiyel Müdahale Alanları.....	16
Şekil 2.3. Hastanın sağlık okuryazarlığı, sağlık bakım sürecine katılım ve sağlık arasındaki olası yollar.	19
Şekil 2.4. Lee Modeli.	20
Şekil 2.5. Baker Modeli.	22
Şekil 2.6. Sağlık okuryazarlığı: Bir konsept modeli.	23
Şekil 2.7. Manganello Modeli.	25
Şekil 2.8. Sağlık okuryazarlığının bütünleşmiş modeli.	27
Şekil 2.9. e-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli.	38
Şekil 2.10. e-Sağlık Okuryazarlığı Modeli.	41

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Eysenbach'ın e-Sağlık İçeriği.....	33
Tablo 3.1. Araştırmaya Katılanların Ölçek Puanlarına İlişkin Güvenilirlik Analizi ve One Sample Kolmogorov-Smirnov (K-S) Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 3.2. Ölçek Puan Ortalamaları Değerlendirme Aralıkları.....	59
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımları	61
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların İnternet Kullanım Bilgilerine ve Kullanım Amaçlarına İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımları	63
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	64
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	65
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların BKİ Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	66
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Mann Whitney U Analizi Sonuçları	67
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Mann Whitney U Analizi Sonuçları	68
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	69
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların İkamet Ettikleri Yerleşim Yerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	71
Tablo 4.10. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	72
Tablo 4.11. Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	73
Tablo 4.12. Araştırmaya Katılanların Günlük İnternet Kullanım Sürelerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	75
Tablo 4.13. Araştırmaya Katılanların İnternette Hastane Randevusu Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	76
Tablo 4.14. Araştırmaya Katılanların Sağlık Güvencesi Olması Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları	77
Tablo 4.15. Araştırmaya Katılanların E-Sağlık Okur Yazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları.....	78

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze uzanan sağlığın ne olduğu ve nasıl geliştirilebileceği serüveni bize sağlığın yalnızca ülkelerin politika belirleyicileri tarafından geliştirilen sağlık sistemleri ile değil aynı zamanda bireyin sağlıklı yaşam davranışları sergilemesi ve kendi sağlığı üzerinde sağladığı kontrolü ile paralellik gösterdiğinde ilerleme kaydedilebileceğini göstermiştir. 1978’de Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri hakkındaki konferansta dünya üzerindeki tüm bireylerin sağlıklarının korunması, daha iyi hale getirilebilmesi adına tüm hükümetlerin, sivil toplum kuruluşlarının ve dünya toplumunun sürece dâhil edilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (WHO, 1978). Takip eden süreçte ise 1984’te ‘Herkes İçin Sağlık’ hareketi başlatılarak devletlerin sağlık politikalarını efektif hale getirme amaçlanmıştır (WHO,1993). DSÖ tarafından gerçekleştirilen sağlığı geliştirme konferanslarının her birinde herkes için sağlık hedeflerini gerçekleştirmek için neler yapılabileceği ve eylem planları ele alınmıştır. Yapılan konferanslarda günümüze doğru yaklaştıkça politika belirlemenin yanı sıra bireyin sağlığı üzerindeki sorumluluğu, sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışının geliştirilmesinin öneminin gün geçtikçe arttığını görmekteyiz.

Kronik hastalıkların dünya üzerinde gerçekleşen ölümlerin çok büyük bir kısmından sorumlu olması, geçtiğimiz yüzyılda bebek ölümlerinin önde gelen sorunlardan olması ve bulaşıcı hastalıkların hâlen ciddi tehdit oluşturması, bireyin kendi sağlığı üzerindeki yaşam tarzı biçiminden kaynaklanan etkinin bir sonucu olarak görülebilir (Can, 2020; Erdağ, 2015; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Bireylerin ve dolayısıyla toplumların sağlığının geliştirilmesi ve yükseltilmesi ciddi önem taşımaktadır. Bu noktada bireyin öz bakım yeterliliği, sağlık çalışanlarıyla iletişimi, ilaçlarının doğru kullanımını öğrenmesi ve tıbbi personel tarafından kendisine verilen form ve bilgi metinlerini anlayabilmesi hastalıkların tedavisi için büyük önem teşkil etmektedir (Sezgin,2013). Sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılan bu beceri düzeyi arttıkça bireyin sağlık arama ve sağlığını geliştirme davranışları gösterdikleri görülmüştür (Weiss, 2009).

Bulunduğumuz çağda her geçen gün bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımının ve bilgiye erişimin internet üzerinden yapılmasının artmasıyla birlikte bireylerin sağlık

hakkında bilgiye erişimleri kolaylaşmıştır. Bununla beraber bireyin sağlıkla alakalı verileri arama, anlama, değerlendirme süreçlerinde elde ettiği bilgileri eleştirel düzeyde kullanabilme yetisi olarak e-sağlık okuryazarlığı ciddi önem kazanmıştır (Deniz, 2020; Erdoğan, 2019). Zira bireyin sağlıkla ilgili bilgi edinme yolları arasında her ne kadar kişiler arası ilişkiler ile sağlansa da (akran, akraba, sağlık hizmeti sunucuları vb.) günümüzde medya ve sosyal medya enformasyon açısından ciddi kaynaklar olarak görülmektedir (Çınarlı, 2015). Sağlıkla ilgili inanç, tutum ve davranışlar üzerinde medyanın şekillendirici ve etkileyici özelliği bulunmaktadır (Parrot, 2006).

Yalnızca internete erişimi bulunan bir cihaz ile sosyal medyaya erişimin sağlanabildiği günümüzde sosyal medyadaki bilgi kirlilikleri, yanlış bilgiler ve uygulamalar ile yapılan yönlendirmeler toplum sağlığını etkileyerek olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir (Bulunmaz, 2016; Hızal, 2021). Bireylerin sahip oldukları e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin internette sağlık bilgisi arama süreçleri, mevcut bilgi düzeyleri, edindikleri bilgileri değerlendirebilmeleri, çıktı olarak sağlık davranışına dönüştürmeleri ciddi önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam becerileri hakkında bireylerin güçlendirilmesi açısından topluma da yansiyarak beraberinde pek çok kazanım getirebilir (Sezgin, 2013). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, günlük hayatta bireylerin iyilik halini etkileyen tüm davranışların kontrol edilebilmesi ve bireyin sağlığına uygun olan davranış biçimlerini seçebilmesi, uygulamasıdır. Pender (1992)'e göre bu davranışlar; sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, ruhsal gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt başlıklarından oluşmaktadır. Pender'in Sağlığı geliştirme modeli olarak bilinen bu modele göre bireyde sağlığı geliştirecek davranışlar bilişsel algısal, değiştirici ve davranışın oluşmasını etkileyen faktörlerdir. Bireylerin bu faktörleri değiştirip geliştirebilmesi ise sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesiyle mümkündür.

Yapılan literatür taramasında bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili çalışmalara az rastlanılmıştır. Hem sayı olarak hem de yapılan çalışmaların çoğunun yaş grubu olarak adölesan ve üniversite öğrencileri ile sınırlı olduğu görülmüştür. Toplumun sosyo-demografik (yaş, gelir durumu, eğitim düzeyler vb.) verilerini daha geniş kapsamla içeren heterojen bir örneklem ile yapılan araştırma sayısı daha az olabilir. Araştırmamız bu açıdan diğerlerinden farklılık gösterdiği ileri sürülebilir. Bu nedenle araştırmada bireylerin e-

sağlık okuryazarlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerini, bunları etkileyen sosyo-demografik faktörleri, e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi inceleme amaçlanmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı hangi düzeydir?
- Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları hangi düzeydedir?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde farklılaştırıcı etkisi var mı?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşama biçimi davranışları düzeyleri üzerinde farklılaştırıcı etkisi var mı?
- Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tüm alt boyutları arasında bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın ikinci bölümünde sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dair literatür taraması yapılmış, kavramların açıklamaları tarihsel süreçleri ve kavramsal modelleri incelenmiştir. Ayrıca e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye değinilmiştir. Üçüncü bölümde ise araştırmaya yönelik yöntem ve araştırma deseni anlatılmıştır. Kullanılan ölçeklerin bilgisi, istatistiksel analiz yöntemi, evren ve örneklem seçimi, araştırmanın sınırlılıklarından bahsedilmiştir. Dördüncü bölüm verilerin analizinden sonra elde edilen bulgular, beşinci bölüm ise yapılan çalışmalara atıf yapılarak oluşturulan tartışma kısmını içermektedir. Sonuç ve önerilerin yer aldığı altıncı bölüm ile çalışma tamamlanmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği veri toplama formu ve etik onay ek olarak sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında yapılan literatür taraması sonucunda elde edilen detaylı bilgilere sırasıyla yer verilmiştir.

2.1. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramları çoğu kez karıştırılan, birbiri yerine kullanılan kavramlar olmakla beraber aslında birbirinden farklı fakat birbirlerini tamamlayan kavramlardır. Sağlığın korunması bireyde bir hastalığın oluşmasını engellemeyi, mevcut hastalık gelişme gösteriyorsa ilerlemesini durdurmayı ve bireyin bedenini koruyarak hastalığın zararlı etkilerini kontrol altında tutmayı ifade eder. Bireye yönelik önlemlerin yanı sıra insan sağlığını tehdit edici biyolojik, fiziksel, kimyasal faktörlerin kontrol altında tutulmasını da kapsamaktadır (Özvarış, 2001). Sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan kişiye ve çevreye yönelik sağlığı koruyucu hizmetler ile gerçekleştirilmektedir.

Toplumda yaşayan bireylere sağlıklı çevresel bir ortam sağlamayı amaçlayarak; atık yönetimi, vektörlerle savaşılmaması, temiz suya erişim, hava ve gürültü kirliliği ile mücadele, besin sanitasyonu, iş sağlığı ve güvenliği, radyoloji atık denetimi gibi birçok konuda sağlık hizmet sunucularının ve diğer sektörlerin iş birliğine dayalı hizmetler çevreye yönelik sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Gavaz, 2010; Tengilimoğlu vd., 2011; Yaradılmış, 2019). Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise yine bireylerin sağlıklarını koruma amacıyla sağlık sunucuları tarafından sağlanan; üreme sağlığı, sağlık ve kişisel hijyen eğitimleri, beslenme eğitimleri, bağışıklama, egzersiz, erken tanı ve tedavi uygulamaları, aile planlaması, ilaçla koruma gibi daha çok bireylerin etkin katılımının olduğu hizmetlerdir. Amaç olarak toplumun bireylerini güçlendirerek hastalıkların önlenmesi ve gerçekleşmeleri halinde ise en az hasar ile atlatılmasını hedeflemektedir (Akdur,2006).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki Sağlık Bakanlığına ait yönergeye göre; toplumun sosyoekonomik ve kültürel yönünün kalkındırılarak genel yaşama ilişkin önlemlerle hastalık yapıcı etmenlerin etki düzeylerinin azaltılması temel

(primordiyal) korunmadır. Bir bireyde hastalık henüz başlamamışken çevresel etmenler ve sağlığı etkileyecek olumsuz davranışların (sigara içmek, hijyen kurallarına uymama vb.) önüne geçilmesi amacıyla toplum eğitimlerini kapsayan önlemlere birincil (primer) korunma denir. Hastalıkların belirti vermediği ya da hafif semptomlar ile erken tanı yöntemleri kullanılarak teşhis edilerek tedavilerinin yapıldığı hizmetler ikincil (sekonder) korunma iken klinik bulgu ve belirtilerin ortaya çıkmasından sonra bireyin en iyi şekilde tedavi edilmesi süreci ve hastalığı atlattıktan sonraki rehabilite süreçlerini kapsayan uygulamalar üçüncül (tersiyer) korunma olarak kabul edilmektedir (TTB, 2005).

2.1.1. Sağlığı Geliştirme Kavramı ve Tarihi Gelişim Süreci

Sağlığı geliştirme kavramının doğuşu ise, sağlığın temel insan haklarından biri olarak kabul edilmesine ve sağlığın tanımının bütüncül olarak yapılmasına dayanmaktadır. 1948 yılına kadar sağlığın tanımlanmasında birçok yaklaşım geliştirilmiş ve her yaklaşım yalnızca bir perspektiften ele alarak tanımlama yapmakla yetinmiştir (Çınarlı, 2004). Sağlığı, hastalığın yokluğu şeklinde tanımlayan negatif yaklaşımlar yerine pozitif ve bütüncül bir tanım yapılmasına giden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); sağlığı sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (WHO,1948 Aktaran; Grad, 2002).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (1948) 25. Maddesinde yer alan '*Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.*' şeklindeki ibare ile süreç başlamıştır. 1961 Avrupa Sosyal Şartı ve 1966'da yayımlanan Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesinin maddeleri ile desteklenmiştir (Çınarlı, 2004).

Avrupa Sosyal Şartı'nın (1961) 11. Maddesinde; sağlığın korunması hakkının taraf devletlere etkin biçimde kullanılması için yükümlülük yüklemiştir. Bu maddeye göre devletler; bireylerin sağlıkları ile ilgili kişisel bir sorumluluk duygusu geliştirebilmesini sağlayabilmek adına danışma ve eğitim hizmetleri sağlama, sağlığın bozulmasına neden olan unsurları ortadan kaldırma, salgın hastalıklar, kazalar, yöresel ve diğer hastalık türlerini önleme üzerine önleyici çalışmalar yapmayı taahhüt etmiştir

(Çınarlı, 2004). Bu yasal gelişmeler sağlığı geliştirme kavramının ortaya çıkmasını ve tanımlanmasının yapılması çabalarını doğurmuştur.

Kavram hakkında yapılan tanımlamaların içeriği itibarıyla çok daha erken yıllarda halk sağlığı tanımlamalarının kapsamına alınmış olmasına rağmen sağlığı geliştirme kavramı kendi başına ilk olarak 1974 yılında Lalonde tarafından tanımlanmıştır. Lalonde, (1974) bu kavramı, kurumların ve bireylerin bedensel ve ruhsal sağlıklarına etki eden konularda daha aktif bir rol oynayabilme, sorumluluk alabilmelerini sağlamak için; bilgi verme, yardım etme ve etkilemeyi amaçlayan stratejiler bütünü olarak tarif etmiştir.

1980 yılına gelindiğinde Green (1980), sağlığı daha iyi hale getirecek olan çevresel ve davranışsal değişiklikleri kolaylaştırmak için tasarlanan sağlık eğitimi ile ilgili politik, ekonomik ve organizasyonel müdahalelerin toplamının bir kombinasyonu şeklinde tanımlamıştır. Kar tarafından 1989 yılında yapılan tanıma göre; sosyal, çevresel ve davranışsal belirleyicileri en uygun olan seviyede tutarak, sağlık ile ilgili risklerin engellemek ve iyi olma halinin geliştirilmesi olarak ifade edilmiştir (Glanz vd., 2008) O'Donnell ise yine aynı yıllarda sağlığın geliştirilmesini insanları optimal sağlık durumuna ulaştırmak için yaşam tarzları seçimlerine yardımcı olan, bilim ve sanat dalı olarak tanımlamıştır (Rootman vd., 2001). Epp (1987)'e göre bireylerin, toplumların sağlığını rehabilite etme amacıyla sağlığı etkileyen unsurların üzerindeki denetimi yükseltmeyi sağlayan bir süreçtir (Şentürk, 2020).

DSÖ'nün Ottawa Sözleşmesinde ise kavramsal çerçeve, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırma ve sağlıklarını geliştirmeyi sağlama süreci olarak tanımlanmıştır (WHO, 1986). Yapılan tanımlamalara bakıldığında genel olarak bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, mevcut iyi olma halinin korunması ve sonuçta toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinin hedeflendiği; refah seviyesini arttıracak çevresel, sosyal, politik adımların atılması ve bireylerin davranışsal becerilerinin geliştirilmesi üzerinde durulduğu görülmektedir.

Alma-Ata bildirisinde (1978) sağlık, birçok sosyal ve ekonomik sektörün çabasıyla gerçekleştirilecek bir amaç olarak nitelendirilmiştir (WHO,1978). 1977 yılında 'Herkes İçin Sağlık' hareketinin başlatılmasını takip eden bu süreçte 1984

yılında sağlının geliştirilmesi ve teşviki kavramı ve ilkelerine dair bir müzakere belgesi yayımlanmış ve kavramsal bir çerçeve çizilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı , 2011a).

1986 yılının 17-21 Kasım tarihlerinde gerçekleştirilen ilk konferans Ottawa’da olup, konferans sonucunda Ottawa Sözleşmesi yayımlanmıştır. Ottawa sözleşmesi, sağlığı hayatın amacı olarak değil yaşamın günlük işleyişı için bir kaynak olarak tanımlar. Sağlının gerçekleştirilmesi için sunduğu ön şartların yalnızca sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili değil; *gıda, istikrarlı ekosistem, barış, refah, sosyal adalet, hakkaniyet, eğitim, sürdürülebilir kaynaklar ve gelir durumuyla* ilintili olduğuuna vurgu yapar. Temelde sağlıklı halk politikaları oluşturmak ve bunların uygulanabileceği destekleyici nitelikteki çevrenin oluşturulması ile başlayan sürecin, toplumun ve bireylerin atacağı somut adımlarla sağlamlaşması gerektiğini ifade eden sözleşmede geleceğe yönelik hareket etmeye vurgu yapılır. Ottawa sözleşmesinde sağlının geliştirilmesi için belirlenen beş temel strateji aşığıda sıralanmıştır. Bu temel stratejiler sonraki konferanslarda da ele alınarak irdelenmiştir (WHO,1986);

- Sağlıklı halk politikası oluşturma,
- Topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi,
- Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi,
- Destekleyici çevreler oluşturma,
- ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesidir.

1988 yılında gerçekleştirilen İkinci Uluslararası Sağlının Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansında Alma Ata ve Ottawa’da alınan kararların devamı niteliğinde kararlar alınmıştır. Konferansa katılan 40 ülke ve 220 katılımcı Sağlıklı Halk Politikaları oluşturma ve süreçteki deneyimlerini aktarmıştır. Sağlık değerı, erişim ve gelişme, hakkaniyet, sağlığa yönelik hesap verebilirlik gibi birçok konuya değinilmiştir. Sağlıklı halk politikasına dair hızlı eylem adına dört kilit konu olan; gıda ve beslenme, kadın sağlığı, tütün/alkol ve destekleyici çevrelerin yaratılmasını öncelik olarak değerlendirmiştir. Her ülkenin kendi halk sağlığı politikasının küresel halk sağlığını belirleyecek olması sebebiyle politika belirleyicilerinin kararlarını etkileyebilmek adına eğitim kurumları, araştırmacı ve ajansların arabuluculuk yapmalarının altı çizilmiştir.

Literatüre Adelaide Tavsiyeleri olarak geçen bildiri sonuçta küresel sağlığın sağlanması adına taraflarca taahhüt edilmiştir (WHO,1988).

1991 yılına gelindiğinde Üçüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın konusunu ağırlıklı olarak destekleyici çevre oluşturmuştur. Bu konferansta çevrenin sürdürülebilirliği ve sağlığı destekleyici hale getirilmesi hakkında tüm tarafların, politika oluşturucuların, toplum aktivistlerinin, karar mercilerinin rolü olduğu vurgulanmıştır. Dünya genelindeki yoksulluk, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik, temiz su kaynaklarına ulaşamama vb. sebeplerle 'Herkes için Sağlık' hedeflerine ulaşmanın imkânsızlığına vurgu yapılmıştır. Savaşların ve politik süreçlerin sürdürülebilir kalkınmaya engel olması, bireylerin giderek yalnızlaşmasıyla toplumsal çevrenin sağlığı tehdit eder hale gelmesi gibi birçok eylem alanından bahsedilmiştir. Sağlıklı bir yaşam ve sağlığın geliştirilmesi sağlanırken aynı zamanda sürdürülebilir bir çevrenin de korunmasına vurgu yapılan Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi, taraflarca kabul edilmiştir (WHO, 1991).

Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı ise 1997 yılında Jakarta'da gerçekleştirilmiştir. İlk kez gelişmekte olan bir ülkede yapılan bu konferansın önceki tüm konferanslardaki konuların yanı sıra ayrıca değindiği nokta sağlıkta özel sektörün sağlığın geliştirilmesi çabalarına dâhil edilmesidir. Ottawa'da ele alınan beş temel strateji yeni sağlık tehditleri göz önünde bulundurularak ele alınmıştır. Sosyal sorumluluğun teşviki için sürdürülebilir kaynak kullanımı, tütün ve silah gibi zararlı ürünlerin üretimlerine sınırlandırma getirilmesi, hakkaniyet odaklı politikalar geliştirme gibi birçok eylem konuşulmuştur. Sağlığı geliştirme yatırımlarının artırılması, bireylerin ve sivil toplum kuruluşu gibi toplulukların güçlendirilmesi, sağlığı geliştirmede altyapının güvence altına alınabilmesi için ulusal-yerel-küresel çapta finans sağlayacak mekanizmaların bulunması gerektiği konuları gündeme alınmıştır (WHO, 1997).

Sağlığı Geliştirme Konferanslarının beşinci ayağı 'Hakkaniyet Boşluğunun Kapatılması' ismiyle Meksika'da 2000 yılında gerçekleştirilen toplantıda atılmış ve yayınlanan bildiriyi imzalayan 87 ülkenin sağlık bakanlıkları bildiri şartlarını onaylamıştır. Bu konferansın konusunu sağlıkta hakkaniyetin sağlanabilmesi için gerekli sosyal ve ekonomik refahın sağlanamadığı, yeni ve tekrarlayan sorunların

kaydedilen ilerlemeleri de tehdit ettiği ve sektörlerle iş birliğinin güçlendirilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir (WHO, 2000).

6. Uluslararası Sağlığı geliştirme konferansı ise Tayland, Bangkok'ta gerçekleştirilmiş ve Ottawa'dan bugüne kadar sağlığı belirleyen küresel şartların değişim gösterdiğinin üzerinde durulmuştur. Ulusal ve uluslararası düzeyde her geçen gün eşitsizliklerin artması, yeni iletişim ve tüketim yolları, kentleşme, ticarileşme, küresel çapta çevresel değişimler, toplumların sosyokültürel yapıları, çalışma koşulları ve bunları etkileyen negatif değişiklikler, aile yapısı farklılıkları, cinsiyet farklılıkları, engelliler, yerli halkın dışlanması gibi birçok zorluklar sağlığın geliştirilmesinin önünde engel teşkil eden zorluklar olarak tanımlanmıştır. Bu sağlık risklerinin azaltılması adına gelişen teknoloji ve bilgi birikiminin artışı kullanarak konferansa taraf olan devletlerin eylem planlarının uygulanmasında performanslarının izlenmesi ve düzenli olarak rapor vermeleri istenmiştir (WHO, 2005).

Nairobi'de gerçekleştirilen yedinci konferansta; dünya genelinde yaşanan mali kriz, küresel ısınma, iklim değişikliği, güvenlik tehditleri gibi zorlukların küresel çapta sağlığı geliştirme beklentilerinin gerisinde kalınmasına değinilmiştir. HIV/AIDS, tüberküloz, sıtma benzeri hastalıklar, üreme, yetersiz beslenme, ana çocuk sağlığı gibi konulara öncelik verilmesinin sağlığı geliştirme hedeflerine ulaşmayı hızlandırabileceği; temel sağlık hizmetlerine erişimde sosyal sınıf, cinsiyet, etnik kökenler, meslek, gelir düzeyi, eğitim gibi demografik kategorilerin sağlığın erişilebilirliği adına eşitsizlik gösterdiği konu alınmıştır. Afrika'da gerçekleştirilen bu konferans sağlık okuryazarlığının bu zorluklarla savaşıırken kullanılarak sağlık davranışının geliştirilmesi ve değiştirilmesinden bahsetmiştir (WHO, 2009).

8. Sağlığı Geliştirme Konferansı Helsinki'de yapılmış ve bu konferansta üye devletlerin hükümetlerine; sağlıkta eşitliği sağlayacak politikalar yapmak, daha iyi sağlık sonuçları elde etmek için diğer sektörlerle işbirliği yapmak, kaynakların sağlanma sürecinde hükümet içi ve diğer hükümetler arası işbirliği yapmak, şeffaf bir denetim ile hesap verebilirlik mekanizmaları oluşturmak, ticari kazanımlar sağlanmasına karşı çıkar çatışmalarına yönelik önlemler almak ve toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak üzere çalışmalar yapmak üzere çağrıda bulunulmuştur.

Ayrıca DSÖ'ne de hükümetlerin bu eylemleri gerçekleştirmesinde destek vermesini talep etmiştir (WHO, 2013).

9. konferans Şanghay kentinde 2016 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu konferansı diğerlerinden ayıran en belirgin özelliği; Ottawa'dan bugüne kadar temel alınan stratejilerin yanı sıra Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşabilmek ve sağlığı geliştirebilmek için bireylerin ve toplumların aktif olarak dâhil edilmesidir. Sağlığın geliştirilmesi ve teşvikini toplum ve insanların kendi yaşam kalitelerine ve sağlıklarına dair sorumlulukları üstlenmeleri ve onları bu konuda güçlendirmeye ilgili olarak tanımlar. Sektörler arası yönetim ile sağlığın güçlendirilmesi, sosyal seferberlik, sağlık okuryazarlığın teşviki ile ulusal eylemler yürütülürken; sağlık sektörünün değişen rolünü vurgulama, sağlıklı şehirler oluşturma amacıyla belediyeler ile iş birliği yapılması, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılması adına üye devletlere rehberlik edilmesi de bu konferansın amaçlarındandır (WHO, 2016).

Covid-19 Pandemisi sebebiyle 10. Küresel Konferans sanal olarak gerçekleştirilmiştir. 13-15 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu konferans Şanghay konferansında değinilen konulara ek olarak Covid-19 pandemisi ve gelecekteki pandemi ihtimallerine müdahaleler için hazırlıklar, ergen refahı, sağlığı geliştiren okullar olarak ele alınmıştır. Ayrıca sağlığı geliştirme sözlüğü yenilenmiş ve yeni kavramlar eklenmiştir (WHO, 2021).

İlk olarak Don Nutbeam tarafından yazılan ve daha sonra yıllar içerisinde güncellenerek en son 2021 yılında yayımlanan Sağlığı Geliştirme Sözlüğü temel olan 12 terim ve bu terimlere bağlı olarak sözlüğün ana bölümünü oluşturan 47 terim içerir. Sözlüğün 1998 yılında yayımlanan versiyonunda temel terim olmayan Sağlık Okuryazarlığı, son sürümde temel terimlerin arasına alınmıştır. Ayrıca sözlüğe eklenen diğer kavramlar incelendiğinde; bireylerin *sağlıklı yaşam becerileri* (Life skills), 'well-being' (iyi olma hali, esenlik), bireylerin zorlu yaşam koşullarıyla başa çıkarken stres yönetimini sağlayabilmesini konu alan kavramlar ile aslında her geçen gün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin artışı gözlenmiştir. Sözlüğün son hali baz alındığında sağlık anlayışının verilen sağlık hizmetleri, sağlık sistemleri ve politikaları yanı sıra bireylerin *sağlıklı yaşam biçimi davranışları* sergilemesi ve bu davranışların

temelini oluşturan *sağlık okuryazarlığının* önemi giderek daha anlaşılır hale gelmiştir (WHO, 2021).

2.1.3. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığın geliştirilmesi yalnızca sağlık sunucularının ya da devletlerin politika ve hizmetleriyle gerçekleştirilecek tek taraflı bir yükümlülük değildir. Toplum oluşturan bireyler sağlanan bu hizmetlerden faydalanabildiği sürece sağlığın geliştirilmesi uygulamaları bir anlam ifade edebilir. Bu sebeple bireylerin bu uygulamaları nasıl hayata geçirecekleri konusunda birçok fikir ortaya atılmış ve sağlığı geliştirme modelleri oluşturulmuştur. En önemlilerinden biri ise Pender’e aittir.

Sosyal Öğrenme Teorisi’ni temel alarak 1987 yılında Pender tarafından geliştirilen ve daha sonra 1997’de revize edilen sağlığı geliştirme modeli; sağlık geliştirici davranış biçimlerini etkileyen faktör ve ilişki durumlarını açıklayan bir modeldir. Bu faktörler aşağıda sıralanmıştır (Galloway,2003);

- Bireysel özellikler ve deneyimler
- Davranışa özel algı ve etkiler
- Davranışın sonucu

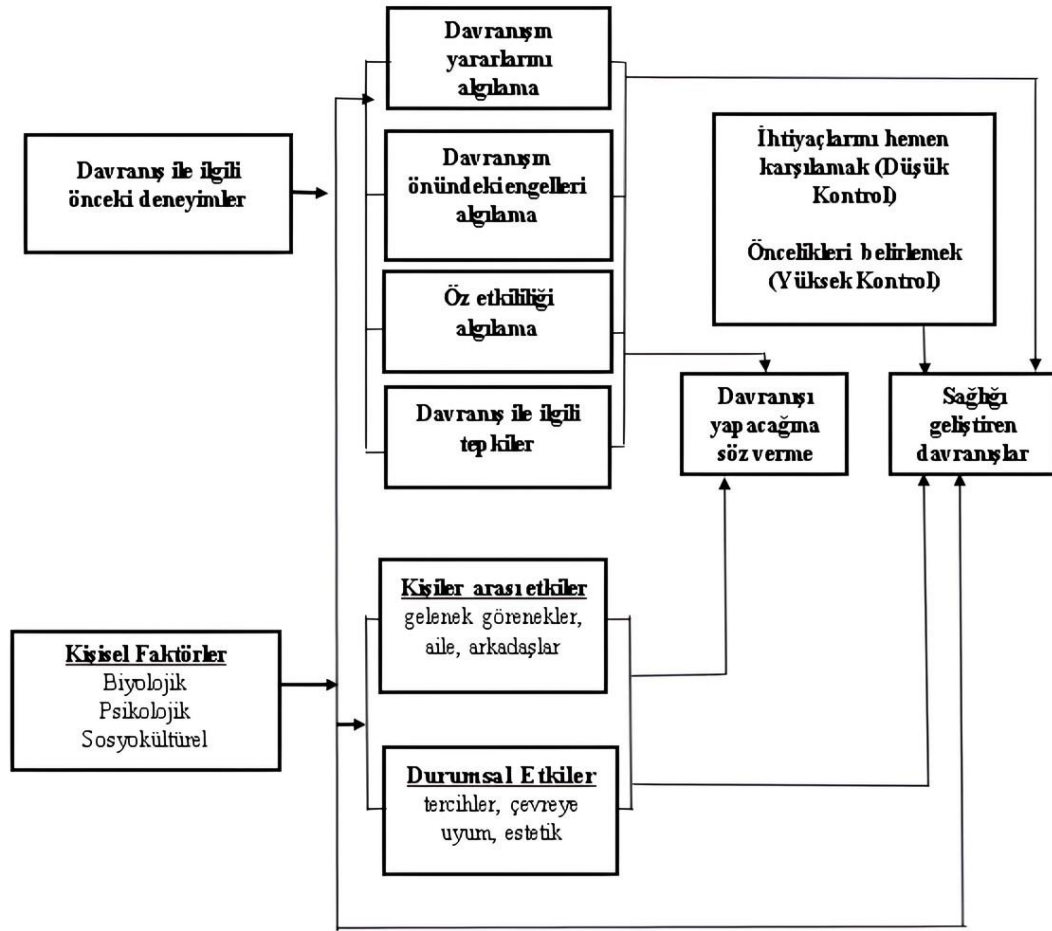
Bu modele göre sağlığı geliştirmeye yarayan bir davranışın birey tarafından kabullenilerek uygulanmasını etkileyen faktörlerden ilki bireysel özellikler ve bireyin deneyimleridir. Bireyin psikolojik, fiziksel, biyolojik, sosyokültürel özellikleri ve geliştirilmeye çalışılan davranışla ilgili daha önceki deneyimleri o davranışı gerçekleştirmesini doğrudan etkilemektedir (Pender vd., 1992). Bir davranışa ait bireysel algı onun gerçekleştirilmesi için önemlidir. Bireyin bu davranıştan sağlayacağı faydanın ne olduğu, bu davranışı gerçekleştirirken karşılaşacağı sorunlar ve engeller, bireyin bu davranışa karşı sahip olduğu bakış açısının pozitif ya da negatif olması, bu davranışı gerçekleştirmedeki kararlılığı, bu süreçte çevresinden aldığı kişisel destek davranış değişikliğinde etkili olan davranışa dair algısal faktörlerdir (Berçin,2010; Pender vd., 1992). Sağlığı geliştirici davranış gerçekleştirildikten sonra bu davranışın çıktısının süreklilik göstermesi de bir diğer faktördür. Ayrıca aynı davranış daha önceki deneyimlerde başarı ya da başarısızlıkla sonuçlanmışsa, bireyin kişisel performansı

sonucunda oluşan pozitif ya da negatif duygular da bu faktörü etkilemektedir (Berçin,2010; Pender vd., 1992).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin revize haline göre bir bireyin sağlığı geliştirecek davranışı kazanması ve bu davranışı devam ettirmesindeki en önemli etken 'bilişsel-algısal' faktörlerdir. Bu faktörler aşağıda sıralanmıştır (Pender vd., 2011);

- Sağlığa verilen önem,
- Öz yeterlilik ve etkililiği algılama,
- Sağlığın durumunu anlama,
- Sağlığın kontrolünü algılama,
- Sağlığı geliştiren davranışların faydalarını anlama,
- ve bu davranışları destekleyen ya da engelleyen faktörleri algılamadır.

Bu bilişsel algısal faktörler her birey için farklılık gösteren başka faktörler tarafından oluşur. Bireye ait demografik ve biyolojik özellikler, kişiler arası etkileşim, davranışsal ve durumsal faktörlerin her biri bu bilişsel faktörleri oluşturur. Tüm bu sürecin sonucunda birey bir sağlık davranışını uygulama kararı alır ve bu davranışa başlar (Berçin,2010). Aşağıda yer alan Şekil 2.1'de Pender'in revize edilmiş sağlığı geliştirme modeli gösterilmiştir.



Kaynak: Pender, Murdaugh ve Parsons, 2011.

Şekil 2.1. Revize Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli.

2.1.2. Türkiye’de Sağlık Geliştirme Uygulamaları

Türkiye’de sağlık geliştirme uygulamaları tarihsel olarak incelendiğinde aslında cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık eğitimi verilerek halkın bilinçlendirilmesine dayanan bir süreç olarak yürütülmüştür. İlk uygulamalar genellikle bulaşıcı hastalıklar hakkında sağlık broşürleri ve renkli afişler aracılığıyla bilgi vermeye dayalıdır. 1969 yılına gelindiğinde illerde Sağlık Eğitimi Üniteleri kurularak sosyokültürel özellikler dikkate alınarak afiş, broşür, kitap, film gibi araçlarla toplum eğitimi verilmeye başlanmıştır. Takip eden yıllar boyunca Sağlık Bakanlığı tarafından çekilen bilgilendirme filmleri, radyo ve televizyon programları, seyyar sağlık sergileri, sağlık müzeleri, sağlık dergi ve kitapları ile enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele, ana çocuk sağlığı, tütün kullanımı ve sigarayı bırakma kampanyaları hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. 2000’li yıllara gelindiğinde ise DSÖ tarafından taraf ülkelerce yapılan sözleşmeler gereğince yasal zorunluluklar ile daha ciddi adımlar atılmıştır. Ülkemizde

ilk sağlığı geliştirme kongre ve sempozyumları gerçekleştirilmiştir. 2008 yılında ise Sağlık Bakanlığı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'nı kurmuştur. Bu tarihten itibaren sağlığı geliştirme uygulamalarının kampanyalar ve eylem planlarıyla hız kazandığı görülmüştür (Göçmen ve Acımış, 2017). Bu programlardan bazıları aşağıda verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a):

- Ulusal Tütün Kontrol Programı
- Türkiye Diyabet Kontrol Programı
- Bağımlılıkla Mücadele Programı
- Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı
- Organ Bağışı Kampanyası
- Ulusal Kanseri Kontrol Programı
- Aşı Kampanyası

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Yapılan araştırmalar ışığında dünya genelinde yaşanan tüm ölümlerin %30'u gibi büyük bir kısmını kronik hastalıkların ve bunların içerisinde de özellikle kalp, hipertansiyon vb. büyük tehdit oluşturduğu düşünülmektedir (Yılmazel ve etinkaya, 2016). Bu kronik hastalıkların yönetimi sürecinde ise yalnızca hekimlerin ve sağlık çalışanlarının çabaları değil hasta ile iletişimlerinde doğru anlaşılabilmeleri ve ilaçların doğru kullanılması, hastalara verilen form ve bilgilendirme metinlerinin anlaşılabilmesi çok önemli hale gelmiştir (Sezgin, 2013). Ayrıca son yıllarda yaşanan Covid-19 pandemisi sürecinde karşılaşılan tablo göstermiştir ki toplumdaki hastalıklara dair bilgi eksiklikleri, hijyen konusundaki yetersiz davranışlar, tedavi sürecinde uyumsuzluk gösterme ile kronik rahatsızlıkların eşlik etmesi hastaneye yatış oranını, morbidite ve mortalitede fazlalığa sebep olmuştur (Akbal ve Gökler, 2020).

Tüm bu bilgiler ışığında sağlığın geliştirilebilmesi için sağlık okuryazarlığının öneminin giderek arttığı söylenebilir. Bu bölümde sağlık okuryazarlığı ayrıntılı biçimde incelenecektir.

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Kapsamı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa 1974 yılında Scott K. Simons tarafından 'Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi' isimli çalışmada kullanılmıştır (Simonds, 1974

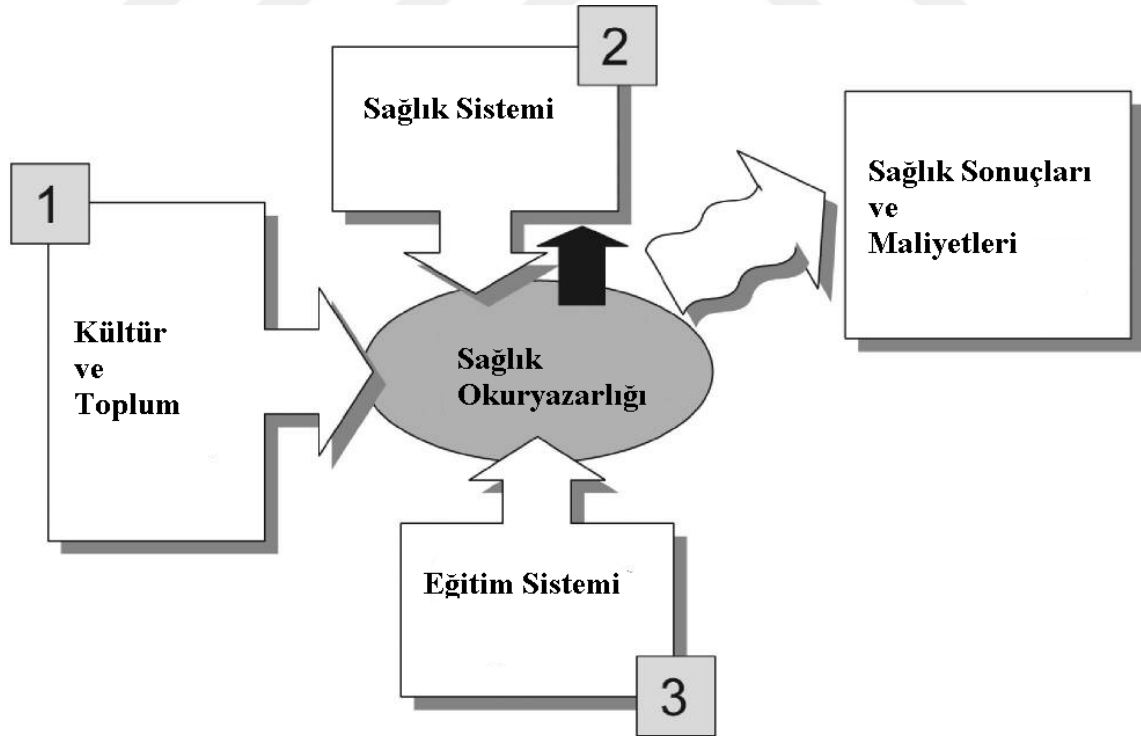
Aktaran; Akbolat vd. , 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre sağlık okuryazarlığı; sağlığın korunma ve sürdürülebilmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bunu kullanma becerisidir. Sağlık Bakanlığımız tarafından yayınlanan Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde de *'bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır.'* olarak ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı,2011 b). Amerikan Tıp Derneğinin yaptığı tanımlamada ise sağlık okuryazarlığı; bir bireyin sağlık hakkındaki mesajları okuyabilmesi, sağlık hizmeti sunan personelin söylediklerini anlayıp bunları uygulamaya geçirebilmesi, ilaçların kutuları üzerindeki bilgileri okuyup anlaması olarak ifade edilmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 yılında yayımladığı sağlığın geliştirilmesi terimler sözlüğüne göre sağlık okuryazarlığı; günlük faaliyetler, sosyal etkileşimler sonucunda nesiller boyunca biriken kişisel bilgi ve yetkinliklerdir. Bireylerin kendilerinin ve çevrelerindeki kişiler için sağlık, iyilik hali ve esenliği teşvik ederek sürdüreceği biçimde bilgi ve hizmetlere erişebilmeleri, bunları anlamaları, değerlendirebilmeleri ve yaşamlarında kullanabilmeleridir. Sağlığın geliştirilebilmesi için verilen sağlık eğitimlerinin bir sonucu olarak kabul edilir ve web sitelerine erişmek ya da broşürleri okuyabilmek, sağlık arama davranışlarını sergilemekten çok daha fazlası olduğu kabul edilmiştir. Sağlığı geliştirmek üzere bireysel ve toplumsal ihtiyaçları ifade etme ve etkileşimde bulunabilme becerisini de içerir. İnsanların güvenilir olan sağlık bilgilerine erişebilmeleri ve bunları etkin bir biçimde kullanabilme becerileri geliştirmede bir araç olarak görülür (WHO, 2021).

Mancusa (2008)'ya göre sağlık okuryazarlığı; doğru bilgi ve hizmetlere ulaşabilme becerileri, bu hizmetleri kullanabilme yeteneği, sağlık hizmetlerinin kalite koşullarının oluşturulma ve kaynakları doğru kullanmayı, bireyin kendi ve toplum sağlığı üzerinde etkin olabilmesini güçlendirir. Sørensen ve arkadaşları (2012) yaptıkları bir çalışmada, yapılmış tüm sağlık okuryazarlığı modellerini incelemiş ve tek bir tanımın bu kavramı anlatmakta yeterli olmayacağını; bireylerin kendi sağlıkları hakkında karar alabilmesi, sağlıklarını geliştirerek yaşam kalite düzeylerini yükseltebilmek ve hastalıklardan korunabilmek için gereken bilgiye sahip olabilme ve bu bilgiyi kullanabilecek bir düzeye ulaşmaları olarak tanımlamışlardır.

Baker (2006)'a göre sağlık okuryazarlığı kapsam açısından incelendiğinde bireyin kişisel kapasitesi dışında içinde bulunduğu toplum ve bu toplumun dinamiklerinden de etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığı, kişinin yeni bilgiler elde etme becerisi ve sonuçta aldığı bu bilgiyi kullanabilmesi şeklinde tanımlandığında bu kapasiteye etki eden her faktör önemlidir. Eğitim düzeyi, düzenli okuma alışkanlığı vb. beceriler kişisel kapasiteyi etkiler ve bu kapasite eğitimle artabildiği gibi yaşlanma faktörüyle azalabilen bir kapasitedir. Baker (2006), oluşturduğu sağlık okuryazarlığı modelinde bireysel kapasiteyi okuma akıcılığı (belge, düzyazı, sayısal vb.) ve kişinin önceki bilgileri (kelime dağarcığı, sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler) şeklinde ikiye ayırmaktadır. Ayrıca bunların dışında kişinin sağlık hizmeti aldığı kurum, personel ve sağlık sisteminin etkilemesinin yanı sıra eczaneden ilacın alınması ve kullanılması süreçleri dahi sağlık okuryazarlığı kapsamına dâhildir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Parker ve Kinding (2006)'e göre sağlık okuryazarlığı, bireysel değişkenlerin yanı sıra; içinde bulunduğumuz toplum ve kültür, sağlık sistemi ve eğitim sistemi ile şekillenmektedir. Aşağıda yer alan Şekil 2.2'de sağlık okuryazarlığına etki eden potansiyel müdahale alanları gösterilmiştir.



Kaynak: Parker ve Kinding, 2006.

Şekil 2.2. Potansiyel Müdahale Alanları.

İdeal bir sağlık okuryazarlığı, sağlığı tanımlarken kullanılan ‘tam bir iyilik hali’ ifadesinin sürdürülebilmesi için gereken sağlık bilgilerine ulaşma yeteneğidir ve aşağıdaki unsurları barındırır (Mitic ve Rootman, 2012);

- Karmaşık günlük tedavileri ve uygulama biçimlerini öz bakım davranışları ile anlama, uygulama,
- Sağlık halinin sürdürülebilmesi için gerekli olan yaşam tarzı değişikliklerini planlayabilme, gerçekleştirebilme,
- Sağlık hakkındaki olumlu haber ve gelişmelerden haberdar olma,
- Sağlığı geliştirecek aktiviteleri diğerlerinden ayırt edebilme yetisi,
- İhtiyaç halinde sağlık kuruluşuna nasıl ulaşabileceğini bilme,
- Sağlık konuları hakkında toplum içinde konuşabilme.

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

Sağlık okuryazarlığının etki etme ve etkilenme sınırlarının belirlenebilmesi için birçok kavramsal model geliştirilmiştir. Bu modeller aşağıda açıklanmıştır.

Nutbeam modeli

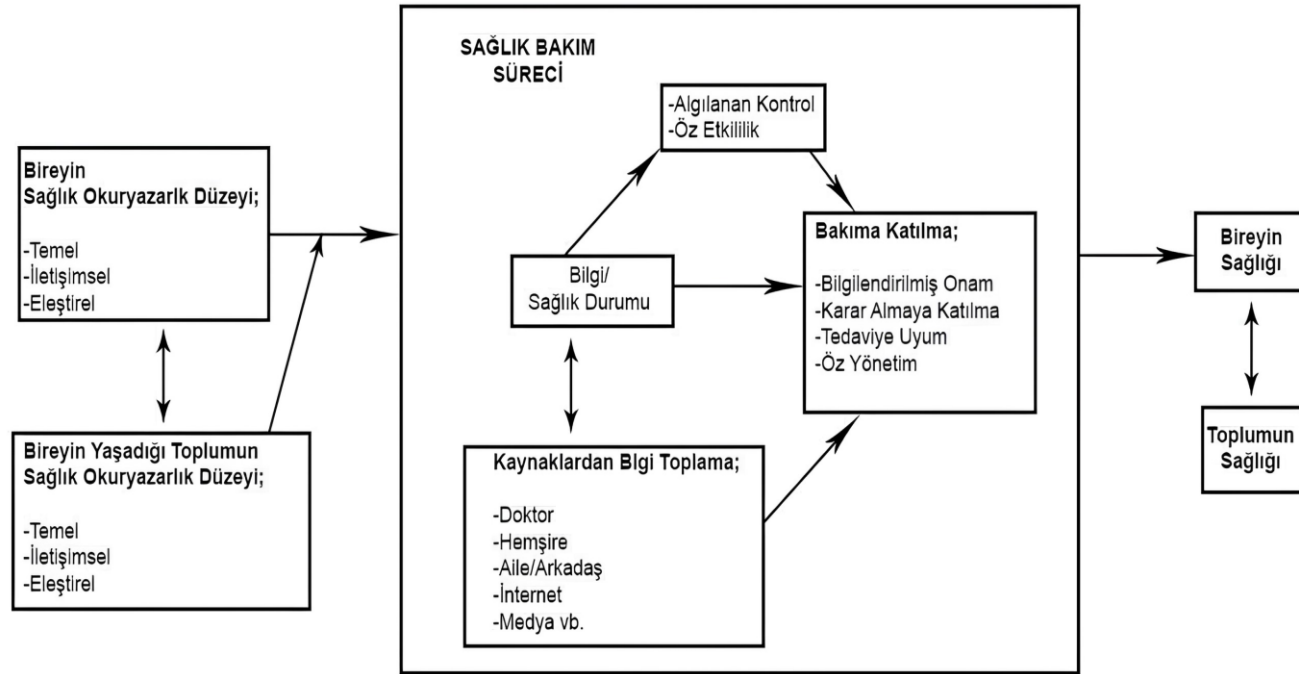
Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığını klinik yaklaşımda risk faktörü ve halk sağlığı yaklaşımında bireysel kazanç/yarar faktörü olacak şekilde iki farklı modelle kavramsallaştırmıştır. Bunlardan çok bilinen ve kabul gören yaklaşım Nutbeam tarafından 3 boyuta ayrılan halk sağlığını kapsayan yaklaşımdır. Nutbeam’a göre sağlık okuryazarlığı randevu alabilme ya da prospektüsleri okuyabilmenin dışında çok daha geniş bir kavramı temsil etmektedir. Bahsedilen bu üç boyuttan her biri bir üst basamağa geçtikçe bireyin rolü, analiz etme ve kritik düşünme yeteneğinin gelişmesine göre değişmektedir (Nutbeam, 2008). Nutbeam modelinin bahsedilen üç boyutu aşağıda açıklanmıştır.

- **Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:** Sağlık okuryazarlığının temel düzeyi olarak adlandırılabilir bu seviyede kişilerin egzersiz yapma, ilk yardım temel bilgilerini bilme, sağlıklı beslenmeyi tercih etme gibi konularda bilgi sahibi olması anlamına gelir. Bu düzeydeki bireyler basit sözlü ve yazılı direktifleri anlayabilme yeteneğine sahiptir ve sağlık hizmetlerini kullanması konusunda bilgi sahibidir. Sağlık hakkındaki riskleri hesaplayabilir. Birey bu basamakta pasif olarak kabul edilir

(Nutbeam, 2000). Sağlık sisteminin nasıl kullanılacağını, sağlık bilgileri veren broşürleri okuyabilmeyi, verilen ilaçların dozunu ayarlayabilmeyi, verilen randevuları anlayabilmeyi yani yeterli düzeyde okuma yazma eyleminin bilinmesini ifade eden düzeydir (Hergenç, 2011; Kuloğlu, 2019).

- **İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı:** bu düzey bireyin fonksiyonel sağlık okuryazarlık düzeyinde edindiği bilgileri uygulamaya geçirerek pasif durumdan aktif duruma geçtiği düzey olarak kabul edilir. Edindiği bilgiler ışığında kişi sağlığını koruyacak davranışlar yapar. Hangi egzersizleri yapacağını bilmesinin yanı sıra bunu gerçekleştirerek egzersiz programına başlar ya da dengeli beslenmeye dair edindiği bilgiler ile günlük yaşamında doğru besinler seçer. Birey bu aşamada sağlığını geliştirici davranışları sergilerken aynı davranışı gerçekleştiren sosyal çevreler ile etkileşime girer (Nutbeam, 2000).
- **Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı:** Bu düzey bireyin pro-aktif olarak değerlendirildiği basamaktır. Burada artık birey yalnızca kendi sağlığını değil toplumu da düşünerek hareket etmektedir. Kendisiyle birlikte çevresinin sağlığı hakkında söz sahibi olduğunun bilinci ve farkındalığıyla hareket eder. Sağlığın ekonomik ve sosyal boyutlarını algılayabilir ve temiz gıda-su temini, çocuklar için güvenli halde oyun alanı gibi taleplerde bulunarak toplum sağlığında olumlu açıdan değişiklik yapmayı hedefler. Sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlamlandırma ve yorumlama becerilerinin kullanabilmeyi ifade eder (Nutbeam, 2000).

Ayrıca Ishikawa ve Yano (2008) Nutbeam modeli ve Lee'nin çalışmalarını kapsayan bir ön model geliştirerek bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık ve sağlık bakım sürecine katılım arasındaki yolları vurgulamıştır. Şekil 2.3'te bireyin sağlık okuryazarlığının, sağlık bakım sürecine katılımındaki yolları ve sağlık sonuçlarına etkisi gösterilmiştir.

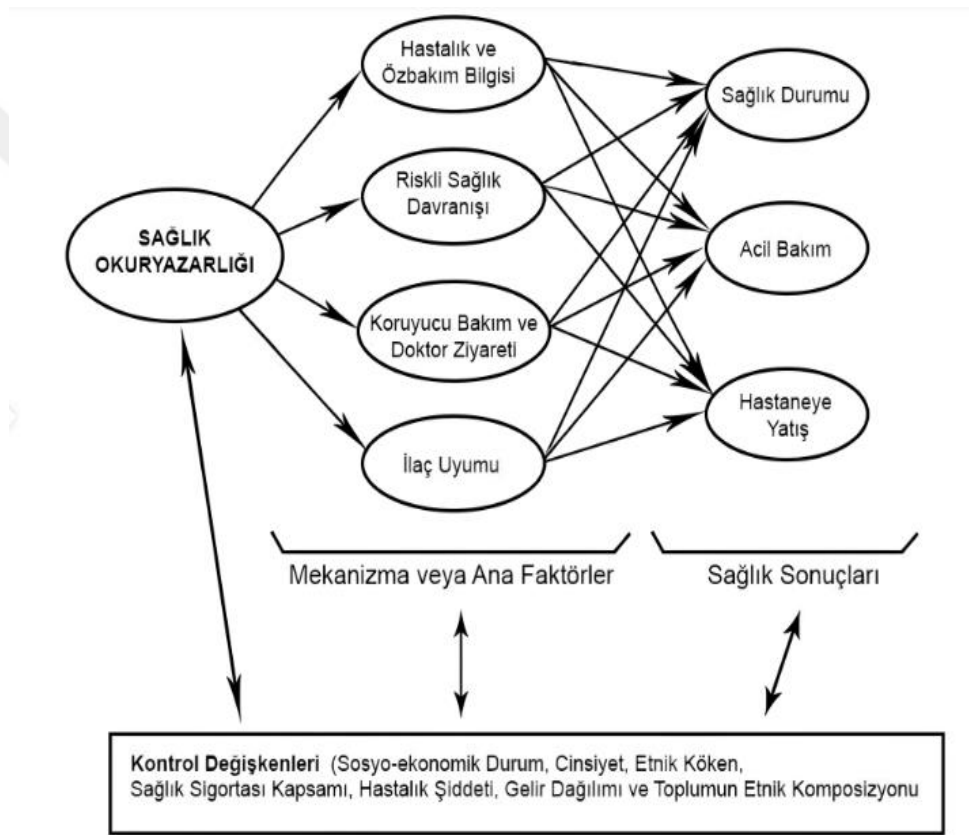


Kaynak: Ishikawa ve Yano, 2008.

Şekil 2.3. Hastanın sağlık okuryazarlığı, sağlık bakım sürecine katılım ve sağlık arasındaki olası yollar.

Lee modeli

Geliştirilen bu model bireyin sağlık durumu, sağlık merkezlerini kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arasında kurulan ilişkiyi açıklamaktadır. Modelin boyutları; hastalığa ait bilgiler ve öz bakım bilgisi, sağlık için risk taşıyan davranışlar, doktor ziyaretleri ve koruyucu bakım, ilaçlara uyumdur. Modele göre cinsiyet, etnik köken, sosyoekonomik durum, toplum etnik yapısı, gelir farklılığı, sigorta sisteminin kapsamı ve hastalığın şiddeti bu boyutları etkileyen öncüller olarak ele alınır. Bu boyutlar ve öncüllerin çıktısı bireyin sağlık durumu, acil bakım alımı ya da hastaneye yatışı etkilemektedir (Lee vd., 2004). Şekil 2.4'te bu model gösterilmiştir.



Kaynak: Lee vd., 2004.

Şekil 2.4. Lee Modeli.

Zarcadoolas modeli

Zarcadoolas ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen model sağlık okuryazarlığının sürekli geliştirilebilen bir beceri olduğu temeline dayanmaktadır. Bireyin sağlık durumunun değişmesi, sosyopolitik, psikososyal, kültürel ve demografik faktörler ile sağlık okuryazarlığı düzeyini etkiler. Bu modelde sağlık okuryazarlığı dört düzeye ayrılmıştır. Temel okuryazarlık; okuma, yazma sayısal beceriler, konuşma

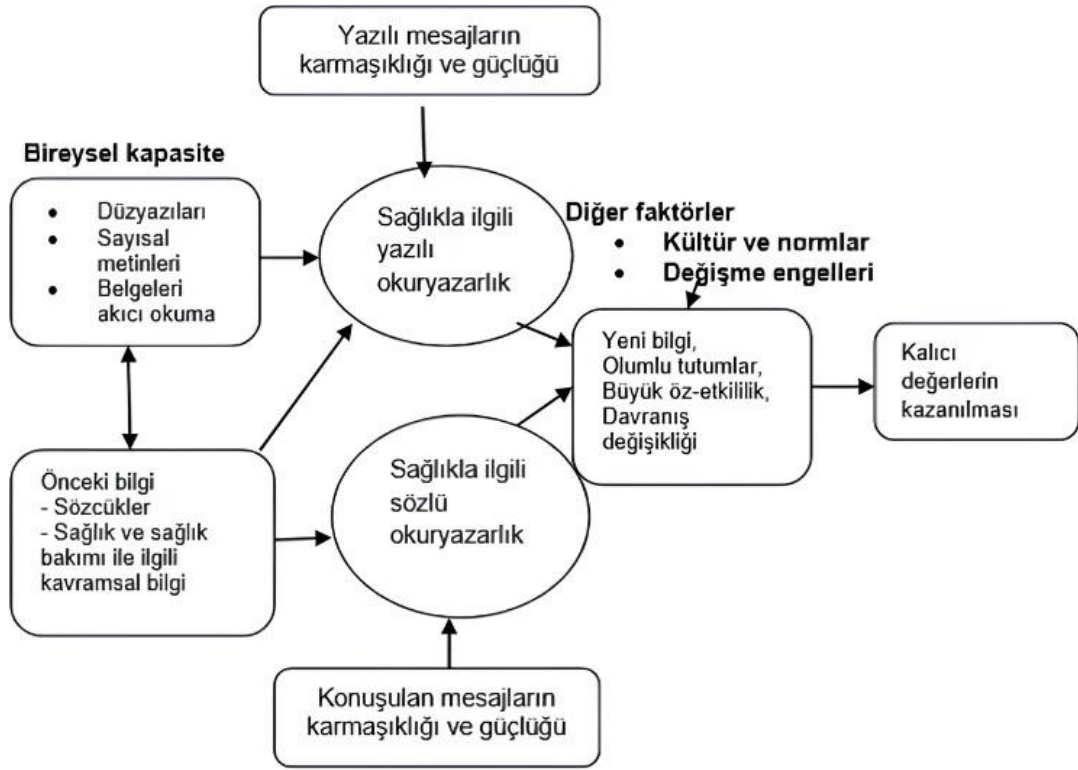
becerisi olarak tanımlanır. İkinci düzey olan bilimsel düzey ise temel bilimsel bilgileri bilme, teknoloji anlayışı gibi konuları içerir. Üçüncü olarak yurttaşlık okuryazarlığı düzeyi ile bireyin toplumsal konularda bilinçli olabilmesi, kararlarının toplum üzerinde etkisinin olduğu bilincinde olması, medya okuryazarlığı düzeyi, sivil ve hükümete ilişkin bilgilere sahip olmasını içerir. Son boyut ise kültürel okuryazarlıktır. Sağlık bilgisini yorumlamak ve üzerinde hareket etmek için ortak inançlar, adetler, dünya görüşü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma becerisini ifade eder. Modelin çıktısı ise tüm bu boyutları etkileyen değişkenlerle şekillenen öğrenilen bilgileri ortaya çıkan yeni durumlara uyumlayabilme becerisi, sağlık-tıp-bilimsel bilgi, kültürel inançlara dair kamu ve özel diyaloglara katılma becerisidir (Zarcadoolas vd., 2005).

Speros modeli

Modele göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri; okuma ve sayısal beceriler, okuduğunu anlama, karar vermede sağlık bilgilerini kullanabilme kapasitesi ve sağlık hizmeti tüketicisi rolünde başarılı işleyiştir. Bu boyutlar bireyin daha önceki sağlıkla ilgili deneyimleri ve temel okuryazar olmasından etkilenecek şekilde şekillenmektedir. Sonuç olarak giderek artan sağlık okurluk düzeyi sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürür. Hastanede kalış süreleri kısalmış ve sağlık hizmetleri kullanım sıklığı azalmıştır. Bireyin beyan ettiği sağlık durumunun iyileşmesi de çıktılar arasında gösterilmiştir (Speros,2005; Sørensen vd., 2012).

Baker modeli

Bu modelde sağlık okuryazarlığı yazılı ve sözlü olarak ikiye ayrılmıştır. Bu iki düzey ilk olarak bireysel kapasiteden etkilenir. Sağlıkla ilgili akıcı okuma, kelime dağarcığı, sağlık kavramlarına aşina olma, sözlü ortamda ise mesajın karmaşıklığı-zorluğundan etkilenir. Her iki sağlık okuryazarlığı düzeyinin çıktısı ise yeni bilgilerin edinilmesi ile daha fazla öz yeterlilik, olumlu sağlık tutum ve davranışları geliştirerek, daha iyi sağlık sonuçları ve kalıcı değer kazanmadır (Baker, 2006). Aşağıdaki Şekil 2.5'te Baker Modeli özetlenmiştir.

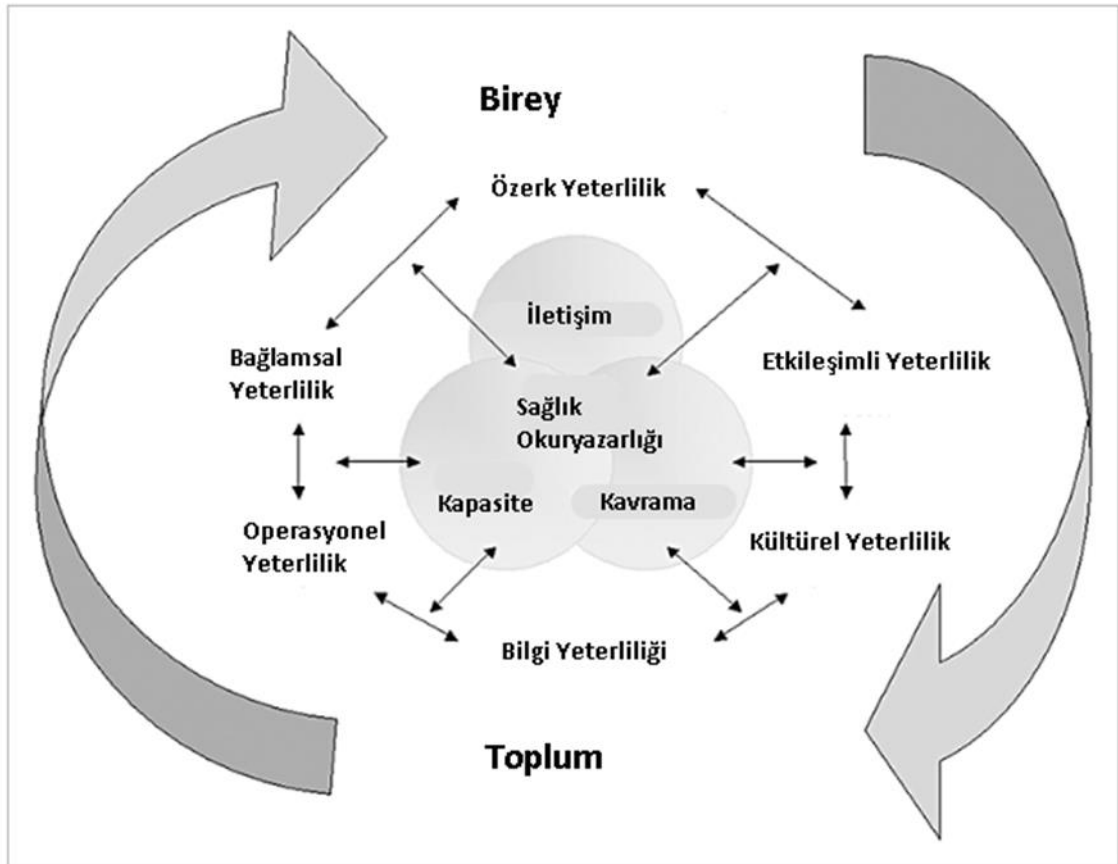


Kaynak: Baker, 2006.

Şekil 2.5. Baker Modeli

Mancuso modeli

Aşağıdaki Şekil 2.6'da görüldüğü üzere bu modele göre bireyin okuma yazma bilmesi, anlam yaratacak şekilde bileşenleri bir araya getirebilmesidir. Bireyin kapasitesi, kavraması ve iletişim becerileri bunu ifade eder. Fakat sağlık okuryazarlığı için özel beceri ve yeteneklere ihtiyaç duyulduğunu ifade eden bu model altı farklı yeterlilik tanımlayarak bunların sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisini ele alır (Mancuso,2008).



Kaynak: Mancuso, 2008.

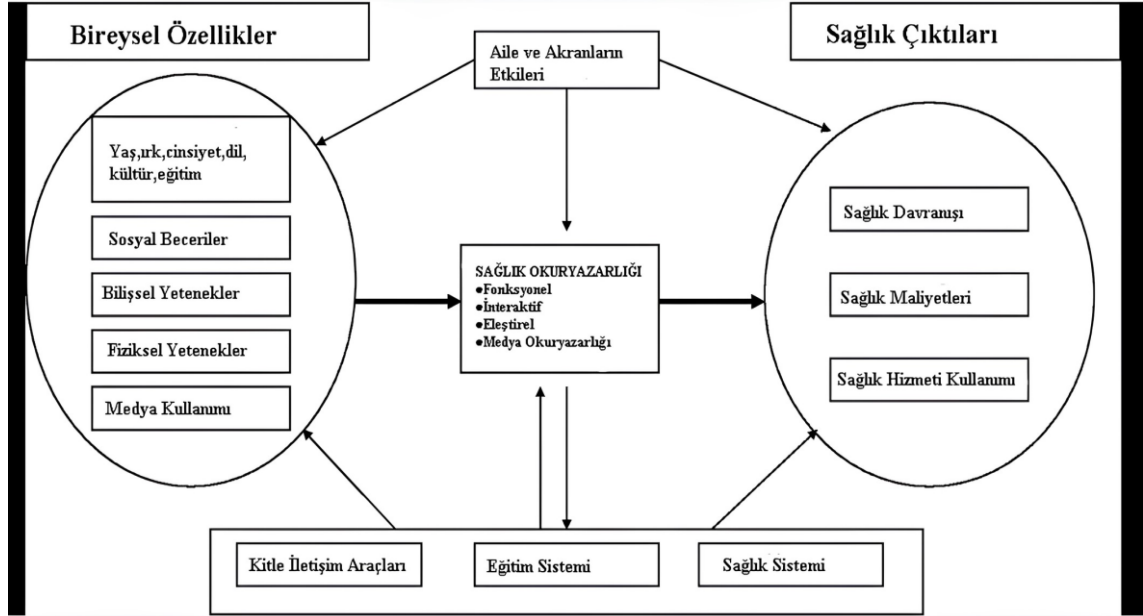
Şekil 2.6. Sağlık okuryazarlığı: Bir konsept modeli.

Operasyonel yeterlilik temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için gereken becerileri içerir. Okuma, konuşma, yazma, anlayabilme ve buna göre hareket edebilmeyi içerir. Sağlık çalışanlarının yazılı ve sözlü bilgileriyle hareket edebilme kabiliyetinin özetidir. *Etkileşimli yeterlilik*, bireyin kendisini geliştirmesi yoluyla diğer kişilerle iş birliği yapabilme becerisidir. Sosyal becerilerini kullanarak değişen ihtiyaçlara cevap verebilecek şekilde problem çözme ve karar vermesidir. *Özerk ya da otonom yeterlilik* olarak ifade edilen düzey ise bireyin kendi yaşamında edindiği

bilgileri kullanabilme gücü olarak ifade edilmiştir. Birey kendi sağlık durumu üzerinde daha fazla kontrol sağlayarak çevresel faktörleri değiştirici şekilde yönetebilir. *Bilgi yeterliliği*, ihtiyaç duyulan bilgiye gereksinimi anlama yeteneği, bilgi kaynaklarını belirleyebilme ve kullanabilme, elde ettiği bilgilerin kalitesini değerlendirebilme, analiz etme, anlama, kullanma ve uyarlayarak sağlıklı kararlar alabilme becerisidir. *Bağlamsal yeterlilik* ise çevreye hâkim olmaktır. Sunulan sağlık hizmetinden bazı bireyler memnun iken bazıları değildir. Bireylerin sağlık hizmeti sunulan ortamda etkileşim halinde olarak mevcut durumu yorumlayarak iş birliği ile öğrenme ortamının oluşturulmasıdır. Son olarak *kültürel yeterlilik* ise; etnik, dini, sosyal grup ya da bir ırkın düşünce, davranış, iletişim, inanç ve değerlerini ifade eder. Kültürel yeterlilik içinde bulunduğumuz toplumla iletişim ve etkileşim kurabilmenin temel gerekliliğidir. Bireyin sahip olduğu bu yeterlilik düzeyleri sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemektedir. Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık hizmetleri maliyetleri, öz yönetim becerileri, sağlık hizmetlerine erişim ve bunları kullanabilme, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları geliştirebilme gibi sonuçları etkilemektedir. Bu bağlamda birey, toplumun sağlık düzeyini ve toplum, bireyin sağlığını etkilemektedir (Mancuso, 2008).

Manganello modeli

Manganello, ergen sağlığını incelemek üzere kavramsal bir model olarak çizmiştir. Sosyal medyanın kullanımının giderek artması ve ergenlerin daha aktif kullanımını da inceleyerek medya okuryazarlığı boyutunu ele almıştır. Bireysel özelliklerin yanı sıra akranlarının ve ailenin etkisi, medyayı kullanabilme becerisi bu modeli diğerlerinden ayıran bir etken olmuştur (Manganello, 2008). Şekil 2.7’de görüldüğü üzere bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini sadece sağlık ve eğitim sistemi değil, kitle iletişimi araçları kullanımı da etkilemektedir. Fonksiyonel, interaktif ve eleştirel okuryazarlık dışında medya okuryazarlığı denilen beceri de bu modele göre ciddi önem taşımaktadır.



Kaynak: Manganello, 2008.

Şekil 2.7. Manganello Modeli.

Freedman modeli

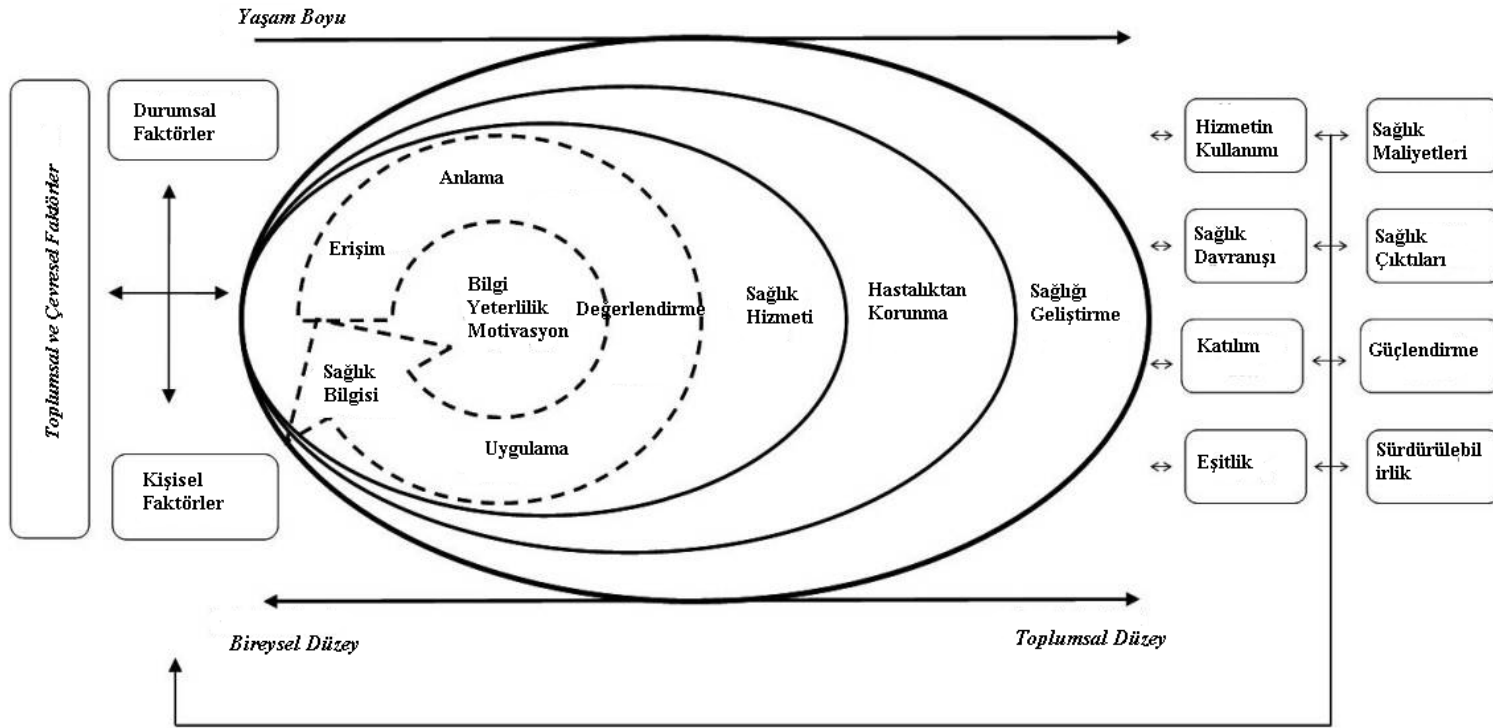
Freedman ve arkadaşlarının (2009) geliştirdiği bu model sağlık okuryazarlığını halk sağlığı okuryazarlığı ve bireysel okuryazarlık olarak ikiye ayırmıştır. Buna göre bireysel okuryazarlık bireyin sahip olduğu sağlık hakkında karar verirken bilgi işleme sürecidir. Halk sağlığı okuryazarlığı ise birey ve grupların toplum için faydalı halk sağlığı kararları verebilmesi için ihtiyaç duyulan bilgileri elde edebilme, anlama değerlendirme ve buna göre hareket edebilme düzeyidir. Bireyselde hedef kitle hastalar iken halk sağlığı okuryazarlığında toplumdur. Toplumun halk sağlığı okuryazarlığını geliştirmek için ise eğitim sistemi aracılığıyla ilkokul düzeyinden üniversiteye dek bu konuda eğitim verilmesi, medya tabanlı yayınlarla (kamu spotları, televizyon, radyo vb.) bilgilendirmeler ve halk sağlığı uzmanı olmadığı halde çalışma alanları sebebiyle halk sağlığını etkileyen profesyonellerin çabalarının desteklenmesi önerilmiştir (Freedman vd.,2009).

Sørensen modeli

Bu model Sørensen ve arkadaşları (2012) tarafından yukarıda ele alınan diğer modeller ve bunların haricinde Institute of Medicine (2004), Paashe-Orlow ve Wolf (2007), Kickbusch ve Maag (2008) ve Von Wagner vd., 2009) 'un da çalışmaları incelenerek geliştirilmiştir. Bu model 17 tanım ve 12 kavramsal modelin

incelenmesiyle ele alınmış ve konuya ilişkin tıp ve halk sağlığı modellerini bütünleştirici bir biçimde yapılmıştır.

Modele göre; bireyin sağlık bilgisine erişebilmek için bilgiyi arama, bulma ve elde edebilme yeteneği gereklidir. Burada anlama, elde edilen bilgiyi kavrayabilmeyi değerlendirme ise bu bilgiyi yorumlama, yargılama yeteneğini ifade eder. Son olarak uygulama basamağı sağlığı geliştirici davranışı ortaya çıkarmaktadır. Bu kısım Nutbeam modelinin sınıflandırma niteliklerini içermektedir. Modelin bundan sonraki kısmında alınan sağlık hizmeti (tıbbi-klinik bilgilere erişme, tıbbi kararları bilinçli verme vb.), hastalıkların önlenmesinde risk faktörlerini okuma, anlamlandırma ve karar verme süreçleri, sağlığın geliştirilmesi alanında fiziksel ve sosyal çevrede sağlığın belirleyicilerini, kavrama, anlamlandırma değerlendirme becerisi sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Bireysel düzeyden toplumsal düzeye kadar yaşam boyu sürekli değişim gösterebilen sağlık okuryazarlığı toplumsal-çevresel faktörler, kişisel ve durumsal faktörlerden etkilenir (Sørensen vd., 2012). Aşağıda yer alan Şekil 2.8’de bu modele göre sağlık okuryazarlığı ve etkileyen değişkenler ayrıntılı olarak gösterilmiştir.



Kaynak: Sørensen vd., 2012.

Şekil 2.8. Sağlık okuryazarlığının bütünleşmiş modeli.

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları

Birçok sağlık okuryazarlığı belirleme ve ölçme testi bulunmakla beraber bunları kendi içinde gruplara ayırmak mümkündür. Aşağıda gruplandırmalar halinde ölçüm araçları incelenmiştir.

Kelime tanıma testleri

Bireylerin okuma ve okuduğunu bilme durumlarına dayalı yöntemleri içeren test grubudur. Kişilere birtakım kelimeler verilir ve okuma düzeyleri ile bu kelimeleri bilip bilmemelerine bakılır. Bunlardan en önemlileri aşağıda sıralanmıştır (Hanson-Divers, 1997; Kuo vd., 2017; Weiss vd., 2005);

- Geniş Aralıklı Başarı Testi/Güncellenmiş Test (Wide Range Achievement Test WRAT/WRAT-R)
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini ve Güncellenmiş Test (Rapid Estimate of Adult Li-teracy in Medicine REALM/REALM-R)
- İspanyol Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirmesi (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults-SAHLA-50)
- Tıbbi Terminolojiyi Başarılı Okuma Testi (The Medical Terminology Achievement Reading Test-MART)

Okuduğunu anlama ve fonksiyonel sağlık okuryazarlık testleri

Bu testler arasında okuduğunu anlama testleri sağlık eğitimi alanına ait materyaller kullanılarak bireylerin okuduğu pasajı anlayıp anlamadığını ölçerken, diğerleri fonksiyonel sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları aşağıdadır (Morris vd., 2006; Okyay ve Abacıgil, 2016; Sezer ve Kadioğlu, 2014; Weiss vd.,2005).;

- Yetişkin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA)
- En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (The Newest Vital Sign-NVS),
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32),
- Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (Single Item Literacy Scanner-SILS)

- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR),
- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ),
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)

Hastalıklara özel geliştirilmiş testler

Bu grupta yer alan testler belirli bir hastalık ve hastalığa dair bireyin öz-bakım becerilerine dair sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Balçık, 2014).

- Kalp Rahatsızlığına Özel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (KRÖSOYÖ) (Heart-Failure-Specific Health Literacy Scale-HFSHLS)
- Diyabette Okur-yazarlık Değerlendirme (Literacy Assessment in Diabetes LAD),
- Diyabet Sayısal Testi (Diabetes Numeracy Test-DNT)

Alana spesifik geliştirilmiş sağlık okuryazarlık araçları

Bu grupta yer alan testler belirli bir alana dair bilgileri içeren ya da testin uygulandığı popülasyonun bir özellik üzerinden ayrışmasıyla ilgili testlerdir. Aşağıda örneklerine yer verilmiştir (Coşkun ve Bebiş, 2015; Diamond, 2004; Ghanbari vd., 2016; Kuo vd., 2017; Manganello vd., 2015; Norman ve Skinner, 2006; Richman vd., 2007).

- Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (Nutritional Literacy Scale- NLS)
- Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (DHYOYHD) (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry- REALD),
- Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirme Ölçeği (Health Literacy Assessment Scale for Adolescents - HAS-A)
- Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ESOÖ)(Health Literacy Measure for Adolescents- HELMA)
- Medya Sağlık Okuryazarlığı (Media Health Literacy-MHL),
- e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği(The eHealth Literacy Scale(HEALS))

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Dünya genelinde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlığının yetersiz düzeyde olması aşağıdaki durumlara neden olabilmektedir (Erdal, 2015);

- Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının düşüklük
- Hastalıkların semptomlarının görülmeye başlandığı dönemde sağlık arama davranışlarında gecikmeler
- Bireyin kendi sağlık durumunu değerlendirme ve kötü olduğunu algılamasında gecikme,
- Sağlık personelinin verdiği tıbbi talimat ya da önerilere uyamama,
- Sağlık giderlerinde artış,
- Öz-bakımın yetersizliği
- Mortalitede artış yaşanması

Sağlık hizmetleri, acil servis ve hastane kullanımı üzerinde bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkili olduğu belirtilmektedir (Erdağ, 2015). Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinde olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, rutin sağlık kontrolleri-tarama programları, aşılama, egzersiz yapma davranışlarını yeterince önemsemedikleri ileri sürülmektedir (Akbulut, 2015; Baker vd. 2002). Adams ve arkadaşlarına (2009) göre düşük sağlık okuryazarlığı, diyabet gibi kronik hastalıklarda hastalık hakkında verilen bilgileri ve eğitimleri anlamada güçlük, verilen ilaç tedavilerini tamamlayan egzersiz, diyet vb. tedavilere uyumda zorlanmaya sebep olmaktadır. Ayrıca ilaç tedavisi boyunca uygulama hatalarında artış, sık hastaneye yatışlar da sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenmektedir (Adams vd., 2009). Kadınların 40 yaşından sonra meme kanseri taraması için mamografi çektirmesinin gerekli olduğunun pek bilinmemesi buna örnek gösterilmiştir (Akbulut, 2015). Bu konuda Sağlık Bakanlığı (2006) yedi coğrafi bölgeden seçilmiş yedi farklı ilde 30 yaşın üzerindeki 15.468 kişide sağlıklı beslenme üzerine çalışma yapmıştır. Bireylerin fiziksel aktivite alışkanlık düzeyleri sorgulanmış ve yalnızca %3,5'lük bir dilimin düzenli olarak haftada en az 3 gün orta şiddette 30 dakika fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Amerika'da Kickbusch (2008) tarafından yapılan bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin hastalığını olumsuz etkileyecek biçimde iletişim sorunları yaşadığı bulunmuştur. Kendilerini ifade etmede başarısız

olmaları, tıbbi durum ve verilen tedavileri yeterince anlamadıkları, hastaneye yatış riskinin arttığı belirlenmiştir (Kickbusch, 2008). Ayrıca acil servislere başvurular incelendiğinde yetersiz sağlık okuryazarlığın bu servisleri uygun kullanmama ve gereksiz meşgul edilmesine neden olduğu görülmüştür (Weiss, 2003). Ülkemizde 2018 yılında yapılan bir çalışmada ise acile başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi azaldıkça kişinin kendi değerlendirdiği ilk triajdaki uygunsuzluğun arttığı görülmüştür (Çakmak, 2018).

Demiröz (2021) diyabetli bireylerle yürüttüğü bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hastanın hastalığa ait tanı-tedavi ve komplikasyonlarını bilme, diyet ve egzersiz yapma, kan glikoz ölçümelerini yapabilme, diyabet eğitimi alma ve kontrollerini yaptırma sıklığı arasında ilişki bulunmuştur. Erden (2020), benzer bir çalışma ile hipertansif bireylerin tedaviye uyum oranları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığının etkilediği bir diğer alan ise beslenmedir. Çünkü yeterli bir öz denetim ve koruyucu bakım ile ilgili olup, bireylerin beslenme davranışlarını etkileme özelliğine sahiptir. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi besin etiketi okuma, sağlık profesyonellerinin önerdiği günlük besin öğelerini karşılayacak şekilde besin seçimi yapmakta bireylerin zorlanmasına sebep olur. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sigara içmeme, gerekli sebze-meyve tüketimini karşılama ve sağlık algısı arasında ilişki saptanmıştır (Wagner vd., 2007). Ayrıca bir başka çalışmada yine düşük sağlık okuryazarlık bilgisinin ekonomik düzeyden bağımsız olarak sağlıksız besinleri tercih ettiği görülmüştür (Speirs vd. , 2012).

2.3. e-Sağlık Okuryazarlığı

Ağ anlamını taşıyan Web kelimesi günümüze kadar birçok gelişim göstermiştir. Başlangıçta Web 1.0 olarak etkileşimi düşük olan, durağan içeriğe sahip, genellikle bilgi vermeye dayalı ansiklopedik bilgi içeren, programcılarının hazırlamış olduğu web sitelerinden oluşan, içerik oluşturucuların kısıtlı olduğu ve içeriklere müdahale edilemeyen bir yapıya sahipti (Patil, 2021; Tokgöz ve Altın, 2022). Web 2. dönemine gelindiğinde ise bu dönem sosyal web olarak adlandırılmıştır. İletişimin çok yönlü olması, internetin sosyal hayatın içerisinde yer alması, kullanıcı kitlesini pasif olmaktan içerik üreticisi – üretken olmaya getiren bir duruma eğilmiştir. Günümüzde en çok

etkileşim içerisinde bulunan sosyal medya Web 2.0 uygulamalarına örnektir. Web 3.0 kavramı ise daha ziyade üç boyutlu deneyimleri, yapay zekâ, kriptoloji, uzamsal web gibi yapılardan oluşmaktadır (Tokgöz ve Altın, 2022). Gelecekte bizi bekleyen deneysel Web 4.0 ise insan beyninin makineler ile simniyotik etkileşime geçeceği düşünülen bir ağ olarak tanımlanıyor (Dominic, Francis ve Pilomenraj, 2014).

Günümüzde Web 1.0, 2.0, 3.0 ve 4.0'ü yaşamın içerisinde görmek mümkündür ve sağlık sektöründe bu uygulamaların kullanımı yaygındır (Akalin ve Veranyurt, 2022). Aşağıda bu web türlerinin sağlık sistemi içindeki farklı uygulamaları olan e-Sağlık uygulamaları incelenmiştir.

2.3.1. e- Sağlık

e-Sağlık kavramını yalnızca gelişen teknolojinin sağlık alanına özel kullanımı olarak tanımlamak dışında bunun yaygın bir davranış kültürü haline getirilmesini de kapsamaktadır. Hastaların kullanımı göz önünde bulundurulduğunda eğitsel bağlamda kullanılabilir. Kavramın somut yapısına mobil araçlar, uzaktan izleme sistemleri, tele danışma araçları örnek oluştururken eğitsel yönünü; sağlık bilgisi kullanımı, bilginin edinilmesi ve yayılmasını ifade eder (Heuvel vd., 2018).

Bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılarak sağlık ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi e-Sağlık olarak tanımlanabilir. DSÖ (2023), bu kavramı sağlık ve sağlıkla ilgili alanların desteklenmesi amacıyla bilgi iletişim teknolojilerinin güvenli ve uygun maliyetli şekilde kullanımı olarak tanımlar. Buna göre tele-tıp, tele-sağlık, elektronik sağlık kayıtları ve tıbbi kayıtlar, mobil sağlık, büyük verilerin saklanması, giyilebilir teknolojiler ve yapay zekâ uygulamaları dâhil birçok alanı kapsamaktadır. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ve evrensel sağlık sigortasının oluşturulması hedefleri için önemli olduğu kabul edilmektedir (WHO, 2023). Kavramın başında bulunan 'e' harfi sunulacak sağlık hizmetlerinin 'internet tabanlı, dijital, elektronik, hızlı, etkin, teknolojik ve bilişim odaklı bir yapıda olduğunu simgelemektedir (Kılıç, 2017).

Eysenbach (2001) e-Sağlık kavramı tanımlarken 'e' harfinin sadece elektronik anlamına gelmemesi ve 10 farklı anlamı içerdiğini ileri sürmektedir. Aşağıdaki Tablo 1 de "e" ye yüklenen anlamlar verilmiştir.

Tablo 2.1. Eysenbach'ın e-Sağlık İçeriği

Kavram	Açıklama
Efficiency (Verimlilik)	Sağlık kuruluşlarında iletişim olanakları ve hasta katılımı artırılması ile verilen hizmetlerin verimliliğinin artması ve maliyetlerin azaltılması.
Enhancing Quality of Care (Bakım Kalitesinin Artırılması)	Artan verimlilik ile sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artması.
Evidence Based (Kanıt Dayalı)	e-sağlığa dair süreçlerin varsayıma dayalı değil de sıkı bilimsel kanıtlarla desteklenmiş olması.
Empowerment of Consumer and Patients (Tüketicilerin ve Hastaların Güçlendirilmesi)	Kişisel elektronik kayıtlar ve tıbbi bilgi içeren veri tabanlarının hasta erişimine açılarak, hasta merkezli tıp için yeni yollar açmak.
Encouragement (Teşvik)	Sağlık personeli ile hastanın karar verme sürecinde ortaklaşa hareket ettiği bir ilişki biçiminin teşviki
Education (Eğitim)	Bireyler için sağlık eğitiminin devamlılığı ve doktorların çevrimiçi kaynaklara erişimi ve sürekli eğitimi.
Enabling information (Bilgi Sağlama)	Standart bir iletişim şekli ile sağlık kuruluşları arasında iletişimin ve bilgi aktarımının sağlanması.
Extending the Scope of Healthcare (Sağlık Bakımı Kapsamının Genişletilmesi)	Coğrafi ve kavramsal anlamda sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilerek tüketicilerin hizmete erişiminin çevrimiçi olarak kolaylıkla sağlanmasıdır.
Ethics (Etik)	Çevrimiçi ortama geçmenin sağladığı yeni hasta mahremiyeti, aydınlatılmış onam formu gibi sorunların etik tehditleri boyutu.
Equity (Eşitlik)	Sağlık hizmetlerine ulaşımı adil hale getirerek erişimi olanlar ve olmayanların arasında eşitsizliklere çözüm bulunması. Dezavantajlı gruplar ile normal bireylerin arasındaki dijital uçuruma çözüm sağlanması.

Kaynak: Eysenbach, 2001.

2.3.2. e-Sağlığın Kapsamı

e-Sağlık kapsam olarak Mobil Sağlık, Giyilebilir Teknolojiler, Tele-Tıp, Robotik Uygulamalar, Elektronik Kayıt Sistemleri, Dijital Hastane, sanal gerçeklik gibi kavramları içermektedir. e-Sağlığın kapsamındaki bu kavramlara ilişkin bilgilere aşağıda değinilmiştir.

Mobil sağlık

Mobil teknolojilerin kullanılarak akıllı telefonlar, hasta izlem cihazları, kişisel dijital asistanların kullanımına dayalı halk sağlığı uygulamaları olarak tanımlanabilir. Ana teması coğrafi, zamansal engellerin ortadan kaldırılmasını sağlayarak her zaman ve yerde sağlık hizmetlerini sunmaktır (Zhang vd., 2010). Mobil sağlık uygulamaların kullanıcıları sağlık profesyonelleri olduğunda amaç genellikle hasta izlemleri, laboratuvar ve sağlık verilerine ulaşımıdır. Sağlık profesyonelleri dışındaki bireylerin tercihleri ise daha çok sağlıklı beslenme, kilo yönetimi su ve ilaç hatırlatıcıları, egzersiz ve fitness programları oluşturan uygulamalar, üreme sağlığı ve adet takibi, kronik hastalıkların semptom takiplerini sağlayan uygulamalar, hastane randevu sistemleridir (Abroms vd., 2013; Azar vd., 2013; Higgins, 2016; Schoffman vd., 2013).

Giyilebilir teknolojiler

Kıyafet, takı gibi eşyalara yerleştirilebilen ya da yapıştırılabilen bütün elektronik cihazlar aracılığıyla bireylerin günlük yaşamında sağlıklarının takibinin yapılabilmesini sağlayan teknolojilerdir (Demirci, 2018a). Kullanım alanları genellikle yaşamsal bulguların takibi, fiziksel aktivite takibi, diyabet hastalarının insülin tedavisi salınım takipleri, biyokimyasal ölçümler vb. olmak üzere oldukça geniştir (Bostancı, 2015). Bu teknolojiye örnek olarak Abbott iğnesiz glikoz monitörü, sporcular için kullanılan ChemPhys Patch isimli yorgunluk ve kalp istatistiklerini ölçen yama, kortizol düzeylerini takip eden stres yaması, vücut sıcaklığı, sıvı kaybı, elektrolit ölçümleri yapan ter yaması vb. örnektir (Büyükgöze, 2019).

Tele-tıp

e-Sağlık kavramını bir bileşeni olarak Tele-tıp kavramı bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesi, geliştirilmesi amacıyla tıbbi bilgilerinin bilişim teknolojileriyle aktarımıdır (Kılıç, 2017). Kullanım amacına göre iki şekilde sınıflandırmak mümkündür (Wootton vd., 2007). Bunlar;

- Sağlık profesyonellerinin birbirleriyle bilgi paylaşımı amacıyla,
- Video konferans gibi yöntemlerle hastalar ile sağlık çalışanları arasında muayene vb. şekilde

Ayrıca dünyada kabul gören tele-tıp uygulamaları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Bakan, 2019);

- Evde sağlık bakımı
- Tele-dermatoloji
- Tele-Patoloji
- Tele-Radyoloji
- Tele-Cerrahi
- Tele-Endokrinoloji
- Tele-Dış Hekimliği
- Tele-Epilepsi
- Tele-Psikiyatri
- Tele-Kardiyoloji

Robotik uygulamalar

Sağlık sektörü yüksek verimlilik beklentisi yaşayan bir sektör olarak sıkça robotlardan faydalanmaktadır. Yalnızca hasta tedavisi ve bakımıyla değil, ilaç test-üretim aşamaları, lojistik sağlama vb. alanlarda da kullanılmaktadır. İlaçların üretiminde hassas duyarlılık düzeylerini yakalamak, hastane içi lojistik işlerin etkin ve hızlı gerçekleşmesini sağlamak buna örnek verilebilir. Ayrıca dünya genelinde yaşlı nüfusun artması sebebiyle yaşlı bakım hizmetlerinin yetersiz iş gücü sorununa çözüm olarak robotlar kullanılmaktadır. Hastaların banyo yapma, giyinme, taşınması gibi birçok günlük işlerde yine robotlardan faydalanılmaktadır (Bacaksız vd., 2020).

Elektronik kayıt sistemleri

DSÖ'ye (2023) göre elektronik sağlık kaydı; hasta dosya ve çizelgelerinin dijital versiyonu olmakla beraber erişim yetkisi bulunan kullanıcıların hasta bilgilerine hızlı ve güvenli biçimde ulaşmasını sağlayan sisteme verilen isimdir. Yalnızca hastanın kimlik bilgilerini içermekle kalmaz tıbbi geçmişine ait laboratuvar kayıtları, aşı ve alerji kayıtları, radyoloji geçmişi, daha önce kullandığı ilaçlar, uygulanan tedavi

protokollerini de içerir. İş akışlarının otomatik olarak düzenlenmesi karar verme sürecinin hızını etkiler. Ayrıca yalnızca hekim değil hastayla temasta bulunan tüm laboratuvar, eczane, acil servisler vb. hizmet sunucularıyla bu dijital ortam paylaşılarak hastaya ait süreçte tüm klinisyenlerin bilgilerini içerir (WHO, 2023).

Dijital hastane

Hastane içerisinde bulunan tüm bilgi sistemlerinin, medikal/medikal olmayan bütün teknolojilerle entegre olduğu, sağlık personeli ve diğer çalışanların hız ve enerji tasarrufu edebilmesine olanak sağlayan, kağıtsız/filmsiz çalışılan, tedavi, teşhis süreçlerinin otomasyon ile yapıldığı, ileri teknolojik donanımına sahip kaliteli sağlık hizmeti sunan, üçüncü taraf ve e-devlet sistemi ile entegre edilmiş hastanelere dijital hastane denir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023a). Bu sistemde hasta, hastaneye girdiği anda kendisine ait akıllı dijital kart ile tanımlanarak tüm dosyasına ulaşılır. Gittiği bölüme göre tanı ve tedavi süreçlerine ait geçmiş bilgileri mevcuttur. Bu sayede yanlış tedavi ya da ilaç kullanımı riskleri ortadan kalkmaktadır. Bu hastanede çekilen bir görüntüleme dünyanın her yerinden hekimlere gönderilerek konsültasyon isteme kolaylığı dahi sağlar. Kronik hastaların standart günlük ölçümleri ve takipleri takip eden hekime ulaşabilmektedir. Hatta mobil cihaz vasıtasıyla da şehir dışındaki hastaların takip süreçleri yürütülebilmedir (Ak, 2013).

Sanal gerçeklik

Sanal gerçekliği; fiber optikler, fiber eldiven teknolojileri, video gözlükler aracılığıyla bireyin içerisinde hareket etmesiyle farklı duyuları etkileyerek gerçek ve hayalin birleştiği alternatif bir dünya olarak tanımlanmaktadır. Genellikle bilgisayar, kulaklık, gözlük, hareket algılayan sensör ve kameraların birleşiminden ortaya çıkan bir donanımdır (Steuer, 1992; Aktaran Demirci, 2018b). Uygulama alanları incelendiğinde ağırlıklı olarak oyun/eğlence alanlarında kullanılsa da askeri personel yetiştirilmesi amacıyla eğitim, havacılık, savunma sanayi ve sağlık gibi birçok alanda kullanılmaktadır. Özellikle pilotaj eğitimleri simülasyonları sayesinde zorluk derecelerine ve farklı koşullara göre eğitim verilirken maliyetlerin düşürülmesi en sık kullanım alanlarıdır (Öztürk ve Sondaş, 2020).

Sağlık alanında kullanım örnekleri incelendiğinde sağlık personelinin eğitimi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon süreçleri, test ve analiz amaçlarıyla

kullanılmaktadır. Eğitim amacıyla gerçekleştirilen uygulamalardan çok sayıda hata yapma ve hataları takip edebilme olanakları ile donanımlı sağlık personeli yetiştirme, cerrahi operasyonların kritik olduğu durumlarda önceden farklı senaryoları deneyimleme imkânları mevcuttur. Teşhis ve tanı süreçlerinde üç boyutlu modellemeler ile verim artırılabilir (Öztürk ve Sondaş, 2020). Ayrıca tedavi ve rehabilitasyon sürecinde hastaların motive edilmesi ve korkularını yenmesi üzerine kullanılabileceği de belirtilmiştir (Holden, 2005).

2.3.3. e-Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

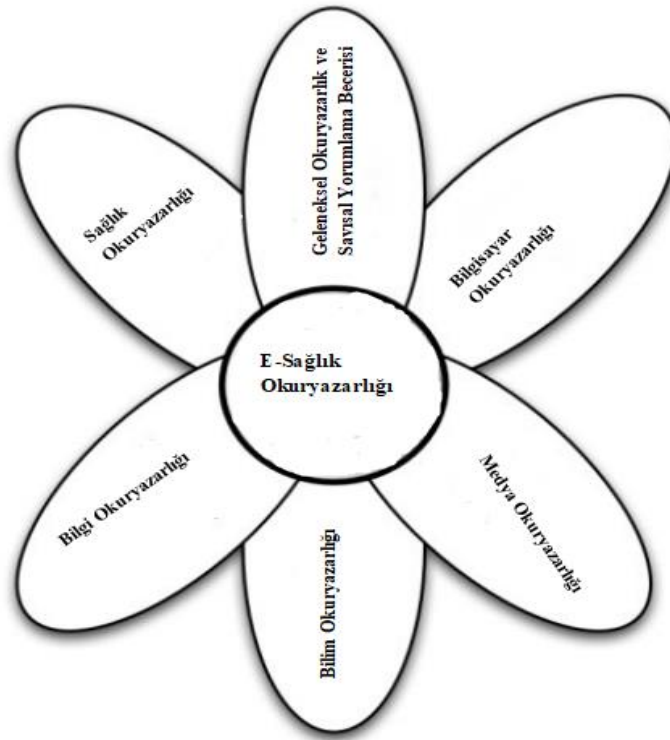
Günlük hayatta internet kullanımının vazgeçilmez olması sağlık arama davranışlarını da etkilemiştir. Tele-tıp hizmetleri, mobil uygulamalar, internette yapılan günlük sağlık hakkında bilgi aramaları, sosyal medya aracılığıyla sağlıklı yaşama dair öneriler edinilmesi gibi pek çok konu sağlık okuryazarlığında farklı bir yaklaşım ihtiyacı doğurmuştur. Böylece e-Sağlık okuryazarlığı giderek artan bir önem kazanmıştır (Ulus ve Gürkan, 2011). Sağlık okuryazarlığı bireyin, ilacı hangi doz ile alması gerektiği, alışkanlıkların getirdiği risklerin farkında oluşu, tansiyon ya da şeker ölçümlerini anlamlandırabilme gibi konularda sahip olduğu bilgi düzeyiyle ilgilidir. e-sağlık okuryazarlık düzeyi ise bireyin internet kaynaklarını kullanarak sağlık bilgisi edinmesiyle alakalıdır (Deniz, 2020).

Norman ve Skinner (2006) tarafından yapılan tanımlamaya göre e-Sağlık Okuryazarlığı, bireylerin elektronik kaynaklar ve sağlık bilgilerini içeren çevrimiçi ortamlarda başarılı bir biçimde gezinebilmeleri için ihtiyaçları olan analitik ve özel becerilerle sağlık hakkındaki bilgileri arama-bulma, anlama ve bu bilgileri değerlendirerek kullanabilme yeteneğine sahiplik derecesidir. Peerson ve Sounders (2009), e-sağlık okuryazarlığı kavramını sağlık hakkında karar verebilmek için dijital ortamdaki bilgileri etkin biçimde kullanabilme yeteneği olarak tanımlamıştır. Paige ve arkadaşlarının (2018) yaptığı tanımlamaya göre, sağlığı korumak ve geliştirmek için çevrim içi ortamlardan sağlık bilgilerini arama-bulma, anlama, paylaşma ve değerlendirme sonucunda ise çevresel düzeyde bu bilgileri uygulayabilme becerisidir. Aşağıda e-Sağlık Okuryazarlığı modelleri açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda Lily ve Gilstad Modelleri aşağıda ayrıntılı şekilde incelenecektir.

Lily (Zambak) modeli

e-sağlık okuryazarlığının modeli denildiğinde ilk model olarak akla gelen Norman ve Skinner'a aittir. Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen bu modelde temel altı farklı unsur bir bireyin e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemektedir. Şekil 9'da da gösterildiği üzere bu unsurlar;

- Geleneksel Okuryazarlık
- Bilgi Okuryazarlığı
- Sağlık Okuryazarlığı
- Bilimsel Okuryazarlık
- Bilgisayar Okuryazarlığı
- Medya Okuryazarlığıdır.



Kaynak: Norman ve Skinner, 2006b.

Şekil 2.9. e-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli.

Geleneksel Okuryazarlık; Toplum tarafından en çok bilinen okuryazarlık biçimidir. Bir metni okuma, yazılı pasajları anlayabilme, yazma becerisi ve bir dili tutarlı bir biçimde konuşabilme becerilerini kapsar (Tyner, 1998). Her ne kadar web

teknolojileri ses ve görüntü içeriklerini kullansa da hala ağırlıklı olarak metin içeriği fazladır. Metin içeren kaynaklardan bir anlam çıkarabilmek için de temel okuma-yazma becerilerine ihtiyaç duyulur. Ayrıca bireyin sahip olduğu dil de bu konuda önemlidir çünkü internet içeriklerinin %65 kadarının dili İngilizcedir. e-Sağlık kaynağı bulma konusunda İngilizce konuşanların olasılıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu anlamına gelir (Norman ve Skinner, 2006b).

Bilgi Okuryazarlığı; bireyin bir bilgiyi nasıl elde edeceğini, bu bilgiyi nasıl organize edeceğini, başkalarının öğrenebilmesi için nasıl kullanacağını bilmesi olarak tanımlanan kavramdır (ALA, 1989). Bilgi okuryazarlığı olan bir birey, hangi potansiyel kaynaklara başvurması gerektiğini bilmektedir. Uygun bir araştırma stratejisi geliştirmek ve sonuçları ayıklamayı başarabilir. Örneğin Google gibi tarama araçlarını düşünürsek 8 milyardan fazla bilgi kaynağı içeren bu kütüphanelerden bilgi arama stratejilerini geliştirmeleri ve elde ettikleri bilgileri nasıl organize ederek uygulayacaklarını bilmek zorunlu bir ihtiyaç olmaktadır (Norman ve Skinner, 2006b).

Medya Okuryazarlığı; Medya içerikleri hakkında eleştirel düşünebilmeyi içerir. Medyada yer alan bilgileri politik ve sosyal bir bağlamda ele alabilmeyi, iletilen mesajın nasıl şekillendirildiği konularını içeren bir beceridir (Feuerstein, 1999). Genel olarak medyanın ilettiği mesajları eleştirel düşünerek bu mesajlara uygulanan bilişsel süreçleri fark edebilme becerisi olarak düşünülebilir (Norman ve Skinner, 2006b).

Sağlık Okuryazarlığı; Bir önceki bölümde detaylı olarak yer verdiğimiz sağlık okuryazarlığı bu modele göre bireyin sağlıklı karar verebilmesi için alanla ilgili terimleri anlamaları, uygun bağlama yerleştirmeleriyle alakalıdır. Amerikan Tabipler Birliğinin tanımlamasını kaynak olarak alan bu modele göre sağlık okuryazarlığı; sağlık bakım hizmetlerinden faydalanabilmek için gerekli olan temel okuma ve sayısal becerilere sahip olma olarak belirtilmiştir (Norman ve Skinner, 2006b).

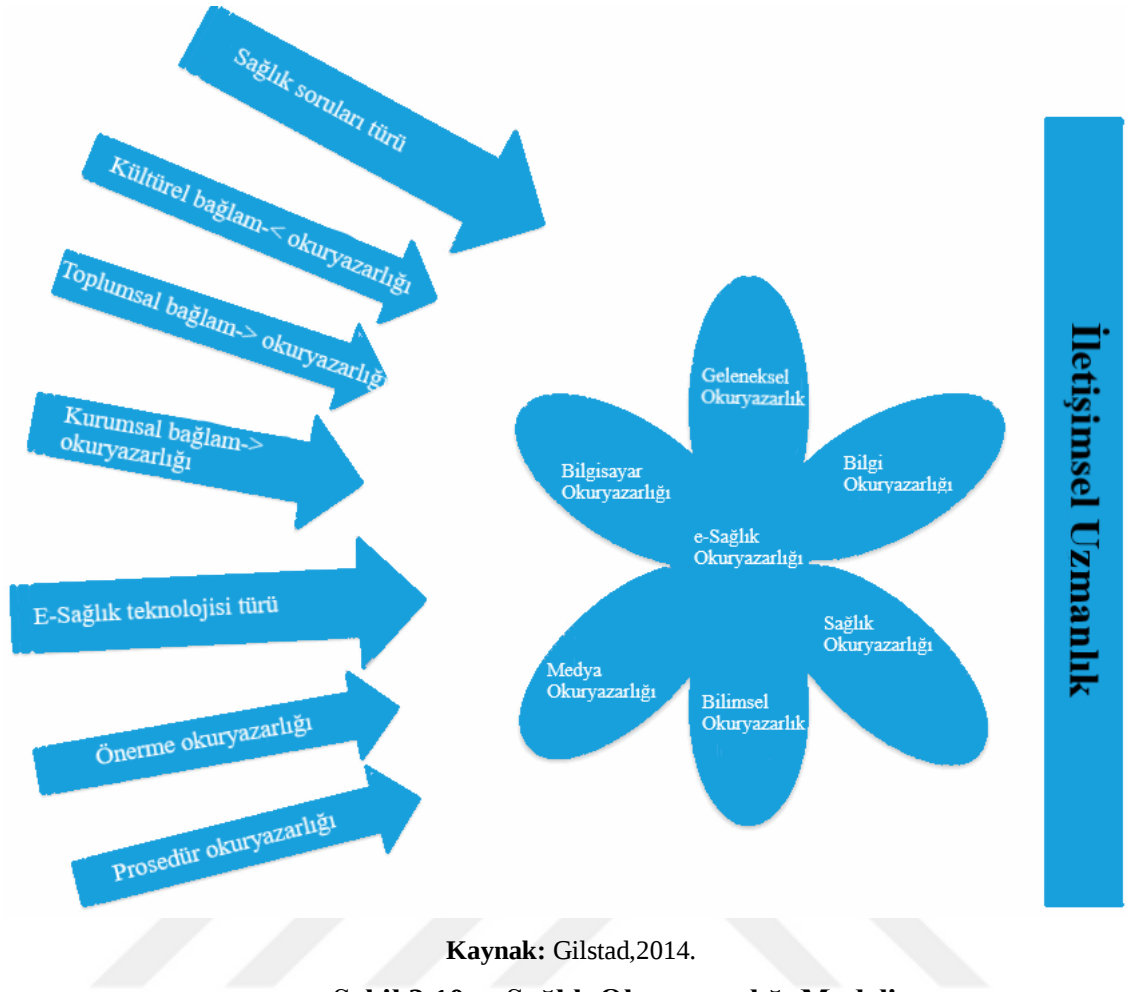
Bilgisayar Okuryazarlığı; problemleri çözebilmek amacıyla bilgisayar kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde her yerde bilgisayarların mevcut olması sebebiyle insanların onları nasıl kullanacağını bildiğini varsaymaktayız fakat onlara ve güncel bilgi teknolojilerine kaliteli bir erişim, kullanım olmadan bilgisayar okuryazarlığından bahsedilmesi mümkün değildir. Sadece bir bilgisayar kullanmak

değil, yeni teknoloji ve yazılımlara uyum gösterebilme becerisi, e-sağlık kaynaklarına erişebilmeyi de içerir (Norman ve Skinner, 2006b). Yapılan çalışmalarda Kanada’da her gencin internet erişimi olduğu halde çok azının bunu kaliteli erişim ve sağlık için bu erişimi kullanabilme becerisine sahip olduğu bulunmuştur (Norman ve Skinner,2006b; Skinner vd., 2003).

Bilimsel Okuryazarlık; bilimin doğasında yer alan sistematik bilgi yaratma sürecinin amaç, yöntem, uygulama, sınırlılıklar ve politikasını anlamak olarak değerlendirilebilir. Birey bilimsel düşüncüyü deneyimleyebileceği bir eğitim süreci yaşamadıysa bilime dayalı internet sağlık kaynaklarını anlayabilmek oldukça zor olabilir. Bilim okuryazarlığı bu bağlamda sağlık araştırmalarının sonuçlarının bilimin nasıl yapıldığı, keşif süreci ve araştırmanın sınırlılık ve fırsatlarının anlaşılabilmesini sağlar (Norman ve Skinner,2006b). Bu modelin eksikliklerini tamamlamak amacıyla Gilstad (2014) tarafından bir başka model geliştirilmiştir.

Gilstad’ın e-sağlık okuryazarlığı modeli

Zambak (Lily) modelinin e-sağlık okuryazarlığı hakkında önemli unsurları barındırmasına rağmen eksik kısımları olduğunu düşünen Gilstad (2014), Lily modelinin unsurlarını da içeren yeni bir model geliştirmiştir. Bu model şekil 10’da gösterilmektedir.



Şekil 2.10. e-Sağlık Okuryazarlığı Modeli.

Gilstad'a göre (2014) Lily modelindeki altı bileşen e-sağlık okuryazarlığını tam olarak ne olduğuna ışık tutmak için eksiktir. Bireyin bir konu hakkında yeterliliğe ulaşabilmesi için bilgi düzeyini geliştirmeye yönelik bir süreçten geçmesi gerekir. Bu anlamda bir olgunun **bedensel deneyimi** öznelidir ve kişiden kişiye değişir. Bir sağlık problemini tanımlama sürecinde bunu bir sağlık sorusuna dönüştürerek aktarım yapması da kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu yetenek e-Sağlık okuryazarlığının temel bir unsurudur (Gilstad,2014).

Bir diğer önemli nokta bu süreçte araçları, teknolojileri kullanabilmek için gereken **yöntemsel okuryazarlıktır**. Bir aracı kullanmak için gereken prosedürel bilgi, işin nasıl yapılacağı ve nasıl hareket edileceğine dair bilgidir. Gelecekte yaşlı nüfusun artması ve refah teknolojilerinin gelişimi ile yaşlı bireylerin evde bakım süreçlerinde kullanılması beklenen sensör, robot, akıllı ev vb. teknolojilerin kullanımı da yine bir prosedür okuryazarlığı gerektirmektedir (Gilstad,2014).

Bağlamsal ve kültürel okuryazarlık ise toplumla başa çıkabilmek için gereklidir. Kültürel normlar, değerler ve kurallar gibi sosyal iletişim unsurları da bireyin toplumla iletişimini ve e-sağlık okuryazarlığı durumunu etkiler niteliktedir. Gilstad (2014), sağlık bilgisine inanma davranışı, toplumun buna yaklaşım şekli ve çözümlerin toplumun farklı her unsuruna uyarlanmış olması gerektiğini ifade eder. Örneğin ABD’de mevsimlik tarım işçileri için özel olarak tasarlanan elektronik kişisel sağlık kayıt sistemi ile işçilerin tüm kişisel bilgileri, sağlık kayıtları, acil durumlarda iletişime geçilmesi gereken bilgileri, tıbbi muayene geçmişi, semptom günlükleri, aşı ve alerji bilgileri tıbbi aile geçmişi gibi birçok verisi kaydedilmektedir. Mivia uygulamasının en önemli özelliği ise çoğunluğunu İspanyolların oluşturduğu mevsimlik işçilerin kültürel bağlamda uygulama dilinin İspanyolca olacak şekilde kullanma seçeneğinin olmasıdır. Böylece toplumun tüm gruplarına uyarlanmış sağlık bilgisi çözümü sağlanmış olmaktadır (Gilstad,2014). Benzer bir örnek ülkemizden de verilebilir. Yiğitalp ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada birçok konuda dezavantajlı olan farklı etnik grupların sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu da Gilstad’ın düşüncesini destekler niteliktedir.

İletişimsel uzmanlık ise sağlık profesyonellerine sorunların iletilmesidir. Sağlık çalışanlarına sorunları yüz yüze, telefonla ya da yazılı olarak aktarma esnasında bilgi alışverişinde bulunmak da e-sağlık okuryazarlığının önemli bir bileşenidir (Gilstad,2014).

2.3.4. e-Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Teknolojinin her geçen gün daha da ilerlemesiyle hayatın bütün alanlarında dijitalleşme hissedilmektedir. Bu alanlardan biri olan sağlık hakkındaki bilgilerin internet kaynaklı dijital ortamlardan elde edilmesi gün geçtikçe artmaktadır (Uslu ve Şeremet, 2020). Bireyin dijital kaynakları tanımlama, onlara ulaşma, ulaştığı kaynakları birleştirme, değerlendirme çözümleyerek sentezleme ve sonuçta yeni kaynak oluşturabilmesi ve bu konudaki farkındalığının yanı sıra bilgilerini medya ifadeleri kullanarak başkalarıyla iletişim kurabilmesine dijital okuryazarlık denilmektedir (Martin, 2006). TÜİK (2023b) verilerine göre ülkemizde internet kullanan bireylerin oranı 2004 yılında %18,8 iken 2023 yılı verileri bu oranın %87,’dir. Bu veriler her geçen gün internet kullanımının yaygınlaştığını göstermektedir.

CDC (2023), e-sağlık okuryazarlığının öneminden bahsederken sağlık okuryazarlığı gibi sağlığı iyileştirmeye, sağlık hizmetlerine erişimde kolaylığa ve sağlık bakım maliyetlerini düşürebileceğini ileri sürmüştür. Giyilebilir fitness takip cihazlarının kullanımının yaygınlaşması ve sağlık hizmeti sağlayan kurumların sosyal ağları iletişim/bilgi paylaşımı için sıkça kullanmalarını buna kanıt olarak gösterilmektedir.

Tosyalı ve Sütçü (2016) 'ya göre sosyal medya tıbbi bilgi ve sağlık bilgilerini elde etmede online bir kaynak halinde gelmiş ve bireylerin bu mecralarda ilaçlar, tıbbi cihazlar ve sağlık personeli ile sağlık kurumları hakkındaki değerlendirmeler yaparak karar verdikleri görülmüştür. Ayrıca uzmanlara sosyal medya aracılığıyla sorular sormak, ilaç yan etkilerini araştırmak vb. yaygın davranışlardandır (Tosyalı ve Sütçü, 2016).

Anlı (2019) tarafından yapılan bir çalışmada ülkemizde yaygın kullanımı olan Uzman Tv, E-Doktor Tv, Sağlık Tv. Web sitelerinin sağlık okuryazarlığına nasıl katkı sağladığı incelenmiş ve bu sitelerin sağlık hakkındaki bilgilendirmelerinin yeterli olmadığı ve doktorların hastalarla birebir iletişim kurmalarının daha doğru olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca internette yer alan bu gibi sitelerin tek yönlü iletişim sağlaması sebebiyle verimli ve etkili olmayacağı, Sağlık Bakanlığı tarafından internette ve sosyal mecralarda dolaşan bilgilerin içeriğini denetlemesinin uygun olacağı dile getirilmiştir (Anlı,2019). Öksüz ve İnan-Eroğlu, (2021) yapılan çalışmada ise diyetisyenlerin Instagram uygulaması üzerinden yaptığı sağlıklı tarif olduğu iddia edilen alternatif öğün önerilerinin normal tariflerden daha sağlıklı olabileceğine inanan bireyler için potansiyel olarak yanıltıcı olduğu, bu anlamda mesleğe ait paylaşımlar için düzenlenmiş yönergelere ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır.

İnternet kullanımının artmasına bağlı olarak özellikle sosyal medya mecralarında paylaşılan içeriklerin sağlık üzerindeki potansiyel etkileri kaçınılmazdır. Özellikle içeriklerin denetime tabi olmaması, ticari kaygı taşımaları gibi sebeplerle bu içerikler ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu sebeple *e-sağlık okuryazarlığı* önem teşkil etmektedir. Aşağıda araştırmanın bir sonraki başlığında ele alınan diğer konu olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında literatür eşliğinde bilgilere yer verilmiştir.

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireylerin sağlığı geliştirme çabaları, toplumların sağlık düzeylerini etkilemesi sebebiyle önemli bir yere sahiptir. Cihangiroğlu ve Deveci (2011), sağlığın günümüzde sosyal, duygusal, manevi boyutlarıyla beraber ele alınan bir konu olması sebebiyle bireyin yaşam kalitesini arttırmaya çalışması, sağlık davranışlarının sağlıklı yaşam biçiminin yerleştirilmesi için elzem olduğunu vurgulamaktadır. Aşağıda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve bileşenlerine ayrıntılı olarak değinilmiştir.

2.4.1. Sağlık Davranışı

DSÖ'ye (2021) göre sağlık davranışı; sağlığın geliştirilmesi sözlüğünde bireyin sağlığını koruma, sürdürme ya da tekrar kazanmak için gerçekleştirdiği, nesnel olarak etkili olup olmadığına bakılmaksızın yapılan tüm davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Kişinin bilişsel duygusal ve kişiden kişiye değişkenlik gösteren faktörlerin yanı sıra yaşadığı her türlü sosyal, kültürel, fiziksel hatta ticari çevre tarafından dahi şekillendirilebilir (WHO, 2021). Sağlık davranışı temelde bireyin kendi hayatını devam ettirirken kendini hastalıklardan koruyacağına dair inanarak uyguladığı eylemleri ifade eder. Bireylerin bu inançları doğrultusunda edindikleri bilgileri uygulamaları pozitif ya da negatif yönde sağlıklarına etki edebilir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004).

2.4.2. Sağlık Davranışını Etkileyen Faktörler

Bireyin sağlık davranışı üzerinde etkili olan faktörlerden en önemlisi, kişinin sahip olduğu sağlık algısıdır. Her kişi ve toplumda değişiklik gösteren bu kavram değişkendir. Eğer birey bir sağlık problemi olduğunu algılayamıyor ve bu durumun farkında değilse sağlığını geliştirmek adına davranışlarında farklılık yaratmaya gitmeyecektir. Hasta olmadığını düşünen kişi sağlık kurumuna başvurmayacak ya da buna sebep olan eylemi değiştirmeyecektir (Arıkan, 2020).

Cinsiyet, ülkenin gelişmişlik düzeyi, eğitim durumu ve sosyo-ekonomik durumlar da sağlık davranışı üzerinde ciddi etkiye sahip değişkenlerdir. İçerisinde Palipudi ve arkadaşlarının (2012) içinde Türkiye'nin yer aldığı 13 düşük ve orta gelirli ülkede yaptıkları çalışmanın sonuçları bu durumu destekler niteliktedir. Bu çalışmaya göre özellikle sigara kullanımında kadınların erkeklere göre ciddi anlamda düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca eğitim seviyesi ve ekonomik durumu daha düşük grupların tütün kullanımını daha yaygın olarak sergilediği ortaya çıkmıştır.

Esin ve Aktaş, (2012) tarafından yapılan bir araştırmada çalışan bireylerin sigara içme, aşırı kilolu olma, besin seçimlerinin karbonhidrat ve yağdan zengin olması, fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiştir. Sağlık davranışı üzerinde bireyin yaşının, çalışma saatlerinin, ekonomik sorunların, medeni durum ve kişinin sağlık algısının, cinsiyetinin etkili olabileceği belirlenmiştir.

2.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Bileşenleri

Bidlack'e göre (1996) sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, bireyin kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite yapması, beslenme alışkanlıkları, stres yönetimi sağlaması ve kişiler arası destek konuları hakkında yapılan değerlendirme bileşkesidir. Bu konular aşağıda detaylı olarak incelenmiştir.

Sağlık sorumluluğu

Bireyin sağlık durumu kendi sağlığı hakkında gerçekleştirdiği koruyucu, hastalıklara karşı önleyici ve sağlığını geliştiren davranışlarına göre belirlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık sorumluluğu, kişinin davranışlarıyla kendi sağlık durumundan sorumlu olduğu anlamına gelir. Bireyin rutin taramalarını yaptırmayı, kendi vücudunu tanıması ve bir değişiklik fark ettiğinde sağlık kuruluşuna başvurması, sağlığa dair haberleri ve gelişmeleri takip etmesi davranışlar bireyin sağlıklarına dair aldıkları sorumluluğun sonucudur (Berçin 2010; Bottorff ve Johnson, 1996; Yıldırım 2005).

Pillutla ve arkadaşlarının (2018) aktardığına göre her ne kadar temel sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olması adına politikalar geliştirilse de dünya genelinde kişilerin sağlık durumlarından sorumlu tutulabilmeleri için uygulamalara başvurulmuştur. Burada amaç sağlık sonucunun failinin bireysel davranışlarından kaynaklanan sonuçlarının sorumluluğunu almasıdır. Tedaviyi hak etmek için yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları istenmesi gibi. Sözgelimi Birleşik Krallık'ta ameliyat olabilme ön şart olarak kilo verme ya da sigara bırakma dayatılmıştır (Pillutla, vd., 2018). Almanya ve İsviçre'de ise son dönemlerde olumsuz sağlık davranışı sergileyen bireylerin bekleme listelerinde düşük öncelik alması ya da daha fazla katkı payı ödemeleri yapması önerilmiştir (Schmidt, 2007). Genel ve vergiye dayalı sağlık sistemleri açısından düşünüldüğünde, kişiler hastalıkları ve hastalığın sebebi ne olursa olsun bakım beklemesi ve yaşam biçimlerinin sonucunda ortaya çıkan hastalıkların

hizmet kapsamı, maliyetleri, hastalık yükleri bu tarz politikaları çekici kılmaktadır. (Feiring vd., 2022). Özellikle son günlerde aşı karıştırlarının sağlığı geliştirici programlara karşı tutumunun toplum sağlığını olumsuz etkilemesi sebebiyle yasal yaptırım ve politika uygulanması hakkındaki talepler, bireyin sağlık sorumluluğu hakkında çarpıcı bir örnektir (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019).

Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, insan iskeletinin kaslar vasıtası ile vücudun hareket ederek enerji harcaması olarak tanımlanır. Yürüme, koşma, çömelme- kalkma, baş gövde hareketleri, kol bacak hareketleri, sıçrama gibi vücut hareketlerini kapsayan; gün içerisinde gerçekleştirdiğimiz bahçe işleri ya da merdiven inip çıkmak gibi eylemler, egzersiz ve çeşitli spor dallarında yapılan faaliyetler, dans vb. her şey fiziksel aktivite olarak kabul edilir. Egzersiz ise tekrarlı vücut hareketlerini içeren düzenli fiziksel aktivite olarak tanımlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

İlk insanlardan itibaren doğada ayakta kalabilmek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için sürekli çaba halinde olan insanlar sürekli hareket halinde olmuşlardır. Fakat 19. yüzyılın sonlarına gelindiğinde gerçekleşen sanayi devrimi ve buharlı makinelerin üretimde insan iş gücünün yerine kullanılmaya başlanması, daha sonra gelişen teknolojiler ve her geçen gün daha fazla kolaylıklarla şekillenen insan hayatı sonuçta hareket etme gerekliliğinin hızla azaldığı bir hal almıştır. Sadece 100 yıl kadar önce dünyadaki enerji ihtiyacı %90 insan gücüyle sağlanırken bugün bu oran %1'in altına inmiştir. Fiziksel aktivitenin giderek azaldığı ve buna bağlı sağlık sorunlarının arttığı gözlemlenmiştir (Zorba ve Saygın, 2017).

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığımız üzerine etkilerinin yanı sıra gelecekteki yaşantımız üzerine faydaları da mevcuttur (Bek, 2012). Bedensel sağlık açısından, iskelet kas sisteminde kas kuvvetinin korunarak artırılması, kas tonusunun korunması; kas-eklem kontrolünün artırılması ve stabilite sağlanması, fleksibilite, kondisyon ve dayanıklılığın artması, refleks gelişimleri, postür düzgünlüğünün sağlanması, osteoporozun önlenmesi, yorgunluğun azalması gibi birçok faydası bulunmaktadır. Ayrıca yalnızca iskelet sistemi değil, kalp ritminin ve kan basıncının düzenlenmesi, damarların elastik yapısının artması, kolesterol ve trigliserit düzeylerinin düşürülmesi ve HDL lipoproteinlerinin artmasını böylece kalp krizi

risklerini azaltır. Akciğer kapasitesinin artmasını sağlar, kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur. Kadınlarda mensturual semptomların azalması, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesine, gebelikte görülen sırt ağrılarına karşı etkilidir. Ayrıca yağ yakımı ve metabolizma üzerine etki ederek kilo kontrolüne yardımcı olur (Bek, 2012).

Ruhsal ve sosyal sağlık açısından; bireyin kendine vakit ayırarak kendini iyi hissetmesi ve mutluluk ile yaşama karşı toleransını artırır. Stresle başa çıkabilme ve olumlu düşünebilme yeteneğini artırır. Kilo kontrolü ve vücut düzgünlüğü- farkındalığı sebebiyle sosyal ortamlarda bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler olmasına yardımcı olur. Sosyal uyum, bireyler arası iletişim ve kabul görme oranını artırarak bireyin hem sosyal hem psikolojik sağlığını destekler (Bek, 2012).

Fiziksel Aktivite gelecek yaşantı üzerinde ise sağlıklı yaşlanma sağlayarak etki gösterir. Toplumda aktif ve bağımsız yaşlı bireylerin sayısını artırır. Ani ve sistemik hastalık ölümleri, kanser çeşitleri, enfeksiyon risklerini azaltır. İskelet ve kas sistemini güçlendirmesi sebebiyle düşmelere bağlı kırık risklerini düşürür, yaşlanma sonrası bireylerin yaşamdan keyif alması ve önemsiz hissetmemesi için önemli derecede yardımcı olur (Bek, 2012). 2019 yılında yapılan bir çalışmada sadece yürüme egzersizi yapan bireylerin, bu egzersizin uyku düzeni, beslenme alışkanlıkları ve sağlıklarının daha iyi duruma gelmesini sağladığını belirtmiştir (Kolukısa vd., 2019).

Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme yalnızca karın doyurma ya da açlık duygusunu bastırma adına yeme- içme eylemleri değil; kişinin sağlığını koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltme adına vücudunun gereksinim duyduğu besin öğelerini uygun zamanlarda ve yeterli olan miktarlarda alması olarak tanımlanan bilinçli bir davranıştır. Vücudun ihtiyacı olan miktardan daha az alındığında yetersiz beslenme oluşur. Eğer bu öğelerin bir ya da birkaçı gereğinden fazla alınırsa da bazıları yağa dönüştürülerek depolanır ve böylece dengesiz beslenme gerçekleşir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023b).

Beslenme vücuda alınması gereken makro besin öğeleri protein, yağ ve karbonhidratlardır. Sağlıklı bir diyetin içeriğinin günlük olarak %15-20'sinin protein, %20-25'inin yağlardan ve %50-55'inin karbonhidratlardan sağlanması gerekmektedir. Ayrıca vitamin ve mineral denilen mikro besin öğeleri ve su ihtiyacı da ihtiyacımız olan

diğer besin öğeleridir. Günlük enerji ihtiyaç düzeyi ve bireyin alması gereken diyetin özellikleri kişiden kişiye değişiklik gösterir ve yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite durumu, menstürüal durumu, biyokimyasal bulgular, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalık varlığı gibi birçok faktörden etkilenir. Kişiyi özel tüm bu bilgiler doğrultusunda ihtiyacımız olan bu besin öğeleri 5 temel besin grubundan beslenerek elde edilir (Baysal vd., 2014). Bunlar;

- Protein ve yağ bakımınca zengin, genel olarak birincil yemek olarak kullandığımız et, yumurta, kuru baklagiller
- Kalsiyum, protein, yağ, B grubu ve A vitaminince zengin Süt ve türevi ürünler
- Ağırlıklı olarak karbonhidrat kaynağımızı oluşturan ve vücudumuzun temel enerjisini sağlayan, B vitaminlerince zengin tahıllar ve tahıl türevleri
- Mikro besin öğelerinin alınmasında öncül olan Sebze ve Meyveler
- Vücuda enerji veren, özellikle besinlere ekleyerek kullandığımız yağlar ve tatlılar.

Dünya sağlık örgütü, sağlıklı bir diyetin içeriğinin; günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze içermesi, basit şekerlerin alımının günlük enerjinin %10'unu geçmeyecek şekilde ayarlanması, sodyum tüketiminin sınırlandırılması adına günlük tuz tüketiminin 5 gr'dan az olması, doymuş ve trans yağların yerine doymamış yağların tercih edilmesi, paketli ve dondurulmuş gıdalardan uzak durulması olarak belirlemiştir (World Health Organization, 2023).

Ayrıca her geçen gün gelişen teknolojinin ve değişen çalışma yaşamının getirdiği değişiklikler sonucunda beslenme alışkanlıkları ve biçimleri değişmeye başlamıştır. İş hayatına katılımın artması sonucu iş yerlerinde toplu beslenme hizmetlerinin sunulması, uzun ve yorucu çalışma saatlerinin ardından besin pişirmek yerine dışarıda yeme alışkanlığının kazanılması, hızlı ve uygun fiyatlı ürünlerin tercih edilmesi bir başka konuyu gündeme getirmiştir. Gıda güvenirliliği ile toplu beslenme standartlarının oluşturulması, HACCP vb. protokoller, hijyen standartları konuları önem kazanmıştır (Bilici ve vd., 2008). Sağlığı koruyucu ve geliştirici bir beslenme şekli

oluşturmak için öncelikle besinlerin her türlü zararlıdan (mikroorganizma, parazitler, böcekler, pestisit-insektisitler vb.) arındırılması gerekir. Besinlerin saklama/ depolama koşullarına, pişirilirken ve hazırlanırken çapraz bulaşma risklerini en aza indirgeyerek zehirlenmelerin önüne geçmeye ve servis hijyen koşullarına dikkat edilmesi elzemdir. Ayrıca pişirilen besinlerin saklama ve tüketilme süresine de özen gösterilmelidir (Ersoy, 2004).

Manevi gelişim

Bireyin kendini gerçekleştirebilmesi; kendini tanıması, olduğu gibi kabul ederek kendine değer vermesi, güçlü ve zayıf yönleriyle hayatının amacına ulaşmak için farkındalıklı bir yaşam sürmesine bağlıdır (Yıldırım, 2005). Kişinin yaşamın anlamını, evrendeki yerini, diğer insanlarla ve kendisiyle olan ilişkisini anlama ve kabul etme çabası maneviyat olarak tanımlanır. Aslında maneviyat kişinin kendisi ve varoluşunun ötesinde bir güçtür. İnsanın varlığına dair bir iç değerdir. Ölüm ve yaşam hakkındaki soru ve cevapları içinde barındırır. Yaşam süresince edinilen deneyimlerle biriken bilgilerin kazanımıyla her birey kendi maneviyatını inşa eder bu yüzden birey için anlam ifade eden unsurlar içerir (Boztilki ve Ardıç, 2017).

Sağlık ve maneviyat arasındaki ilişki genellikle maneviyatı yüksek bireylerin inanç ya da kendine değer verme sebepleriyle kötü alışkanlıkların engellemesi, dolayısıyla bireylerin sağlıklı yaşama, planlı yaşama, sağlıklı beslenme gibi noktalarda birleşir. Manevi gelişimi yüksek hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal yönlerden daha sağlıklı olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Çünkü manevi gelişimi yüksek hastaların ümit düzeyleri ve yaşam kaliteleri yüksektir, stresi daha iyi yönetirler ve depresyon/izolasyon eğilimleri de daha düşüktür (Peteet ve Balboni, 2013).

Selman ve arkadaşları tarafından (2018) dokuz farklı ülkeyi kapsayan bir çalışmanın sonucunda maneviyatın, palyatif grupta hastalıkla baş edebilmek için önemli bir araç olduğu görülmüştür. Bununla beraber hastalığın bir cezalandırma olabileceğini gören hastalar da mevcuttur. Bu çalışmadaki hastalar ve onların bakıcıları sağlık hizmetlerinde manevi bakımın ihmal edildiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Sağlık hizmetleri sunum sürecinde manevi bakım uzmanları tarafından desteklenmesi çalışmanın vurguladığı bir diğer nokta olmuştur (Selman vd., 2018).

Kişilerarası ilişkiler

Pender (1992), kişilerarası destek kavramını; sosyal bütünlük, bakım imkânı, mahremiyet, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberliği elde edebilme olarak tanımlar. Pender'e göre (1992) bireyin kendine yakın hissettiği kişiler ile arkadaşlık kurması ve zaman ayırması, anlamlı ve tatmin edici insan ilişkileri kurması, yakın hissettiği bireylere dokunmak ve bundan hoşlanmak, insanlarla fikir alışverişinde bulunabilmek, sorunların çözümü için tartışabilmek veya uzlaşmak, başkalarını başarıları sebebiyle övmek bu kişiler arası destek sisteminin parçalarıdır.

İnsanın doğumundan ölümüne kadar diğer insanlarla ilişki içerisinde olması, onlardan sosyal destek olarak olumsuz yaşam koşullarıyla başa çıkması sosyal destek olarak tanımlanır. Bireyin günlük sorunlarıyla baş ederken ihtiyaç duyması halinde ekonomik olarak desteklenmesine maddi destek; güven, sevgi, empati, ilgi, şefkat ya da bir gruba ait olma gibi sırdaşlık ilişkileri ile sosyal gereksinimlerinin karşılanmasına duygusal destek ve kişinin sorunlarının çözümü için gerekli olan bilginin paylaşılması ise zihinsel destektir. Bireyin çevresinden gördüğü ve sahip olduğu bu destekler sonucunda kendine biçtiği genel değere ise algılanan sosyal destek denir (Ardahan 2006).

Hayatın akışında sorumlulukların yarattığı gerilimler ve bunlarla başa çıkmada arkadaşlığın, sırdaşlık ilişkisinin önemini inceleyen çalışmalarda, dostu olmayan bireylerin yaşama dair stresten daha fazla rahatsız olduklarını, bu bireylerin daha düşük benlik değerlerine sahip oldukları ve daha fazla psikopatolojik semptomlar taşıdıkları bulunmuştur (Yıldırım 1997). Yapılan çalışmalar gösteriyor ki sosyal ilişkiler kurmanın sağlık üzerine olumlu etkisi vardır (Umberson ve Montez, 2010). Sanayileşmiş ülkelerde ciddi düzeyde görülen sonuçlara göre sosyal ilişkilere düşük seviyede katılım gösteren bireylerin ölüm olasılığı daha fazla katılım gösteren bireylere nazaran daha yüksektir (Berkman ve Syme, 1979).

Stres yönetimi

Stres tanım olarak bireysel farklılıkların ve psikolojik süreçlerin toplumsal ve çevresel uyaranlara uyum sağlama çabası olup, fiziksel ve psikolojik anlamda baskı oluşturan bir çevresel etmenin organizmaya yansısıyla meydana gelen sonuçtur.

Aslında organizmanın çevre etkileşimi sonucunda yaşadığı gerilim, gerginlik olarak ifade edilir (Arpacı, 2005; Özel ve Karabulut, 2018).

Stres bireyin sahip olduğu ruhsal ve fiziksel bütünlüğe zarar veren, istem dışı bir biçimde bireyi baskınlık ve dışa yönelik olumsuz tepki içerisinde bırakan bir durumdur. Bu sebeple birey olağan yaşamına devam edemez. Gündelik hayatın normal sürecine dönebilmesi için bireyin stres halinde olmasına sebep olan durumun ortadan kalkması ya da baş edilebilir bir hale gelmesi, bireyde yarattığı rahatsızlık düzeyinin minimuma inmesi gereklidir (Gökler ve Işıtan, 2012). Yapılan çalışmalar stresli bir yaşam tarzının sadece psikiyatrik olgular için değil diyabet, kalp-damar, mide-barsak, cilt hastalıkları gibi birçok bedensel rahatsızlıklar açısından önemli risk kaynağı gösterilmiştir (Lehman vd., 1991; Lovallo, 2016).

2.5. e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlıklı yaşam davranışlarını kazanabilmeleri ve yaşam tarzı haline getirerek bunu sürdürebilmeleri önemlidir. Bireyin günlük hayatının düzenli bir parçası olarak sağlığını ciddi bir biçimde etkileyebilen, gönüllü olarak yapılan günlük yaşam düzeni olarak tanımlanan yaşam tarzı, sağlıklı bir toplumun oluşturulması için gereklidir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları önem arz etmektedir (Eyimaya vd., 2021).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin sağlık durumlarının kötüleşmesine, hastaneye yatış oranlarının artmasına, tedavi süreçlerinde ilaç kullanımının ertelenmesine, sağlık harcamalarının artmasına, kronik hastalıklarda öz yönetim becerisinin yetersiz olmasına sebep olduğu bilinmektedir (Erdağ, 2015; Jacops vd., 2016). DSÖ tahminlerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80 civarındaki oranı, gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50 kadarı bireylerin yaşam biçimlerinden kaynaklanan hastalıklardır (Vural, 1998). Zira bu hastalıklarda bireyin tutum ve davranışları ciddi önem taşımaktadır. Bu da sağlıklı yaşam şekillerinin sağlığı geliştirmede ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

Gökkaya ve Alpaslan (2022)' a göre sağlıklı yaşam için bireylerin yapacakları davranışları, seçimleri, sağlıklarını olumlu etkileyebilecekleri kararlar verebilmeleri, verdikleri kararları uygulayabilme becerileri için bireylerin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması gerekmektedir. Sigara içme, hareketsiz yaşam ve alkol tüketimi gibi sağlık riski oluşturan davranışlar da düşük sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilişkilidir (Adams vd., 2013; Stewart vd.,2013). E-sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı az olmakla beraber bunlara aşağıda değinilmiştir.

Milanti ve arkadaşlarına göre (2023), e-sağlık uygulamalarından faydalanmak, e-sağlığa katılabilmek için bireyin sahip olması gereken e-sağlık okuryazarlık düzeyi her geçen gün daha önem kazanmaktadır. Bu kavram içerisine yalnızca e-sağlık uygulamalarını değil, bireyin sağlık sorunu karşısında elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi aramak, değerlendirmek ve uygulayarak davranış değişikliği göstermeyi de alır. Bilgi iletişim teknolojileri geliştikçe de hızlı değişimler yaşanmaktadır ve e-sağlık okuryazarlığı da dinamik olmasıyla gelişen süreçlere ayak uydurmaya odaklanmış bir beceridir. Bu bağlamda sağlığı teşvik edici davranışlar ve psikolojik iyi hal e-sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir (Milanti vd., 2023).

Çin'de Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık davranışlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgisini inceleyen bir çalışmada öz yeterliliğin sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilme ve sürdürülme konusunda önemli bir nokta olduğu vurgulanmıştır. Öz yeterliliği yüksek bireylerin sağlıklı davranışları sergilemede daha fazla çaba harcadığına değinilmiştir. Araştırma sonucunda e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileme ve öz yeterlilik arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Bao vd., 2022). Bir başka konu da bireylerin sağlık hizmetlerine erişim becerisidir. Akğün (2020) çalışmasında e-sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin, doktor randevusu alma, sağlık hizmeti kullanma ve ilaç kullanımının daha fazla olduğunu bulmuştur. Ayrıca aynı çalışmada e-sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları bileşenlerinden olan egzersiz/ fiziksel aktiviteyi daha sık yaptıkları bulunmuştur (Akğün, 2020).

Deniz (2020) tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin e-sağlık okuryazarlık ve siberkondri düzeyleri incelenmiştir. Siberkondri, sağlık konusunda endişe duyan bireyin

internette çok sık araştırma yapması sonucunda, anksiyete ve kaygı düzeylerini arttıran süreç olarak tanımlanabilir (Elciyar ve Taşçı, 2017). Deniz (2020)'in araştırmasına göre e-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin daha az anksiyete ve depresyon yaşadıkları, siberkondri düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Bireyin kendi sağlık davranışlarını algılayabilmesi, yeni davranış kazanması ya da mevcut davranışını değiştirme motivasyonu bireyin sağlık algısıyla ilgilidir. Sertçelik (1999) bu konudaki çalışmasında kendini sağlıksız gören bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerinin düşük olduğunu belirterek sağlık algısının önemini vurgulamıştır. Sağlık algısı ve e-sağlık okuryazarlığı ilişkisini inceleyen bir çalışmada bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algısı da artış göstermiştir (Kıbrıs ve Kızılkaya, 2023). Bu durum bize sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile e-sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

3. YÖNTEM

Araştırmanın yönetiminin açıklandığı bu bölümde; araştırma modeli, araştırma evreni/örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve veri toplama süreci, verilerin istatistiksel analizi ve araştırmanın sınırlılıklarına yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada yetişkin bireylerin e-Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha özelde ise bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları II düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin test edilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma nicel araştırma türünde bir araştırmadır. İlişkisel ve tanımlayıcı araştırmadır yöntemlerini içermektedir. Tanımlayıcı tipte araştırmalar bir olgu, durum ya da sorun hakkında bilgi toplamak, olduğu gibi betimlemek için yapılan araştırmalardır. Bu tip araştırmalar, olay ya da olguların özelliklerini, dağılımını belirlemek için kullanılır (Creswell, 2014).

İlişkisel araştırma ise iki veya daha fazla değişkenin arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan araştırma türüdür. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişki türünü anlamak ve bu ilişkinin ne kadar güçlü olduğunu değerlendirmek amacıyla çeşitli analitik yöntemlerin kullanılmasıyla gerçekleştirilir (Creswell, 2014). Bu araştırmada ise aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı hangi düzeydir?
- Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları hangi düzeydedir?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde farklılaştırıcı etkisi var mıdır?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşama biçimi davranış düzeyleri üzerinde farklılaştırıcı etkisi var mıdır?
- Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tüm alt boyutları arasında bir ilişki var mıdır?

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali

Araştırmanın evreni Muğla ilinde yaşamakta olan 18 yaş üzeri okuryazar gönüllü bireyler oluşturmaktadır. 18 yaş altı bireylerin dahil edilmeme sebepleri özellikle adölesanların internet kullanım sıklığı ve süresinin normal bireylerden farklı olabilmesi ve alanda adölesanlarla ilgili çalışmaların yapılmış olmasıdır. Muğla ilinin tercih edilme sebebi ise ait TÜİK (2020) verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresinin 80.3 olmasıdır. Doğumda beklenen yaşam süresi; bir bölgenin ya da ülkenin gelişmişlik düzeyiyle orantılı bir sağlık statüsü göstergesidir. Bu sağlık statüsü göstergesi toplumun yaşam koşullarını, sağlık hizmetlerine erişimini, genel yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu göstermektedir (Çelik,2013). Muğla ili, Tunceli ilinden sonraki ikinci en yüksek yaşam yılına sahiptir. TÜİK verilerine göre (2020) kişi başına GSYH(TL) 'nın 44.594 olması ve 983.142 kişilik nüfusu ile Muğla ili, daha kalkınmış bir bölgeyi ifade etmektedir. Son nüfus verilerine göre Muğla nüfusu 983.142 kişidir (TÜİK,2020). Bölge halkının Akdeniz besin modeline göre beslenmesi bir başka sebeptir. Klinik, epidemiyolojik ve biyokimyasal araştırmalara göre Akdeniz tipi diyetin sağlığa birçok olumlu etkisi olduğunu saptamıştır. Özellikle kanser, tip 2 diyabet, obezite gibi hastalıkların önlenmesinde ve uzun yaşama etkisiyle ilgili birçok çalışma ortaya konmuştur (Ersoy ve Özdemir, 2010).

Örneklem heterojen olduğundan $p=0.5 / q=0.5$ olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü kişi sayısı belli olduğu için (Üstün,2015);

- N: Evrendeki birey sayısı: 983.142
- n= Örneklem alınacak birey sayısı
- $p=$ İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)(0.5)
- $q=$ İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı $(1-p)(0.5)$
- $t=$ Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (0.05 serbestlik derecesinde tablo değeri 1.96'dır)
- d= Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır (%5 hata payı ile %95 güven aralığında)

Formül 1. Evrendeki eleman sayısı biliyorken örneklem büyüklüğünü hesaplama formülü;

$$n = \frac{N \cdot t^2 p \cdot q}{d^2 (N - 1) + t^2 p \cdot q}$$

ile hesaplanmıştır.

$$\frac{983.142 \cdot (1,96)^2 (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 (983.142 - 1) + (1,96)^2 (0,5) \cdot (0,5)}$$

ve n=380 kişi bulunmuştur.

Ayrıca tanımlayıcı araştırmalarda popülasyon büyüklüğü bilinirken kabul edilebilir hata paylarına göre alınacak örneklem büyüklüğünün değeri (>5000 ve %5 için) de 384'tür (Conroy, 2021).

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla e-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği ve ölçek puanlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi için ilgili literatür taranarak sosyo-demografik verilerin alınmasına dair anket soruları oluşturulmuştur. Anket formu toplamda 3 bölümden ve toplam 79 sorudan oluşmaktadır. Anket formu Ek 2 olarak sunulmuştur.

Sosyo-demografik verilerin yer aldığı birince bölümde bireylere yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, beden kitle indeksinin hesaplanması amacıyla boy/kilo bilgileri, gelir durumu, ikamet edilen yerleşim birimi, sağlık güvencesi ve meslek sorulmuştur. Ayrıca bireylerin internet kullanım amaç ve sürelerine dair sorular sorulmuştur. İnternette edinilen sağlık hakkındaki bilgilerin edinme kaynakları, erişim yolu ve edindikleri bilgileri uygulama, önemli bulma konusundaki bilgiler sorulmuştur.

e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği (e-HEALS) kullanılmıştır. Ölçek 2006 yılında Norman ve Skinner tarafından geliştirilmiş; 2017 yılında kültürel uyarlaması için Gencer tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Gencer,2017). Ayrıca ölçeğin 2015 yılında Bebiş ve Coşkun tarafından da geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış fakat tarafımızca Tamer Gencer'in çalışması tercih edilmiştir (Coşkun ve Bebiş, 2015). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.915 ve faktör yapılarının geçerli olmakla birlikte genele ilişkin iç tutarlılık katsayısının 0.863 olduğu, test-tekrar test

güvenirliğinin ise 0.886 olduğu saptanmıştır. Böylece bu uyarlamasının Türkçe çalışmalar için uygun bir ölçme aracı olduğu belirtilmiştir (Gencer,2017). Ölçek; internet kullanımına dair 2 maddeden ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşur. Maddeleri; 5’li likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3=kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum” şeklindedir. Öçekten en düşük 8 ve en yüksek 40 puan alınmaktadır. Öçekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının da yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Gencer,2017).

Sağlıklı yaşam davranışları ölçeği II ise 4’lü likert tipinde bir öçektir ve Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış Cronbach alfa değeri 0.92 bulunuştur. Türkçe çalışmalar için uygun bir ölçek olup ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik Cronbach alfa değerleri sırasıyla Sağlık Sorumluluğu 0.77, Beslenme 0.68, Fiziksel Aktivite 0.79, Kişiler arası ilişkiler 0.80, Ruhsal Gelişim 0.7 ve Stres Yönetimi 0.64 olarak hesaplanmıştır (Bahar vd.,2008). Öçeğin altı adet alt ölçeği bulunur. Bunlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Öçek, ‘hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)’ şeklinde derecelendirilerek puanlanmıştır. Öçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir (Sezer, 2012).

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmaya ait veriler Covid-19 pandemisi sebebiyle online ortamda Google Forms’a aktarılan anket ile toplanmıştır. Anket formu Google Forms’a aktarılmış ve bir link uzantısı oluşturulmuştur. Oluşturulan bu link uzantısı başta Facebook, Whatsapp, Instagram olmak üzere sosyal medya platformları aracılığıyla Muğla’da ikamet eden bireylere ulaştırılmıştır. Özellikle Facebook ve Whatsapp gruplarında bireylere araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuş ve link uzantısı gönderiye eklenmiştir. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllü bireyler link uzantısı aracılığıyla forma ulaşmıştır. Anket formu başlangıcında bireylere 18 yaş üzeri olup olmadıkları ve Muğla’da ikamet edip etmedikleri sorusu yer almıştır. Bu iki şartı sağlayan ve dolduran bireyler ankete devam edebilirken, şartlardan en az birini sağlamayan bireylerin doldurmasının önüne geçilmiştir. Veriler 01.04.2021-01.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma veri toplama süresinin sonunda n=491 kişiye ulaşmıştır. Yapılan incelemeler doğrultusunda 488 anket değerlendirilmiştir ve verilerin girilmesi esnasında doldurma hatası olan 3 anket formu değerlendirme dışı bırakılmıştır.

3.5. Deneysel Kurgu

Araştırmada herhangi bir deneysel kurgu bulunmamaktadır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Ölçek verilerinin analizinin ilk aşamasında verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı One Sample Kolmogorov-Smirnov analizi ile incelenirken, güvenilir olup olmadığı Cronbach's Alpha değerleri ile incelenmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmaya Katılanların Ölçek Puanlarına İlişkin Güvenilirlik Analizi ve One Sample Kolmogorov-Smirnov (K-S) Analizi Sonuçları

Ölçek	Cronbach's Alpha (α)	K-S (p)
e-Sağlık Okuryazarlığı	.966	.000*
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	.958	.000*
- Sağlık sorumluluğu	.840	.000*
- Fiziksel aktivite	.882	.000*
- Beslenme	.763	.000*
- Manevi gelişim	.859	.001*
- Kişilerarası ilişkiler	.852	.000*
- Stres yönetimi	.809	.000*

*p<0.05.

Tablo incelendiğinde, araştırma kapsamında kullanılan E-Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin yüksek düzeyde güvenilir olduğu ($\alpha=.966>.80$), benzer şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu ($\alpha=.840>.80$), fiziksel aktivite ($\alpha=.882>.80$), manevi gelişim ($\alpha=.859>.80$), kişilerarası ilişkiler ($\alpha=.852>.80$), stres yönetimi ($\alpha=.809>.80$) ve ölçek toplamının ($\alpha=.958>.80$) yüksek düzeyde güvenilir olduğu, beslenme alt boyutunun ise orta düzeyde güvenilir olduğu ($.60<\alpha=.763<.80$) görülmektedir. Ölçek verilerine ilişkin One Sample Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi anlamlılık değerlerinin p<0.05 düzeyinde olduğu ve bu nedenle normal dağılıma uygun olmadığı görülmektedir. Veriler normal dağılıma uygun olmadığından dolayı non-parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Ölçek puanlarının 2 kategorili demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U analizi kullanılırken, 2'den fazla kategorili demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H analizi kullanılmıştır. e-Sağlık okuryazarlık

düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler standart bir değerlendirme olması açısından ölçek ortalamaları 5 düzey (düşük, orta düzeyin altı, orta düzey, orta düzeyin üzeri, yüksek düzey) olarak yorumlanmıştır. Bu bağlamda 2 ölçek için ortalamalar ve bu ortalamaların hangi düzeylere denk geldiği Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Ölçek Puan Ortalamaları Değerlendirme Aralıkları

Düzye	E-Sağlık Okuryazarlığı	Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları
Düşük	1.00-1.79	1.00-1.59
Orta düzeyin altı	1.80-2.59	1.60-2.19
Orta düzey	2.60-3.39	2.20-2.79
Orta düzeyin üzeri	3.40-4.19	2.80-3.39
Yüksek düzey	4.20-5.00	3.40-4.00

3.7. Etik Onay

Araştırmanın etik onayı için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'na yapılan 14.01.2021 etik başvuru yapılmıştır. 23.03.2021 tarihinde çalışmanın etik açısından uygun olduğuna dair karar verilmiş olup karar EK 1 olarak sunulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın yalnızca Muğla ili sınırları içerisinde yapılmış internet erişimi olan bireyler tarafından katılım sağlanmıştır. Ülke ya da bölge bazında sonuçların genelleşememesi araştırmanın sınırlılığdır. Bir başka sınırlılık ise ölçek kullanmanın getirdiği ölçeğin kültürel uyumsuzluğu, bireylerin ölçek sorularını farklı şekilde yorumlamaları, nesnel biçimde değerlendirilememesi gibi sınırlılıklardır. Ayrıca ölçeğin derinlemesine ölçememesi; sınırlı alt boyutlara sahip olması, ölçümü yalnızca konuyu bir açıdan ele alması, katılımcıların konu hakkındaki düşüncelerini yeterli düzeyde ifade edebilmelerini sınırlandırması, farklı kültür ve dillerdeki karmaşıklıkları tam olarak ifade edememesi gibi sebeplerle bir başka sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölüm araştırmaya katılanlara dair demografik verilerin, e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgilerini ve e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye dair analiz bulgularını içermektedir.

Aşağıda yer alan Tablo 4.1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılanların %31.1’i 18-24 yaş grubunda, %29.12i 25-34 yaş grubunda, %21.5’i 35-44 yaş grubunda, %11.9’u 45-54 yaş grubunda, %6.4’ü 55-65 yaş grubundadır. Bireylerin %4.3’ü zayıf, %56.8’i normal kilolu, %26.6’sı pre-obez, %12.3’ü obezdir. %48’i kadın, %52’si erkek ve %42.4’ü evli, %57.6’sı bekâr kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların %36.9’u çalışmıyorken, %15’i işçi, %21.3’ü memur, %8.2’si emekli, %18.6’sı serbest meslek mensubudur. Araştırmaya katılanların %41.6’sı il merkezinde, %39.1’i ilçe merkezinde ve %19.3’ü köy – kasabada yaşıyor, Eğitim durumu incelendiğinde %5.9’u ilköğretim mezunu, %24.2’si lise mezunu, %56.1’i lisans mezunu, %13.7’si lisansüstü eğitim mezunudur. Ekonomik durum olarak katılımcıların %7.2’si gelir durumunun hane halkı ihtiyaçlarını karşılama için çok yeterli olduğunu, %42.6’sı yeterli olduğunu, %34.2’si ne yeterli ne yetersiz olduğunu, %13.1’i yetersiz olduğunu, %2.9’u çok yeterli olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımları

Değişken	Alt değişken	f	%
Yaş	18-24	152	31.1
	25-34	142	29.1
	35-44	105	21.5
	45-54	58	11.9
	55-65	31	6.4
BKI Grupları	Zayıf	21	4.3
	Normal kilolu	277	56.8
	Pre-obez	130	26.6
	Obez	60	12.3
Cinsiyet	Kadın	234	48.0
	Erkek	254	52.0
Medeni durum	Evli	207	42.4
	Bekâr	281	57.6
Meslek	Çalışmıyor	180	36.9
	İşçi	73	15.0
	Memur	104	21.3
	Emekli	40	8.2
	Serbest meslek	91	18.6
İkamet edilen yer	İl merkezi	203	41.6
	İlçe merkezi	191	39.1
	Mahalle (Eskiden Köy-Kasaba)	94	19.3
Eğitim durumu	İlköğretim	29	5.9
	Lise	118	24.2
	Lisans	274	56.1
	Lisansüstü	67	13.7
Gelir durumunuzun hane halkının ihtiyaçlarını karşılama durumu	Çok yeterli	35	7.2
	Yeterli	208	42.6
	Ne yeterli ne yetersiz	167	34.2
	Yetersiz	64	13.1
	Çok yetersiz	14	2.9

Tablo 4.2 incelendiğinde internet kullanım bilgilerine ait veriler görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların %11.9'u günde ortalama 0-1 saat arasında internet kullanıyorken, %28.3'ü 2-3 saat internet kullanmakta, %59.8'i 3 saatten fazla internet kullanmaktadır. Katılımcıların %64.5'i internete evinden erişim sağlarken, %84.4'ü mobil cihazdan erişim sağlamakta, %3.5'i internet kafe vb. yerlerden erişim sağlamaktadır.

Katılımcıların %44.7'i online eğitim / ödev amacıyla internet kullanırken, %48.2'si eğlence / oyun amacıyla internet kullanmakta, %64.1'i video izlemek / müzik dinlemek amacıyla internet kullanmakta, %64.7'si haber / sağlık / magazin takip etmek amacıyla internet kullanmakta, %76.4'ü sosyal / iletişim / sohbet amacıyla internet kullanmaktadır. Araştırmaya katılanların %54.5'i son bir hafta içerisinde internetten sağlığı ile ilgili araştırma yapmıştır ve bu kişilerin %63.9'u sağlık haberleri / güncel gelişmeler, %29.9'u diyet / zayıflama, %38.3'ü spor, %26.6'sı hijyen / makyaj / kişisel bakım, %32'si bulaşıcı hastalıklarla ilgili konularda araştırma yapmıştır. Araştırmaya katılanların %39.3'ü internetten sağlıkla ilgili bilgi edinirken sosyal medyayı kullanmakta, %21.1'i e-Kitap / dergi kullanmakta, %47.12'si akademik yayınlar kullanmakta, %72.7'si internet sitelerini kullanmaktadır.

Katılımcıların %67.8'si edindiği bilgileri kullanmadığını uygulamadığını, %26.8'i bulduğu bilgileri uyguladığını ve probleminin çözüldüğünü, %4.7'si bulduğu bilgilerin hiç işe yaramadığını ve probleminin devam ettiğini, %0.6'sı bulduğu bilgileri uyguladığını ve problemin daha kötüye gittiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılanların %84.6'sı internetten (MHRS vb.) hastane randevusu aldığını, %11.1'i randevu almadığını, %4.3'ü bir yakınının kendisi için aldığını belirtmektedir.

Katılımcıların %80.3'ünün gene sağlık sigortası, %9.4'ünün özle sağlık sigortası, bulunurken %10.2'sinin sağlık sigortası bulunmamaktadır. Araştırmaya katılanların %5.1'i sağlıkları ile ilgili karar verirken internetten aldığı bilgilerin hiç yararlı olmadığını, %11.3' yararlı olmadığını, %58'i yararlı olduğunu, %4.9'u çok yararlı olduğunu belirtmektedir ve %20,7'i bu konuda fikrinin olmadığını belirtmektedir. Araştırmaya katılanların %4.5'i internetten sağlıkla ilgili kaynaklara erişebilmesinin kendisi için hiç önemli olmadığını belirtirken, %10.5'i önemli olmadığını, %56.4'ü önemli olduğunu, %15'i çok önemli olduğunu belirtirken, %13.7'si bu konuda fikrinin olmadığını belirtmektedir.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların İnternet Kullanım Bilgilerine ve Kullanım Amaçlarına İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımları

Değişken	Alt değişken	f	%
Günlük İnternet kullanım süresi	0-1 saat	58	11.9
	2-3 saat	138	28.3
	3 saatten fazla	292	59.8
İnternete erişim yolu*	Evden	315	64.5
	Mobil cihaz	412	84.4
	İnternet kafe vb.	17	3.5
İnternet kullanım amaçları*	Online eğitim / ödev	218	44.7
	Eğlence / oyun	235	48.2
	Video izlemek / müzik dinlemek	313	64.1
	Haber / sağlık / magazin	329	67.4
	Sosyal / iletişim / sohbet	373	76.4
Son bir hafta içerisinde sağlıkla alakalı bir konuda araştırma yapmak için İnterneti kullanma	Evet	266	54.5
	Hayır	222	45.5
Sağlıkla ilgili yapılan araştırmaların konuları*	Sağlık haberleri / güncel gelişmeler	312	63.9
	Diyet / zayıflama	146	29.9
	Spor	187	38.3
	Hijyen / makyaj / kişisel bakım	130	26.6
	Bulaşıcı hastalıklar	156	32.0
İnternette sağlıkla ilgili bilgileri edinirken kullanılan kaynaklar*	Sosyal medya	192	39.3
	e-Kitap / dergi	103	21.1
	Akademik yayınlar	230	47.1
	İnternet siteleri	355	72.7
İnternette edindiğiniz sağlık ile ilgili bilgiler hakkındaki düşünceler	Bilgi edindim fakat uygulamadım	331	67.8
	Bulduğum bilgileri uyguladım ve problemim çözüldü	131	26.8
	Bulduğum bilgiler hiçbir işe yaramadı, problemim devam etti	23	4.7
	Bulduğum bilgileri uyguladım ve problemim daha kötüye gitti	3	0.6
İnternette (MHRS vb.) hastane ziyaretleriniz için randevu alabilme durumu	Evet	413	84.6
	Hayır	54	11.1
	Bir yakınım alıyor	21	4.3
Sağlık güvencesi	Genel sağlık sigortası	392	80.3
	Özel sağlık sigortası	46	9.4
	Sağlık sigortam yok	50	10.2
Sağlığınız hakkında karar verirken İnternetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç yararlı değil	25	5.1
	Yararlı değil	55	11.3
	Fikrim yok	101	20.7
	Yararlı	283	58.0
	Çok yararlı	24	4.9
İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	Hiç önemli değil	22	4.5
	Önemli değil	51	10.5
	Fikrim yok	67	13.7
	Önemli	275	56.4
	Çok önemli	73	15.0

*Yanıt olarak birden fazla seçenek işaretlenebilen sorulardır.

Aşağıda yer alan Tablo 4.3 incelendiğinde, araştırmaya katılanların e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimine ilişkin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyin altında olduğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin ise orta seviyede olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek	<i>X</i>	<i>SS</i>
e-Sağlık Okuryazarlığı	3.40	1.03
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	2.66	0.51
-Sağlık sorumluluğu	2.45	0.60
-Fiziksel aktivite	2.28	0.72
-Beslenme	2.41	0.54
-Manevi gelişim	2.86	0.62
-Kişilerarası ilişkiler	2.79	0.59
-Stres yönetimi	2.47	0.60

Tablo 4.4.'te araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$), buna karşın E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir. Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yaş grupları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Sonuçlarına göre, E-sağlık okuryazarlığında 25-34, 35-44 ve 45-54 yaş grubundaki katılımcıların okuryazarlık düzeyinin 18-24 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Fiziksel aktivite sağlıklı yaşam davranışlarında 18-24 yaş grubundaki katılımcıların fiziksel aktivite davranış düzeyinin 25-34, 35-44 ve 45-54 yaş grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Ayrıca 25-34 yaş grubundaki katılımcıların fiziksel aktivite davranış düzeyinin 45-54 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Stres yönetiminde ise 18-24 ve 55-65 yaş gruplarındaki katılımcıların stres yönetimi

düzeyinin 25-34 yaş, 35-44 yaş, 45-54 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Yaş grubu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık Okuryazarlığı	18-24	152	3.26	0.99	10.3	.035*	1<2, 1<3, 1<4
	25-34	142	3.48	1.08			
	35-44	105	3.48	1.04			
	45-54	58	3.45	1.01			
	55-65	31	3.40	1.00			
Toplam Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları	18-24	152	2.70	0.53	4.9	.297	-
	25-34	142	2.64	0.51			
	35-44	105	2.65	0.54			
	45-54	58	2.60	0.42			
	55-65	31	2.79	0.49			
Sağlık sorumluluğu	18-24	152	2.47	0.62	3.3	.501	-
	25-34	142	2.43	0.59			
	35-44	105	2.44	0.61			
	45-54	58	2.39	0.51			
	55-65	31	2.61	0.68			
Fiziksel aktivite	18-24	152	2.49	0.71	27.8	.000*	1>2, 1>3, 1>4, 2>4
	25-34	142	2.23	0.67			
	35-44	105	2.18	0.75			
	45-54	58	2.04	0.69			
	55-65	31	2.35	0.78			
Beslenme	18-24	152	2.43	0.56	7.5	.112	-
	25-34	142	2.38	0.53			
	35-44	105	2.37	0.56			
	45-54	58	2.34	0.46			
	55-65	31	2.62	0.53			
Manevi gelişim	18-24	152	2.85	0.64	4.3	.372	-
	25-34	142	2.79	0.65			
	35-44	105	2.90	0.62			
	45-54	58	2.85	0.53			
	55-65	31	3.05	0.61			
Kişilerarası ilişkiler	18-24	152	2.81	0.60	1.7	.797	-
	25-34	142	2.80	0.63			
	35-44	105	2.76	0.57			
	45-54	58	2.76	0.54			
	55-65	31	2.87	0.53			
Stres yönetimi	18-24	152	2.59	0.57	16.1	.003*	1>2, 1>3, 1>4, 2<5, 3<5, 4<5
	25-34	142	2.38	0.62			
	35-44	105	2.43	0.62			
	45-54	58	2.38	0.53			
	55-65	31	2.66	0.66			

* $p<0.05$.

Tablo 4.5 incelendiğinde, araştırmaya katılanların BKİ gruplarına göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), buna karşın fiziksel aktivite sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin BKİ gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0,05$) görülmektedir. Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla BKİ grupları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Sonuçlarına göre, fiziksel aktivite sağlıklı yaşam davranışlarında zayıf ve normal kilolu katılımcıların fiziksel aktivite davranış düzeyinin pre-obeze ve obez olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 4. 5. Araştırmaya Katılanların BKİ Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	BKİ grubu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık okuryazarlığı	Zayıf	21	3.61	0.86	0.8	.840	-
	Normal kilolu	277	3.43	1.01			
	Pre-obeze	130	3.35	1.08			
	Obez	60	3.36	1.06			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Zayıf	21	2.72	0.48	1.2	.741	-
	Normal kilolu	277	2.68	0.51			
	Pre-obeze	130	2.65	0.52			
	Obez	60	2.61	0.54			
Sağlık sorumluluğu	Zayıf	21	2.44	0.64	0.7	.879	-
	Normal kilolu	277	2.46	0.58			
	Pre-obeze	130	2.44	0.62			
	Obez	60	2.44	0.64			
Fiziksel aktivite	Zayıf	21	2.40	0.73	13.2	.004*	1>3, 1>4, 2>3, 2>4
	Normal kilolu	277	2.36	0.69			
	Pre-obeze	130	2.22	0.74			
	Obez	60	2.05	0.76			
Beslenme	Zayıf	21	2.40	0.60	0.6	.903	-
	Normal kilolu	277	2.39	0.53			
	Pre-obeze	130	2.41	0.55			
	Obez	60	2.45	0.53			
Manevi gelişim	Zayıf	21	2.98	0.58	1.3	.739	-
	Normal kilolu	277	2.84	0.62			
	Pre-obeze	130	2.88	0.63			
	Obez	60	2.82	0.67			
Kişilerarası ilişkiler	Zayıf	21	2.76	0.56	2.6	.455	-
	Normal kilolu	277	2.80	0.58			
	Pre-obeze	130	2.83	0.60			
	Obez	60	2.73	0.62			
Stres yönetimi	Zayıf	21	2.52	0.54	2.4	.486	-
	Normal kilolu	277	2.50	0.59			
	Pre-obeze	130	2.44	0.61			
	Obez	60	2.40	0.66			

* $p<0.05$.

Aşağıda yer alan Tablo 4.6.'da görüldüğü üzere, araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Buna karşın kadın katılımcıların E-sağlık okuryazarlık düzeylerinin erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) ve erkek katılımcıların ise fiziksel aktivite düzeyinin kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Mann Whitney U Analizi Sonuçları

Ölçek	Cinsiyet	N	X	SS	U	p
e-Sağlık Okuryazarlığı	Kadın	234	3.56	0.94	24387.5	.001*
	Erkek	254	3.26	1.09		
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Kadın	234	2.68	0.49	28243.5	.343
	Erkek	254	2.65	0.54		
Sağlık sorumluluğu	Kadın	234	2.48	0.57	27701.0	.194
	Erkek	254	2.43	0.63		
Fiziksel aktivite	Kadın	234	2.19	0.66	25790.5	.011*
	Erkek	254	2.37	0.77		
Beslenme	Kadın	234	2.43	0.51	27521.5	.157
	Erkek	254	2.38	0.56		
Manevi gelişim	Kadın	234	2.86	0.62	29478.0	.877
	Erkek	254	2.86	0.63		
Kişilerarası ilişkiler	Kadın	234	2.80	0.56	28857.5	.580
	Erkek	254	2.78	0.62		
Stres yönetimi	Kadın	234	2.46	0.58	28984.5	.637
	Erkek	254	2.49	0.62		

* $p<0.05$

Tablo 4.7 incelendiğinde, araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Buna karşın bekâr olan katılımcıların fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının evli olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Mann Whitney U Analizi Sonuçları

Ölçek	Medeni durum	N	X	SS	U	p
e-Sağlık okuryazarlığı	Evli	207	3.42	1.01	28017.0	.485
	Bekâr	281	3.39	1.04		
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evli	207	2.61	0.50	24831.5	.006*
	Bekâr	281	2.71	0.52		
Sağlık sorumluluğu	Evli	207	2.40	0.56	26601.5	.106
	Bekâr	281	2.49	0.63		
Fiziksel aktivite	Evli	207	2.08	0.71	20036.5	.000*
	Bekâr	281	2.44	0.70		
Beslenme	Evli	207	2.36	0.51	26009.5	.045*
	Bekâr	281	2.44	0.56		
Manevi gelişim	Evli	207	2.86	0.60	28485.0	.697
	Bekâr	281	2.86	0.64		
Kişilerarası ilişkiler	Evli	207	2.76	0.57	27651.5	.351
	Bekâr	281	2.82	0.60		
Stres yönetimi	Evli	207	2.37	0.60	23631.0	.000*
	Bekâr	281	2.55	0.59		

*p<0.05

Tablo 4.8 incelendiğinde, araştırmaya katılanların mesleklerine göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Buna karşın beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin katılımcıların mesleklerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir. Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla meslek grupları arasında ikili karşılaştırmalar için uygulanan Mann Whitney U analizi yapılmıştır.

Bulgulara göre, beslenme sağlıklı yaşam biçimi davranışında emekli olan katılımcıların davranış düzeyinin çalışmayan, işçi ve memur olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Manevi gelişim sağlıklı yaşam biçimi davranışında çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların davranış düzeyinin işçi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca emekli olan katılımcıların davranış düzeyinin memur olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmüştür.

Kişilerarası ilişkiler sağlıklı yaşam biçimi davranışında çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların davranış düzeyinin işçi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların davranış düzeyinin memur olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışında çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların davranış düzeyinin işçi ve memur olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışında çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların davranış düzeyinin işçi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) ve ayrıca emekli olan katılımcıların davranış düzeyinin memur olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Meslek	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık Okuryazarlığı	Çalışmıyor	180	3.44	0.99	9.0	.061	-
	İşçi	73	3.10	1.14			
	Memur	104	3.56	0.96			
	Emekli	40	3.59	0.87			
	Serbest meslek	91	3.32	1.11			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Çalışmıyor	180	2.68	0.48	13.5	.009*	1>2, 2<4, 2<5, 3<4
	İşçi	73	2.53	0.53			
	Memur	104	2.61	0.50			
	Emekli	40	2.84	0.46			
	Serbest meslek	91	2.73	0.56			
Sağlık sorumluluğu	Çalışmıyor	180	2.45	0.58	8.2	.083	-
	İşçi	73	2.39	0.62			
	Memur	104	2.36	0.58			
	Emekli	40	2.66	0.62			
	Serbest meslek	91	2.51	0.62			
Fiziksel aktivite	Çalışmıyor	180	2.32	0.71	3.6	.458	-
	İşçi	73	2.19	0.69			
	Memur	104	2.19	0.63			
	Emekli	40	2.31	0.82			
	Serbest meslek	91	2.38	0.82			
Beslenme	Çalışmıyor	180	2.41	0.54	9.6	.048*	1<4, 2<4, 3<4
	İşçi	73	2.36	0.52			
	Memur	104	2.33	0.51			
	Emekli	40	2.59	0.52			
	Serbest meslek	91	2.44	0.59			

Tablo 4.8. (Devamı) Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Meslek	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Manevi gelişim	Çalışmıyor	180	2.85	0.60	16.0	.003*	1>2, 1<4, 2<4, 2<5, 3<4
	İşçi	73	2.68	0.59			
	Memur	104	2.81	0.63			
	Emekli	40	3.13	0.56			
	Serbest meslek	91	2.94	0.68			
Kişilerarası ilişkiler	Çalışmıyor	180	2.81	0.55	12.4	.014*	1>2, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5
	İşçi	73	2.66	0.63			
	Memur	104	2.71	0.58			
	Emekli	40	2.94	0.53			
	Serbest meslek	91	2.91	0.63			
Stres yönetimi	Çalışmıyor	180	2.51	0.55	20.5	.000*	1>2, 1>3, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5
	İşçi	73	2.32	0.63			
	Memur	104	2.33	0.55			
	Emekli	40	2.66	0.65			
	Serbest meslek	91	2.62	0.67			

*p<0.05.

Tablo 4.9’da görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların ikamet ettikleri yerleşim yerine göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların İkamet Ettikleri Yerleşim Yerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Yerleşim yeri	N	X	SS	χ^2	p	
e-Sağlık okuryazarlığı	İl merkezi	203	3.39	1.03	0.5	.796	
	İlçe merkezi	191	3.38	1.06			
	Mahalle (Eskiden	94	3.48	0.96			
	Köy – Kasaba)						
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	İl merkezi	203	2.62	0.57	2.5	.281	
	İlçe merkezi	191	2.67	0.47			
	Mahalle (Eskiden	94	2.74	0.46			
	Köy – Kasaba)						
Sağlık sorumluluğu	İl merkezi	203	2.42	0.64	2.1	.347	
	İlçe merkezi	191	2.45	0.57			
	Mahalle (Eskiden	94	2.52	0.59			
	Köy – Kasaba)						
Fiziksel aktivite	İl merkezi	203	2.27	0.77	4.5	.105	
	İlçe merkezi	191	2.23	0.70			
	Mahalle (Eskiden	94	2.42	0.66			
	Köy – Kasaba)						
Beslenme	İl merkezi	203	2.38	0.54	0.7	.704	
	İlçe merkezi	191	2.41	0.52			
	Mahalle (Eskiden	94	2.44	0.57			
	Köy – Kasaba)						
Manevi gelişim	İl merkezi	203	2.78	0.68	5.1	.077	
	İlçe merkezi	191	2.89	0.58			
	Mahalle (Eskiden	94	2.96	0.56			
	Köy – Kasaba)						
Kişilerarası ilişkiler	İl merkezi	203	2.73	0.61	4.6	.101	
	İlçe merkezi	191	2.83	0.57			
	Mahalle (Eskiden	94	2.87	0.57			
	Köy – Kasaba)						
Stres yönetimi	İl merkezi	203	2.43	0.62	1.7	.431	
	İlçe merkezi	191	2.50	0.60			
	Mahalle (Eskiden	94	2.52	0.58			
	Köy – Kasaba)						

*p<0.05

Tablo 4.10’da görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler stres yönetimi yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$) görülmüştür. Buna karşın E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin eğitim durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir.

Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla eğitim durumları arasında ikili karşılaştırmalar için uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre, E-sağlık okuryazarlığında lisansüstü eğitim mezunu katılımcıların

okuryazarlık düzeyinin ilköğretim, lise ve lisans mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Benzer şekilde lisansüstü eğitim mezunu katılımcıların toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin ilköğretim, lise ve lisans mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.10. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Eğitim durumu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık okuryazarlığı	İlköğretim	29	3.25	1.20	17.2	.001*	1<4, 2<4, 3<4
	Lise	118	3.20	1.11			
	Lisans	274	3.41	0.98			
	Lisansüstü	67	3.81	0.90			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	İlköğretim	29	2.59	0.62	12.1	.007*	1<4, 2<4, 3<4
	Lise	118	2.58	0.53			
	Lisans	274	2.68	0.52			
	Lisansüstü	67	2.80	0.40			
Sağlık sorumluluğu	İlköğretim	29	2.47	0.68	6.3	.099	-
	Lise	118	2.35	0.60			
	Lisans	274	2.47	0.61			
	Lisansüstü	67	2.55	0.53			
Fiziksel aktivite	İlköğretim	29	2.14	0.85	4.4	.220	-
	Lise	118	2.21	0.73			
	Lisans	274	2.32	0.73			
	Lisansüstü	67	2.33	0.62			
Beslenme	İlköğretim	29	2.44	0.63	7.6	.056	-
	Lise	118	2.34	0.54			
	Lisans	274	2.40	0.54			
	Lisansüstü	67	2.53	0.47			
Manevi gelişim	İlköğretim	29	2.75	0.64	4.6	.200	-
	Lise	118	2.81	0.67			
	Lisans	274	2.86	0.61			
	Lisansüstü	67	2.98	0.56			
Kişilerarası ilişkiler	İlköğretim	29	2.72	0.66	4.7	.197	-
	Lise	118	2.72	0.59			
	Lisans	274	2.81	0.60			
	Lisansüstü	67	2.90	0.52			
Stres yönetimi	İlköğretim	29	2.38	0.69	3.3	.347	-
	Lise	118	2.43	0.62			
	Lisans	274	2.49	0.61			
	Lisansüstü	67	2.54	0.51			

* $p<0,05$.

Tablo 4.11 incelendiğinde, araştırmaya katılanların gelir durumlarına göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres

yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$), buna karşın E-sağlık okuryazarlık düzeylerinin gelir durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir.

Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla gelir durumları arasında ikili karşılaştırmalar için uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre, E-sağlık okuryazarlığında gelir durumu yeterli olan katılımcıların okuryazarlık düzeyinin gelir durumu ne yeterli ne yetersiz, yetersiz ve çok yetersiz olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.11. Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Gelir durum	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık Okuryazarlığı	Çok yeterli	35	3.40	1,18	11.5	.022*	2>3, 2>4, 2>5
	Yeterli	208	3.54	0.97			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	3.37	0.97			
	Yetersiz	64	3.06	1.21			
	Çok yetersiz	14	3.29	0.93			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Çok yeterli	35	2.77	0.54	5.7	.219	-
	Yeterli	208	2.70	0.50			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.63	0.50			
	Yetersiz	64	2.57	0.58			
	Çok yetersiz	14	2.65	0.53			
Sağlık sorumluluğu	Çok yeterli	35	2.64	0.56	4.5	.340	-
	Yeterli	208	2.43	0.59			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.42	0.59			
	Yetersiz	64	2.44	0.65			
	Çok yetersiz	14	2.60	0.69			
Fiziksel aktivite	Çok yeterli	35	2.45	0.80	1.7	.783	-
	Yeterli	208	2.29	0.73			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.26	0.68			
	Yetersiz	64	2.25	0.77			
	Çok yetersiz	14	2.26	0.77			

Tablo 4.11 (Devam) Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Gelir durum	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Fiziksel aktivite	Çok yeterli	35	2.45	0.80	1.7	.783	-
	Yeterli	208	2.29	0.73			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.26	0.68			
	Yetersiz	64	2.25	0.77			
	Çok yetersiz	14	2.26	0.77			
Beslenme	Çok yeterli	35	2.46	0.60	1.7	.795	-
	Yeterli	208	2.42	0.52			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.39	0.51			
	Yetersiz	64	2.35	0.62			
	Çok yetersiz	14	2.47	0.62			
Manevi gelişim	Çok yeterli	35	2.94	0.59	6.2	.186	-
	Yeterli	208	2.93	0.59			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.80	0.61			
	Yetersiz	64	2.76	0.69			
	Çok yetersiz	14	2.70	0.87			
Kişilerarası ilişkiler	Çok yeterli	35	2.86	0.63	5.4	.246	-
	Yeterli	208	2.85	0.56			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.78	0.60			
	Yetersiz	64	2.65	0.64			
	Çok yetersiz	14	2.71	0.64			
Stres yönetimi	Çok yeterli	35	2.64	0.63	3.2	.519	-
	Yeterli	208	2.49	0.58			
	Ne yeterli ne yetersiz	167	2.43	0.60			
	Yetersiz	64	2.45	0.64			
	Çok yetersiz	14	2.51	0.70			

*p<0.05.

Tablo 4.12’de, araştırmaya katılanların günlük ortalama internet kullanım sürelerine göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmektedir. Buna karşın beslenme ve manevi gelişim sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin katılımcıların günlük ortalama internet kullanım sürelerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0,05$) görülmektedir.

Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla internet kullanım süreleri arasında ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U analizi uygulanmıştır. Sonuçlarına göre, beslenme sağlıklı yaşam biçimi davranışında günlük internet kullanım süresi 0-1 saat olan katılımcıların davranış düzeyinin günlük internet

kullanım süresi 2-3 saat ve 3 saatten fazla olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmüştür. Manevi gelişim sağlıklı yaşam biçimi davranışında günlük internet kullanım süresi 0-1 saat ve 2-3 saat olan katılımcıların davranış düzeyinin günlük internet kullanım süresi 3 saatten fazla olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 4.12. Araştırmaya Katılanların Günlük İnternet Kullanım Sürelerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Kullanım süresi	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık Okuryazarlığı	0-1 saat	58	3.19	1.17	2.7	.255	-
	2-3 saat	138	3.55	0.87			
	3 saatten fazla	292	3.38	1.06			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	0-1 saat	58	2.75	0.65	1.8	.406	-
	2-3 saat	138	2.68	0.45			
	3 saatten fazla	292	2.64	0.51			
Sağlık sorumluluğu	0-1 saat	58	2.61	0.73	2.7	.265	-
	2-3 saat	138	2.43	0.53			
	3 saatten fazla	292	2.43	0.60			
Fiziksel aktivite	0-1 saat	58	2.46	0.77	3.4	.182	-
	2-3 saat	138	2.22	0.72			
	3 saatten fazla	292	2.28	0.71			
Beslenme	0-1 saat	58	2.60	0.61	6.2	.046*	1>2, 1>3
	2-3 saat	138	2.37	0.49			
	3 saatten fazla	292	2.38	0.54			
Manevi gelişim	0-1 saat	58	2.96	0.72	6.5	.040*	1>3, 2>3
	2-3 saat	138	2.95	0.61			
	3 saatten fazla	292	2.79	0.61			
Kişilerarası ilişkiler	0-1 saat	58	2.86	0.68	1.0	.616	-
	2-3 saat	138	2.80	0.56			
	3 saatten fazla	292	2.78	0.58			
Stres yönetimi	0-1 saat	58	2.60	0.69	2.4	.307	-
	2-3 saat	138	2.47	0.57			
	3 saatten fazla	292	2.45	0.60			

* $p<0.05$.

Tablo 4.13 incelendiğinde, araştırmaya katılanların internetten hastane randevusu alma durumlarına göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin internetten hastane randevusu alma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir.

Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla randevu alma durumları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Sonuçlarına göre, E-sağlık okuryazarlığında internetten randevuyu kendisi alan katılımcıların okuryazarlık düzeyinin internetten randevu almayan veya internet randevusunu bir yakını tarafından alınan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmüştür.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ise randevusunu kendisi alan veya randevusu bir yakının tarafından alınan katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin internetten hastane randevusu almayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.13. Araştırmaya Katılanların İnternetten Hastane Randevusu Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Randevu alma durumu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık Okuryazarlığı	Evet	413	3.48	1.01	14.6	.001*	1>2, 1>3
	Hayır	54	3.01	1.04			
	Bir yakınım alıyor	21	3.00	1.19			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evet	413	2.70	0.51	17.5	.000*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.39	0.46			
	Bir yakınım alıyor	21	2.72	0.54			
Sağlık sorumluluğu	Evet	413	2.47	0.60	9.2	.010*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.21	0.53			
	Bir yakınım alıyor	21	2.65	0.64			
Fiziksel aktivite	Evet	413	2.31	0.73	7.3	.025*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.03	0.59			
	Bir yakınım alıyor	21	2.49	0.68			
Beslenme	Evet	413	2.43	0.52	10.4	.006*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.17	0.56			
	Bir yakınım alıyor	21	2.60	0.59			
Manevi gelişim	Evet	413	2.89	0.63	13.9	.001*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.58	0.53			
	Bir yakınım alıyor	21	2.83	0.52			
Kişilerarası ilişkiler	Evet	413	2.83	0.59	10.5	.005*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.54	0.53			
	Bir yakınım alıyor	21	2.84	0.60			
Stres yönetimi	Evet	413	2.50	0.61	12.8	.002*	1>2, 2<3
	Hayır	54	2.20	0.51			
	Bir yakınım alıyor	21	2.64	0.54			

* $p<0.05$

Tablo 4.14'te görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların sağlık güvencelerine göre E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0.05$) görülmüştür. Buna karşın stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin katılımcıların sağlık güvencelerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir. Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla sağlık güvenceleri arasında ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Sonuçlarına göre, stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışında özel sağlık sigortası olan veya sağlık sigortası olmayan katılımcıların davranış düzeyinin genel sağlık sigortası olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.14. Araştırmaya Katılanların Sağlık Güvencesi Olması Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Kruskal Wallis H Analizi Sonuçları

Ölçek	Sağlık güvencesi	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
e-Sağlık Okuryazarlığı	Genel sağlık sigortası	392	3.43	1.01	2.7	.254	-
	Özel sağlık sigortası	46	3.42	1.13			
	Sağlık sigortam yok	50	3.21	1.12			
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Genel sağlık sigortası	392	2.65	0.50	2.3	.312	-
	Özel sağlık sigortası	46	2.76	0.60			
	Sağlık sigortam yok	50	2.71	0.55			
Sağlık sorumluluğu	Genel sağlık sigortası	392	2.43	0.58	1.8	.398	-
	Özel sağlık sigortası	46	2.58	0.70			
	Sağlık sigortam yok	50	2.48	0.63			
Fiziksel aktivite	Genel sağlık sigortası	392	2.25	0.70	4.2	.121	-
	Özel sağlık sigortası	46	2.32	0.81			
	Sağlık sigortam yok	50	2.48	0.80			
Beslenme	Genel sağlık sigortası	392	2.38	0.52	2.8	.250	-
	Özel sağlık sigortası	46	2.53	0.62			
	Sağlık sigortam yok	50	2.45	0.57			
Manevi gelişim	Genel sağlık sigortası	392	2.85	0.62	0.5	.773	-
	Özel sağlık sigortası	46	2.87	0.67			
	Sağlık sigortam yok	50	2.93	0.60			
Kişilerarası ilişkiler	Genel sağlık sigortası	392	2.78	0.57	3.8	.150	-
	Özel sağlık sigortası	46	2.95	0.67			
	Sağlık sigortam yok	50	2.80	0.61			
Stres yönetimi	Genel sağlık sigortası	392	2.44	0.59	6.3	.043*	1<2, 1<3
	Özel sağlık sigortası	46	2.65	0.72			
	Sağlık sigortam yok	50	2.61	0.57			

* $p<0.05$

Tablo 4.15 incelendiğinde, araştırmaya katılanların E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sorumluluğu ($r=.266$), fiziksel aktivite ($r=.159$), beslenme davranış ($r=.261$), kişilerarası ilişkiler ($r=.331$), stres yönetimi ($r=.241$) pozitif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($p<0.01$) bulunmuştur. E-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile manevi gelişim ($r=.336$), toplam sağlıklı yaşam biçimi arasında ($r=.515$) pozitif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($p<0.01$) saptanmıştır.

Tablo 4.15. Araştırmaya Katılanların E-Sağlık Okur Yazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

		e-Sağlık okuryazarlığı	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam sağlıklı yaşam biçimleri davranışları
e-Sağlık okuryazarlığı	r	-							
	p								
Sağlık sorumluluğu	r	.266**	-						
	p	.000							
Fiziksel aktivite	r	.159**	.602**	-					
	p	.000	.000						
Beslenme	r	.261**	.686**	.610**	-				
	p	.000	.000	.000					
Manevi gelişim	r	.336**	.603**	.526**	.605**	-			
	p	.000	.000	.000	.000				
Kişilerarası ilişkiler	r	.331**	.645**	.473**	.599**	.769**	-		
	p	.000	.000	.000	.000	.000			
Stres yönetimi	r	.241**	.673**	.680**	.676**	.712**	.685**	-	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Toplam sağlıklı yaşam biçimleri davranışları	r	.515**	.805**	.729**	.793**	.834**	.819**	.842**	-
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

** $p<0.01$

5. TARTIŞMA

Sağlık sektörü dahil olmak üzere gelişen teknoloji ve internet kullanımının artması, e-sağlık uygulamaları dahil olmak üzere sağlık bilgisine erişilebilirlik her geçen gün artmaktadır. Bireylerin internet üzerinden edindikleri bilgileri anlayabilmesi, değerlendirebilmesi, e-sağlık uygulamalarının kullanımı aşamasında sergiledikleri beceri düzeyi, bu becerileri kullanırken verilen direktifleri kavrayabilmesi e-sağlık okuryazarlığını gün geçtikçe daha önemli hale getirmiştir. Bunun yanı sıra bireylerin sağlıklı yaşama biçimi davranışlarını sergilemeleri de bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde bir başka temel düzeydir. İnternette aranılan sağlık bilgileri beslenme, sağlıklı yaşam, egzersiz, psikolojik destek gibi konularda sıklık göstermektedir. Bu anlamda bireylerin internet içeriklerinden eriştikleri bu konulardaki bilgileri kullanabilmeleri e-sağlık okuryazarlığı bilgisi ile mümkün olabilir.

Bu araştırmada e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığı, bireylerin hem e-sağlık okuryazarlığı hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri ve demografik veriler ile ilişkileri incelenmiştir. Bu tez çalışmasında elde edilen bulgular doğrultusunda yapılan tartışmalara aşağıda yer verilmiştir.

Alanda daha önce yapılan araştırmaların çoğunluğunun örnekleme ergenlerle sınırlı kalmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin demografik verilerindeki farklılıklar diğer çalışmalarla kıyaslandığında, yaş aralığının 18'den 65 yaşa doğru gidildikçe çalışmaya katılım oranının azalması veri toplama sürecinin çevrimiçi ortam aracılığıyla alakalı olması ve internetle alakalı konularda genç yaş gruplarının katılıma daha istekli olmasıyla alakalı olabilir. Barlas (2023) tarafından yapılan benzer yaş gruplarının oluşturulduğu bir çalışmaya göre katılımcıların yaşları arttıkça katılım oranları azalmıştır. Ayrıca Fidan (2021) çalışmasında 18 yaş üzeri bireyleri örnekleme dahil etmiştir ve sonuç olarak 35 yaş üzeri bireylerin katılımının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yine Hiçyakmazer (2022) yaptığı araştırmada en yüksek katılımı 31-40 yaşları arasındaki bireylerde bulmuş fakat 50 yaş ve üzeri aralıkta bireylerin yaşları arttıkça katılım oranlarının azaldığını ifade etmiştir. Kaya (2022) ise 18 yaş üzeri

bireylerin katıldığı çalışmada en yüksek katılımın 21-25 yaş aralığında olduğu daha yüksek yaş aralığındaki bireylerin katılımının azaldığı bulunmuştur.

Bireylerin boy ve kilo bilgilerinin hesaplanmasıyla elde edilen BKİ bulgularına göre; %26.6'sı pre-obez, %12.3'ü obezdir. Bu bulgular araştırmaya katılan bireylerin büyük kısmının normal aralıkta olduğunu fakat pre-obez oranının yüksek olmasıyla gelecekte obez bireylerin oranında artış olabileceğini göstermektedir. Akgül (2017) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada %13.6'sı fazla kilolu olarak adlandırılan prez-obez ve %13.3'ünün obez olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonucunu destekler niteliktedir. BKİ, bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından beslenme alt boyutu ile ilişkilendirilebilir. Bu sebeple BKİ değişkeni sağlıklı yaşam biçimi açısından önemli görülmüştür.

Günlük internet kullanım süresinin en çok %59.8 oranla 3 saatten fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu günlük internet kullanım oranı TÜİK (2023a) verileri ile karşılaştırıldığında Türkiye'de 16-74 yaş aralığındaki bireylerin günlük internet kullanım süresi ortalama 2 saat 58 dakika bulunmuştur. Dünya genelinde internet kullanım süreleri ise Dünya İnternet İstatistikleri Raporuna göre günlük ortalama 7 saat 25 dakikadır ve bu süre 2022 yılı ortalamasından 1 saat fazladır (ITU, 2023). Bu veriler araştırmanın bulgularıyla uyumaktadır. Akğün (2020) çalışmada bireylere günlük internet kullanım sıklıklarını sormuş ve katılımcıların %38.9 'unun 3-6 saat arası, % 31.7'sinin 1-3 kullandığı ve %24.9 gibi büyük bir oranın 6 saat ve üzeri günlük internet kullanımının olduğu bulunmuştur. Yalnızca %4.4'lük bir grup 0-1 saat yanıtını vermiştir (Akğün, 2020).

İnternet kullanım amaçları incelendiğinde % 67.4 Haber / **sağlık** / magazin hakkında olduğu görülmüştür. Verilerin toplanma sürecinde Covid-19 pandemisi sebebiyle eğitimlerin çevrimiçi sürdürülmesi, bireylerin pandemi hakkındaki tüm son durumları öğrenmek amacıyla haberleri internet üzerinden takip etmesinin bu sonuçları etkilediği ortadadır. TÜİK (2023) Türkiye Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması verilerine göre ülkemizde internet kullanan bireylerin %91.2 si bilgi edinme amaçlı kullanmaktadır. Bu veriler araştırmamızı destekler sonuçlar vermiştir. Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından yapılan bir çalışmada en fazla internet kullanım amacı ödev yapma, haber-magazin-spor takibi ve eğlence-oyun amaçlı kullanmıştır.

Son bir hafta içerisinde sağlığını hakkında araştırma yapmak için internete başvurulma durumu ile ilgili soruya katılımcıların %54.5 ‘i evet cevabını, %45.5 ‘i hayır cevabını vermiştir. Bu veri pandemi döneminde sık sık Covid-19 hakkında bilgi edinilmesi çabasıdan etkilenmiş olabilir. Coşkun ve Bebiş (2015)’in çalışmasında son 1 haftada sağlık hakkında araştırma yapıp yapılmadığı sorusuna %77 oranında evet, %23 oranında hayır cevabı verilmiştir Kaya (2022)’nın çalışmasında internette sağlık ile ilgili bilgi arayan katılımcıların oranı %97 bulunmuştur. Bu çalışmalara bakıldığında bireylerin internette sağlık hakkında araştırma yapma davranışının yaygın olduğu görülmektedir.

Bireylerin sağlık hakkında yaptıkları araştırmaların konularının dağılımı incelendiğinde güncel gelişmeler ve sağlık haberlerinin %63.9 olarak en yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bunu % 38.3 ile spor, %26.6 ile hijyen/ kişisel bakım/ makyaj, %32.0 ile bulaşıcı hastalıklar ve %29.9 diyet/ zayıflama içerikleri olduğu saptanmıştır. Bu veriler yine pandemi kapanma sürecinde bireylerin evde spor/zayıflama konularına eğilmesini, sağlık hakkındaki güncel haberlerin en yüksek oranda olmasını açıklayabilir.

İnternette edinilen sağlık bilgileri hakkında katılımcıların düşünceleri sorulduğunda %67.8’i bilgi edinmiş fakat bunları uygulamamıştır. Bu veri internet üzerinden sağlık bilgisine erişim kolay olsa da bireylerin edindikleri bilgileri uygulama konusunda yeteri kadar ikna olmadıklarını göstermektedir. Katılımcıların %26.8’i edindikleri bilgileri uygulamış ve olumlu sonuç almıştır. %4.7’lik bir kesim uyguladıkları bilgilerden sonuç almazken %0.6’lık dilim probleminin daha kötüye gittiğini belirtmiştir. Seyret (2019) çalışmasında bireylerin bilgi aldığı fakat kullanmadığı seçeneği %46.6 ile en yüksek orandır. Bunları sırasıyla %30.7 oranıyla uygulayıp olumlu sonuç alanlar, %10.5 ile uygulayan fakat sonuç alamayanlar ve son olarak %12 oranıyla uygulayıp olumsuz sonuç alanlar takip etmiştir (Seyret, 2019).

Bilindiği üzere kamu hastanelerinden randevu almak için MHRS yaygın olarak kullanılmaktadır. Üniversite hastanelerinin kendi internet siteleri üzerinden de randevu alınmaktadır. Bireylerin internet üzerinden randevu alabilme oranları %84.6 ile evet, %11.1 ile hayır şeklindedir. Bu bulgular araştırmaya katılan bireylerin e-sağlık uygulamalarından biri olan MHRS uygulamasını kullanabilmesi açısından önemlidir. Kurşun ve Kaygısız’ın (2018) MHRS ile ilgili yaptığı çalışmada ‘MHRS ile kimseden

yardım almadan tek başıma kolaylıkla randevu alabilirim.’ sorusuna evet cevabı veren katılımcıların oranı %52 bulunmuştur. Ayrıca bireyin kendisi alamamasına rağmen bir yakını tarafından randevu aldırması da bireylerin sağlıkları hakkında bir adım atmak için hayır cevabı verenlere göre başka seçenekleri kullanmaya istekli olduğunu göstermektedir.

Sağlık hakkında karar verilirken internetin bireye yardımcı olmak konusunda ne kadar yararlı olduğuna dair verilen cevaplarda %58.0 yararlı cevabını vermiştir. Aslantaş (2022) tarafından yapılan çalışmada yararlı yanıtına verilen oran %61.3 bulunmuştur. Diğer yanıt oranları araştırmamızı destekler nitelikte bulunmuş olup; fikrim yok yanıtı %16.2, yararlı değil yanıtı %15.9 olarak belirtilmiştir (Aslantaş, 2022). Coşkun ve Bebiş’e (2015) göre adölesanların internet bilgilerinin sağlık kararı verirken yararlı/çok yararlı olduğu hakkında düşünceleri %55’tir. 13-15 yaşları arasında öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise interneti yararlı bulma oranı %40.4 bulunmuştur (Denktaş, 2019). Oranların genel olarak yararlı bulma seçeneğinde yüksek çıkması her türlü sorunun cevabını internetten bulma alışkanlığının toplumda giderek yaygınlaştığını göstermesi açısından önemlidir.

Katılımcılar, e-sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait bağımsız sorulardan olan ‘İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?’ sorusuna, %56.4 önemli cevabını vermişlerdir. Aslantaş’ın (2022) yaptığı çalışmada bu veriler %60.9 oranında önemli sonucu ile araştırmamız bulgularıyla paralellik göstermektedir. Coşkun ve Bebiş (2015) ise %68 oranında önemli/çok önemli olduğu sonucunu elde etmiştir. Denktaş (2019), 13-15 yaşları arasında 386 öğrenci ile yaptığı çalışmada ise önemli bulma oranını %52.8 bulmuştur. Uyar (2020)’ın yılında yaptığı bir başka çalışmada internette araştırma yapmayı yararlı ve sağlık kaynaklarına ulaşmayı önemli gören emzikli annelerin e-sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptamıştır. Bu durum internette sağlık kaynaklarına erişmenin bilgi edinme yöntemi olarak önemli bir kaynak olduğunu göstermektedir.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanı orta seviyenin üzerinde bulunmuştur. Dalkılıç, (2022) tarafından yapılan çalışmada e-sağlık okuryazarlık ölçeği ortalaması 3.75 yani orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Yüksel ve Deniz’in (2019) 296 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada 3.30 ile orta düzeyde olduğu saptanmıştır Yine

benzer örneklem özellikleri taşıyan 18 yaş üzeri bireylerin katıldığı Deniz (2020) tarafından yürütülen çalışmada e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Erdoğan'ın (2019) yaptığı bir başka çalışmada ise ölçek ortalaması 3.102 bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalar genel olarak ülkemizde e-sağlık okuryazarlık düzeyinin orta seviyelerde seyrettiğini göstermektedir (Şengül ve vd., 2017). İngiltere ve Güney Kore'de yapılan çalışmalarda 18-65 yaş arası 2000 kişilik örneklemelerde yapılan çalışmalarda e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta seviyenin biraz üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Park vd., 2016; Tennant vd., 2015). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri orta düzeyin üzerinde bulunmuştur (Eyimaya vd., 2021). Araştırmamızda e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olması araştırmaya katılan bireylerin genel olarak katılımcıların yaş aralığının 18-34 yoğun internet kullanıcılarına ait olması ve eğitim seviyesinin yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda toplam SYBD II ölçek puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler orta düzeyde, diğer alt boyutlar ise orta düzeyin altında seyretmiştir. Literatürde rastlanılan çalışmalar incelendiğinde SYBD II ölçek puan ortalamalarının orta düzeyin üstünde olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Akgül, 2017; Alemdar, 2016; Değerli ve Yiğit, 2020; Karaahmetoğlu, Soğuksu ve Softa, 2014; Kıyıcı, 2019; Tambağ, 2011; Thacker vd., 2016; Xiao vd., 2018). Altay (2006) tarafından 15-49 yaş arası evli kadınlarla yapılan bir çalışmada da SYBD II ölçek puanları orta düzeyde bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre en yüksek ortalamaya sahip alt boyutların kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) ve sağlık sorumluluğu olurken en düşüğün fiziksel aktivite olduğu belirlenmiştir (Altay, 2006). Arıkan'ın (2020) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada ise en yüksek ortalamaya sahip alt boyutların manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Duman (2020) ise yaşlı bireylerle yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin SYBD II ölçek puan ortalamalarını orta düzeyin üzerinde bulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik verileriyle ölçek puan ortalamalarına ait bulgulara göre ilk veri olan yaş ile e-Sağlık okuryazarlığı ölçek puanlarının anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Araştırma bulgularına göre 25-34, 35-44 ve 45-54 yaş gruplarındaki katılımcılarının e-sağlık okuryazarlık ölçek puanları 18-24 yaş

aralığındaki bireylerden daha yüksektir. Yüksel ve Deniz (2019) 18 yaş üzeri bireylerde yaptığı bir çalışmada yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmazken, Hoogland vd. (2020) tarafından Hollanda 'da yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genç bireylere göre daha düşük olduğunu bulmuştur. Yine Çin'de Wong ve Cheung (2019) tarafından 18-65 yaş arası 2.000 kişi ile yapılan çalışmada ve Li ve Liu, (2020) tarafından Hong Kong'da yaşayan 18-65 yaş arası 1.000 kişi ile yürütülen çalışmada da Hoogland'ın sonuçlarını destekler niteliktedir.

SYBD II ölçeğine ait Fiziksel Aktivite ve Stres Yönetimi alt boyutu ölçek puanları ile katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Buna göre 18-24 yaş grubunun fiziksel aktivite puanları diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Bu durum yaş aralığı arttıkça bireylerin fiziksel aktivite yapabilme becerilerin azalması, vakit ayıramama ya da fiziksel aktivite yapma isteklerinin azalması ile açıklanabilir. Bu farklılık 18-24 ve 55-65 yaş aralığındaki bireylerde 25-34, 34-44 ve 45-54 yaş aralığındaki bireylerden daha yüksektir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre bireylerin yaş grupları ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişiler arası ilişkiler, Manevi Gelişim alt boyutları ve toplam SYBD II ölçek puanları arasında farklılık yoktur. Alemdar (2016) çalışmasında 50 yaş ve üzeri bireylerin SYBD II ölçek puanlarının en yüksek olduğunu fakat diğer yaş gruplarıyla aralarında anlamlı fark olmadığını bulmuştur. Aydın (2019) ise çalışmasında yaş grupları ile SYBD II ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur. Özkan ve Yılmaz (2008)'ın hemşirelerle yaptığı çalışmada ise 34 yaş üzeri hemşirelerin kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) ve sağlık sorumluluk alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyetin ölçek puanları ile ilişkisi incelendiğinde e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Deniz (2020) yaptığı benzer bir çalışmada cinsiyete göre farklılık bulmuş, kadın katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. 185 erkek ve 203 kadın katılımcı ile yapılan bir başka çalışmada kadınların puan ortalaması erkeklerden yüksek bulunmuştur (Ertaş, Kırış ve Demir 2019). Kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olması, kadınların dijital ortamlarda sağlık hakkındaki bilgileri daha kolay arama, bulma ve değerlendirme yeteneğine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum kadın katılımcıların sağlık konularına daha fazla ilgi göstermeleri, sağlıkları hakkında sorumluluk alma motivasyonu ile açıklanabilir.

Bulgulara göre SYBD II Fiziksel aktivite alt boyutunun ölçek puanları erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bulgularımızla paralel şekilde erkek bireylerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamaları kadınlara göre yüksek bulunmuştur (Akgül, 2017; Bozdağ, 2016). Bu araştırmada sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi manevi gelişim alt boyutları ve toplam SYBD ölçek puanları ile cinsiyet arasında farklılaşma bulunmamıştır. Akgül (2017) çalışmasında benzer biçimde cinsiyet ile SYBD ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır fakat kişiler arası ilişkiler alt boyutu kadın katılımcılarda erkeklere göre daha yüksek sonuçlanmıştır. Alır (2018) çalışmasında erkeklerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında, kadınların ise sağlık sorumluluğu alt boyutunda daha yüksek puan aldığını saptamıştır. Arıkan (2020)'ın üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada cinsiyetin toplam SYBD II puan ortalama düzeyleri üzerinde farklılık bulunmamıştır. Erkeklerin spor ve rekabete dayalı etkinliklere daha ilgili olması, fiziksel dayanıklılık gerektiren işlerde çalışma oranlarının daha fazla olma ihtimali, toplumsal cinsiyet rolleri gereği olarak daha aktif olmalarının beklenmesi fiziksel aktiviteye katılımlarının yüksek olmasına sebebiyet vermiş olabilir.

Meslek grupları ile ölçek puanları değerlendirildiğinde e-sağlık okuryazarlık düzeyleri, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarının mesleklere göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Özdemir'in (2021) yaptığı çalışmada meslek grupları ile e-sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre esnaf, memur ve işçi grubunun diğer katılımcılardan daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Özdemir, 2021). Meslek gruplarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilememesi bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımının etkin ve yaygın kullanılmasıyla alakalı olabilir. Meslek grupları farklı olsa bile eğitim düzeylerinin yüksek olması da sonucu etkilemiş olabilir.

SYBD II beslenme alt boyutu ölçek puanları incelendiğinde emeklilerin davranış düzeyinin çalışmayan, işçi ve memur gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni emekli bireylerin sağlıklı beslenmek için memur ve işçi grubundaki bireylerden daha fazla zaman ayırabilmesi ya da çalışmayan bireylere göre ekonomik kaynakların sağlıklı beslenmeye daha elverişli olmasıyla izah edilebilir. Alemdar (2016)'ın çalışması bu bulguyu destekler niteliktedir. Manevi gelişim alt boyutu incelendiğinde çalışmayan, emekli ve serbest meslek gruplarının işçilerden yüksek

oldukları ve emekli grubunun ayrıca memur grubundan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum yoğun çalışma temposunda olan bireylerin manevi gelişimlerinin daha esnek çalışma koşulları olan ya da hiç çalışmayan bireylerden daha düşük olmasıyla açıklanabilir. SYBD II kişiler arası ilişkiler alt boyutuna bakıldığında çalışmayan, serbest meslek ve emekli gruplarının işçilerden yüksek olduğu, ayrıca emekli ve serbest meslek gruplarının memurlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmayan, emekli ve serbest meslek grubunun sosyalleşmek için daha fazla zaman bulduğu ile açıklanabilir. SYDB II stres yönetimi alt boyutuna bakıldığında stres yönetimi çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların davranış düzeyinin işçi ve memur olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Toplam SYBD II ölçek puanı açısından meslek grupları dağılımı incelendiğinde çalışmayan, emekli ve serbest meslek gruplarının davranış düzeyinin işçilerden daha yüksek olduğu ayrıca emeklilerin davranış düzeyinin memurlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Alemdar (2016) tarafından yapılan bir çalışmada meslekler ile SYBD II ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Alır (2018) ise meslek grupları ile herhangi bir ilişki saptamamıştır.

Medeni durum değişkeninin ölçek puanlarına bakıldığında bekârların toplam SYBD II ölçek puanı ve fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme alt boyut ölçek puanlarının evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık sorumlulukları, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler boyutlarında medeni durumla farklılaşma bulunmamıştır. Aktürk'ün (2018) 40-64 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada evli olan kadınların e-sağlık okuryazarlık puanları daha yüksek bulmuştur. Aslantaş (2020)'ın çalışmasında ise medeni durum ile e-sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kaya'nın (2022) çalışmasında ise bekârların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri evlilere daha yüksek bulunmuştur. Alır 'ın (2018) çalışmasına göre evliler bekârlara göre yalnızca beslenme alt boyutunda daha yüksek puan alırken diğer tüm alt boyutlarda bekâr bireylerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları saptanmıştır. Bekar bireylerin aile sorumlulukları, çocuk bakımı gibi konularda ek yükümlülüklerinin olmaması, besin tercihleri konusunda daha özgür olmaları, bütçelerini kontrol ederken daha fazla sağlıklı beslenmeye bütçe ayırabilmeleri sebebiyle beslenme düzeyleri daha yüksek bulunmuş olabilir.

Bireylerin eğitim durumunun ölçek puanlarına yansımaya göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin eğitim durumuyla anlamlı düzeyde farklılaştığı, buna göre lisansüstü eğitim mezunu katılımcıların okuryazarlık düzeyinin ilköğretim, lise ve lisans mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim durumu arttıkça bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyi artmıştır. Literatür incelendiğinde yüksek eğitim düzeyinin yüksek e-sağlık okuryazarlığı puanıyla doğru orantılı olduğu çalışmalar mevcuttur (Aslantaş, 2022; Barlas, 2023; Erdemir, 2022; Yüksel ve Deniz, 2019;). Bu durum eğitim seviyesi arttıkça bireylerin anlama, ölçme ve değerlendirme becerilerinin gelişmesiyle açıklanabilir.

Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin lisansüstü eğitilmiş katılımcıların ilköğretim, lise ve lisans mezunu katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireyin sağlıklı yaşam davranışlarının da arttığı görülmüştür. Aydın (2019), bir çalışmada lise ve üzeri eğitime sahip bireylerin puan ortalamalarının daha aşağı seviyedeki eğitim durumundaki bireylere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Başakıl (2019), özel bir hastanede 18-65 yaş arasındaki 80 obez kadın bireyin katıldığı bir çalışmada SYBD II ölçek puanlarıyla eğitim seviyesi arasında anlamlı farklılıklar saptanmış, eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek puanlarının arttığı görülmüştür. Araştırmamızda sağlıklı yaşam biçimi alt boyutları ile eğitim düzeyi arasında farklılaşma görülmemiştir.

Gelir düzeyleri değişkeni ile ölçek puanları arasında yapılan analizler sonucunda e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin gelir durumlarına göre farklılaştığı gelir durumunu yeterli olarak tanımlayanların e- sağlık okuryazarlık düzeylerinin ne yeterli ne yetersiz, yetersiz ve çok yetersiz gruplarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Fidan'ın (2021) çalışmasına göre bireyin gelir düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyi artmıştır. Özdemir (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmada gelir düzeyinin yüksek olmasının yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyiyle paralel olduğunu, gelir düzeyi azaldıkça ölçek puanlarının azaldığını tespit edilmiştir. Gelir durumu ile SYBD II ölçeği ve tüm alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ekonomik durumu kötü ve orta olanların ölçek puanları iyi durumda olanlardan daha düşük çıkmıştır (Aydın, 2019; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Alır (2018), çalışmada aylık gelir durumunun stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarında farklılaşma bulmuştur (Alır, 2018).

Sağlık bakanlığı verilerine göre BKİ (kg/m²) değeri; ağırlığın boy uzunluğuna bölünmesiyle elde edilir ve Zayıf<18.50, 18.50 - 24.99 normal kilolu, 25.00 - 29.99 pre-obez, Obez > 30.00 olarak kabul edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022b). Bu çalışmada bireylerin BKİ değerleri boy, kilo bilgileri alınarak elde edilmiş ve ölçek puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Analiz bulgularına göre yalnızca fiziksel aktivite alt boyutu ile BKİ grupları arasında farklılık bulunmuştur. Zayıf ve normal kilolu grupların fiziksel aktivite davranış düzeyi, pre-obez ve obez gruptaki bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların BKİ grupları ile e-sağlık okuryazarlık düzeyleri, toplam SYBD davranışları ve diğer ölçek alt boyutları arasında farklılaşma saptanmamıştır. Fakat Başakıl (2019) obez kadınlarla yapılan çalışmada bireylerin stresli oldukları dönemlerde yeme düzeyleri ile SYBD II ölçek puanlarının arasında pozitif yönde anlamlı sonuçlar elde etmiştir. Göger (2018) ise normal kilolu kadınlar ile obezlerin SYBD II toplam puan, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu puanlar arasında ilişki incelenmiş ve normal kilolu kadınlarda puanların daha yüksek olduğunu görmüştür.

Bireylerin ikamet ettikleri yerleşim birimi değişkeni ile ölçek puanları arasındaki analizler sonucunda e-sağlık okuryazarlık düzeyleri, SYBD II ölçek puanı ve tüm alt boyutları arasında ilişki görülmemiştir. Bu durum bireylerin yaşadıkları yerleşim biriminin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve e-sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediğini göstermektedir. Riiser vd. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada kentsel bölgede yaşayan bireylerin kırsal bölgede yaşayanlardan daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmanın e-sağlık okuryazarlığı için benzer bir sonuç vermemesinde temel sebep e-sağlık okuryazarlığının internete erişilebilen herhangi bir cihaz yardımıyla mekân bağlamından etkilenmemesi olabilir. Zira Khademian ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir çalışmada, İran'da yaşayan 18-65 yaş arası 1.000 kişiden toplanılan veriler incelendiğinde, yaşanan yer ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Günlük internet kullanım sürelerinin ölçek puanları ile ilişkisine dair yapılan analizler sonucunda e-sağlık okuryazarlık düzeyi bakımından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Yapılan daha önceki çalışmalarda elde edilen bulgular bu araştırmanın bulgularıyla çelişmektedir. Fidan'ın (2021) çalışmasına göre günlük internette geçirilen süre arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, internet kullanım süreleri incelendiğinde yüksek kullanım sürelerine

sahip bireylerin daha yüksek e-sağlık okuryazarlık becerisine sahip olduğu, internetteki sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme kullanma becerilerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır (Richtering vd., 2017; Van Beugen vd.,2014; Vicente ve Madden 2017; Villani vd. ,2018). Bu durumun sebebi çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyelerin yüksek olmasıyla internette geçirilen süreden bağımsız olarak e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması olabilir.

Bulgulara göre beslenme alt boyutu ile internet kullanım süresi farklılaşma göstermiş, günlük internet kullanım süresi 0-1 saat olan katılımcıların davranış düzeyinin, günlük internet kullanım süresi 2-3 saat ve 3 saatten fazla olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum beslenme konusunda katılımcıların internet kullanım süresiyle ters orantılı davrandıklarını göstermektedir. Manevi gelişim alt boyutu ile internet kullanım süreleri incelendiğinde ise internet kullanım süresinin 0-1 saat ve 2-3 saat olan katılımcılara ait davranış düzeyinin, günlük internet kullanım süresi 3 saatten fazla olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum internette geçirilen sürenin artmasının manevi gelişimi olumsuz yönde etkilediği kanısını doğrulabilir niteliktedir. Elik (2020) tarafından yapılan bir araştırmada kendini internet ve akıllı telefon bağımlısı olarak değerlendirmeyen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Toplam SYBD puanı ve ölçeğin diğer alt boyutları ile internet kullanım süreleri arasında farklılık saptanmamıştır.

İnternet üzerinden hastane randevusu alabilme konusunda sorulan soru ile ölçek puanları arasında yapılan analizlere göre; e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastane randevusu alabilme durumu arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmış, randevuyu kendisi alan katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri alamayan veya bir yakını tarafından alınan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum e-sağlık okuryazarlığı tanımında yer alan internet üzerinden randevu alabilme becerisiyle örtüşen niteliktedir. Bulgulara göre SYBD II ölçeği ve tüm alt boyutlarının hastane randevusu alabilme durumu ile arasında ilişki saptanmıştır. Randevusunu kendisi alan veya randevusu bir yakını tarafından alınan katılımcıların toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyi ve tüm alt boyutlarında internetten hastane randevusu almayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Randevusunu bir

başkası aracılığıyla da olsa alan bireylerin, randevusunu kendi başına alamayan bireylerden daha sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemesi dikkat çekici bir noktadır.

Sağlık güvencesi değişkeni ile ölçek puanları analizlerine göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık güvencesi varlığı durumu arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu sağlık sigortasının varlığı ya da türünün e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemeyen bir değişken olduğunu göstermektedir. Uslu ve Şeremet (2020) yaptıkları çalışmada özel sağlık sigortasına sahip olmanın e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile bir ilişkisi olmadığını saptamıştır. Bu veri araştırmaya paralellik göstermektedir. Buna karşın SYBD II ölçeği stres yönetimi alt boyutu ile katılımcıların sağlık güvenceleri arasında farklılaşma olduğu, özel sağlık sigortası olan veya sağlık sigortası olmayan katılımcıların davranış düzeyinin genel sağlık sigortası olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer SYBD II alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında farklılık görülmemiştir. Bu durum bize toplam SYBD üzerinde sağlık güvencesinin varlığı ya da türünün etkileyen bir değişken olmadığını göstermektedir. Aydın (2019) ise katılımcılardan sosyal güvencesi olanların SYBD II ölçek puanının olmayanlardan daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile SYBD II ölçeğine ait sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki olduğu ($p<0.01$) saptanmıştır. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri de artmaktadır. e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile SYBD II ölçeği toplam puan ve manevi gelişim alt boyutu arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Araştırma sonucunda bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması öz değer algısıyla beraber bireyleri sağlıklı yaşam konusunda motive etmiş olabilir. Ölçek alt boyutlarından sadece manevi gelişimin diğerlerinden daha yüksek düzeyde anlamlı olması da yine bu durumla açıklanabilir. Seyret (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile SYBD II ölçeği arasındaki korelasyonun pozitif ve zayıf düzeyde değerlendirildiği görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada araştırma bulguları aksine sağlık sorumluluğu beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarıyla anlamlı ilişki bulunmuştur. Ergün ve arkadaşları (2019) tarafından ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada SYBD II ölçek puanları ile e-sağlık okuryazarlık ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki

görülmüştür. Kim ve arkadaşlarının (2023) yaptığı bir çalışmada orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğunu bulmuştur. Mitsutake ve arkadaşlarının (2016) Japonya’da yaptığı bir çalışmada yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin dengeli beslenme ve egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarını yapma olasılıkları ilişkili bulunmuştur. Eyimaya ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam tarzı davranışı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Yoğurtçu ve Haney (2022) ise İzmir’de 451 hemşire ile yaptıkları çalışmada e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlığı geliştirici davranışlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yine hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada Turan ve arkadaşları (2021) bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyi ne kadar yüksek ise sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının da yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırma bulgularını destekler nitelikte olup e-sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri ve ilgileri olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıdaki gibidir.

6.1. Sonuçlar

Bireyin ve toplumun sağlıklarının geliştirilmesi açısından e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ciddi önem taşımaktadır. Araştırma bulguları doğrultusunda, katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimine ilişkin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyin altında olduğu görülmüştür. Manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin ise orta seviyede olduğu saptanmıştır. E-sağlık okuryazarlık düzeyinin orta düzey üzerinde olmasına rağmen sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanı ve bazı ölçek alt boyutlarının orta düzey altında kalması bireylerin sağlıklı yaşam becerileri sergileme konusunda yetersiz olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların *e-sağlık okuryazarlık düzeyleri* ile demografik veriler incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu bakımından farklılık bulunmuştur. Buna göre 25 yaş ve üzeri bireylerin genç nüfustan, kadın katılımcıların erkeklerden, lisansüstü katılımcıların diğer eğitim düzeylerine sahip bireylerden, gelir durumu yeterli bireylerin diğerlerinden daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. 18-24 yaş aralığındaki bireylerin internette geçirdikleri sürenin daha fazla olmasına rağmen e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması diğer yaş gruplarına göre eğitim seviyesinin daha düşük olmasından ya da yaş aralığı arttıkça sağlık kaygısının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin *sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeylerinin* medeni durum, meslek grubu ve eğitim durumu bakımından farklılaştığı sonucu elde edilmiştir. Katılımcılardan bekâr olanların evlilere, lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer katılımcılara göre sağlıklı yaşama biçimi davranışı yüksektir. Çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu olan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin işçilere nazaran daha yüksektir. Emeklilerin davranış

düzeyi memurlardan daha yüksektir. Bu duruma göre yoğun çalışma temposu ya da vardiyalı şekilde çalışma şartları olan mesleklerin, esnek çalışma saati olan ya da hiç çalışmayan bireylere göre daha düşüktür. Bu durum stres faktörü ya da zaman yetersizliği sebebiyle kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma bulgularına göre bireylerin *Sağlık Sorumluluğu* düzeyi hiçbir sosyo-demografik veriden etkilenmemektedir. İnternet kullanım bilgileri ile sağlık sorumluluğu arasında ilişki saptanmamıştır.

Fiziksel Aktivite düzeyi; yaş, cinsiyet, medeni durum ve BKİ değişkenleri bakımından farklılaşmıştır. Bulgular incelendiğinde 18-24 yaş arasındaki bireylerin diğer tüm yaş gruplarından, bekâr olanların evlilerden, erkek katılımcıların kadınlardan, BKİ'si zayıf-normal kilolu olan katılımcıların pre-obez/obez gruptakilerden daha yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin *Beslenme* davranışı; medeni durum, meslek grubu ve internet kullanım süreleri bakımından farklılaşmıştır. Emeklilerin davranış düzeyinin çalışmayan, işçi ve memur olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Günlük internet kullanım süresi azaldıkça ölçek puanının arttığı, bekâr katılımcıların beslenme düzeylerinin evli olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun araştırmaya katılan ağırlıklı yaş grubunun henüz ailesiyle yaşayan 18-24 grubu bireylerin çoğunlukta olması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya göre *Manevi Gelişim* düzeyleri, yalnızca internet kullanım sürelerine ve mesleklere göre değişmektedir. Günlük internet kullanım süresi uzadıkça bireylerin manevi gelişim düzeyi azalma göstermiştir. Emekli ve serbest meslek mensuplarının manevi gelişiminin işçilere göre daha yüksek olduğu ve emeklilerin davranış düzeyinin memurlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre internetin ya da yoğun tempolu çalışma hayatının bireylerin manevi durumunu etkilediği sonucu çıkarılabilir.

Araştırmada *Kişilerarası İlişkiler* yalnızca meslek gruplarına göre değişmektedir. Kişilerarası ilişkiler davranış düzeylerinde çalışmayan, emekli ve serbest meslek mensubu bireylerin davranış düzeyinin işçilerden ve emekli-serbest meslek

grubunun ise memurlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum yoğun tempolu işlerde çalışan meslek gruplarının sosyalleşerek ilişki kurmak için yeterli zaman bulamamaları ile açıklanabilir.

Katılımcıların *Stres Yönetimi*, yaş, medeni durum, meslek ve sağlık güvencesi grupları arasında farklılaşma vardır. 18-24 ve 55-65 yaş gruplarındaki katılımcıların stres yönetimi düzeyinin diğer yaş grubundaki katılımcılardan, özel sigortası olan ve hiç olmayanların davranış düzeyinin genel sağlık sigortasına sahip bireylerden, bekâr olanların evlilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Stres yönetimi sağlayabilen yaş gruplarının ciddi sorumluluk gerektirmeyen henüz yetişkin olmayan ve hayatının çalışma evresini tamamlayan emeklilerde olması aktif çalışma hayatının stres üzerindeki etkisini göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre katılımcıların internet üzerinden hastane randevusu alabilmesi ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri arasında farklılık mevcuttur. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışları tüm alt boyutlarında da farklılaşma bulunmuştur. Buna göre hastane randevusunu kendisi alan ya da bir yakınına aldırın bireylerin hiç alamayanlara göre tüm ölçek düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum randevu alma ya da bir başkasına aldırma konusunda bireyin kararlılığının sağlıklı yaşam davranışı düzeyi yüksek bireylerin dikkat ettiği bir husus olduğunu göstermektedir.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlığı ile SYBD II ve alt boyut ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında **pozitif ve düşük düzeyde** ilişkinin varlığı görülmüştür. Buna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler bireyin e-sağlık okur yazarlığı düzeyinin artmasıyla artmaktadır. Fakat bu ilişki çok güçlü olmamakla birlikte e-sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemede yetersiz performans göstermesi de mümkündür.

e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile manevi gelişim davranış düzeyleri sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında **pozitif ve orta düzeyde** ilişki olduğu saptanmıştır. e-

sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, manevi gelişim düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından daha iyi performans gösterdiğini göstermektedir.

Araştırma sonucuna göre yaygınlaşan internet kullanımı ile e-sağlık okuryazarlığının öneminin arttığı görülmüştür. Sağlığın geliştirilmesinde sergilenen sağlıklı yaşam davranışlarının internette araştırılan en yaygın konuları içermesi ve erişilen içeriklerin değerlendirilmesi göz önüne alındığında sağlıklı yaşam davranışları ile e-sağlık okuryazarlığının ilişki içinde olup ciddi önem taşıdığı araştırmanın sonuçlarındandır.

6.2. Öneriler

Araştırma doğrultusunda elde edilen bulgu ve sonuçlara yönelik önerilere aşağıda yer verilmiştir.

Öncelikle bireylerin her iki ölçek puanlarının orta düzeyler civarında seyretmesi nedeni ile bireylerin hem sağlıklı yaşam biçimi hem de e-sağlık okuryazarlığı başta olmak üzere sağlık okuryazarlıklarının artırılması önerilmektedir. Bu düzeylerin artırılabilmesi için gereken sağlık eğitimlerinin toplumun her yaş aralığındaki bireyler tarafından algılanacak düzeylerde verilmesi toplumun sağlığının geliştirilebilmesi için önem taşımaktadır.

Özellikle e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması için internetten sağlık hakkında araştırma yapılırken akademik kaynak ve yayınların sosyal medya vb. kaynaklardan daha güvenilir olduğu konusunda bilinç geliştirilmesi önemlidir. İnternet ortamında güvenilir bilgileri nasıl elde edileceği amacıyla ilköğretimden itibaren sağlıklı internet kullanım şeklinin eğitim kurumlarında öğretilmesi gerekmektedir. Bu eğitim yetişkin bireylere uyarlanarak kamu spotu vb. yöntemlerle her yaş grubundan bireylerin bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Araştırma sonuçları dikkate alındığında internet kullanım amaçları arasında eğlence/oyun amacıyla kullanımın yüksek olması eğitimde araç olarak internet oyunlarının kullanılabileceğini göstermektedir. Sağlıklı yaşam davranışlarında sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörlerin demografik verilerle paralellik göstermemesi 18 yaşından küçüklerde sağlıklı davranış bilincinin kazanabileceği düşünülebilir. İnternet

kullanımının erken yaşlara inmesi sebebiyle sağlık sorumluluğu kazandıracak sağlıklı yaşam davranışlarının oyunlaştırılarak ve eğlenceli video içeriklerine dönüştürülerek eğitim materyali olarak kullanılması gelecek nesillerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasına yardımcı olabilir.

Özellikle meslek gruplarıyla manevi gelişim düzeyleri incelendiğinde yoğun çalışma saatlerinin olduğu iş gruplarının maneviyatlarının serbest meslek ya da emekli, çalışmayan gruplara göre daha düşük olduğu görülmüştür. İş ortamlarının stres yönetimi konusunda çalışanlarına destek olabilmesi, yoğun çalışma saatlerinin bireylerin kendilerine vakit ayırabilecek şekilde düzenlenmesi, çalışma sonrası stresi rehabilite edici etkinlik ortamlarının oluşturulması ve rekreasyon bilincinin yerleştirilmesi amacıyla çalışmalar yürütülmelidir.

Bireylerin obezite eğiliminin yüksek olduğunu gördüğümüz bu araştırmada hareketsiz yaşamın giderek daha yaygınlaşması, yoğun çalışma temposu sebebiyle egzersiz zamanı oluşturmama obezite riskini arttırmaktadır. Ayrıca internet içeriklerinde sağlıklı beslenme adı altında yayınlanan içeriklerin çoğunun sağlıklı olmaması ve bunların denetime tabii olmamaları bilgi kirliliğinin yoğun olmasına sebep olmaktadır. Bu durum beslenme konusunda daha fazla önlem alınması gerektiğini göstermektedir.

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirebilmesi yalnızca eğitim ve sağlık sektörlerinin değil diğer birçok sektörü kapsayan bir süreçtir. İnsanlara sağlıklı yaşayabilmek için ekonomik refahı sağlayabilecek, çalışma saatlerinin düzenlenmesini içeren, bireylerin psiko-sosyal düzeylerinin sağlıklı kalmasını sağlayacak, zararlı alışkanlıkların yaygınlaşmasının önüne geçilebilecek ciddi politikaların düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Özellikle bireylerin manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda çalışma hayatının zorluklarının bireyleri sağlıksız davranışlara ittiği düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık sorumluluğu alt boyutunun incelenen herhangi bir değişkenden etkilenmemesi bireylerin sağlıkları üzerindeki sorumluluk bilincinin

geliştirilebilmesi için etkileyen faktörlerin bulunması adına daha fazla inceleme ve çalışma yapılmasını gerektirmektedir.

Araştırma Muğla ili ile sınırlı kalmıştır ve sonuçları tüm ülke toplumuna genellenmek için yetersiz olabilir. Bu sebeple araştırmanın diğer illeri ya da ülkenin tamamını kapsar nitelikteki yeni araştırmalar ile desteklenmesi bize ülkedeki sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki hakkında daha net bilgi verebilir.

Araştırmanın bir başka sınırlılığı ise veri toplama sürecinin Covid-19 pandemisi sebebiyle online ortama aktararak gerçekleştirilmesidir. Bu bağlamda internet kullanımının ve sağlık hakkındaki internet bilgilerinin, e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme konusunda bireylerin gösterdiği çaba pandemi haricindeki bir zaman diliminde farklılık gösterebilir. Araştırmanın farklı zamanlarda tekrar edilmesi sonuçların geçerliliği açısından önerilmektedir.

Toplumun sağlığını geliştirmek için bireylerin e-sağlık okuryazarlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeylerinin yükseltilmesi önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığın bireylerin hastaneye yatış sürelerini ve maliyetlerini etkilediği bilinmektedir. E-sağlık okuryazarlık düzeyleri artırılarak bireylerin hastaneye yatış süreleri ve hastalık maliyetleri azaltılabilir. Toplumun sağlık seviyesini arttırmak için kapsamlı e-sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı politikaları geliştirilebilir.

Bireylerin sigara ve alkol kullanımı azaltmak, fiziksel aktiviteyi arttırmaya teşvik etmek, sağlıklı beslenmeyi özendirmek, stres ile başa çıkabilme becerisi kazandırmak amacıyla politika düzenlemelerine gidilebilir. Sağlık davranışı bireylerin sağlıkları üzerindeki öz-yeterliliği ve etkinliği arttırmaya yardımcı olmaktadır. Bireylerin davranış değişikliği geliştirmesini sağlayacak sağlıklı yaşam davranışları politikaları yapılması önerilmektedir. Böylece hastalıkların görülme sıklığı, mortalite ve morbidite düzeyleri ve hastalık maliyetleri azaltılabilir.

KAYNAKLAR

- 10th Global Conference on Health Promotion for Well-being, Equity, and Sustainable Development. (2021, Aralık 13-15). Erişim Adresi: <https://10gchp.org/> Erişim Tarihi: 22.08.2022
- Abroms L, Westmaa C, Bontemps-Jones JL, Ramani JR., Mellerson J, (2013). A content analysis of popular smartphone apps for smoking cessation. *Am J Prev Med*, 45(6), 732-6. DOI: 10.1016/j.amepre.2013.07.008
- Adams RJ, Appleton, SL, Hill, CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH (2009). Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *The Medical journal of Australia*, 191(10), 530–534. DOI.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb03304.x
- Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G. ... Hill CL. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Education and Counseling*. 2013;91(2):206–212. DOI: 10.1016/j.pec.2012.12.001.
- Akalın B, Veranyurt, Ü (2022). Sağlık 4.0 ve Sağlıkta Yapay Zekâ. *Journal of Health Professionals Research*, 4(1):57-64. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr/issue/68906/1060839> Erişim Tarihi: 21.10.2023
- Ak B (2013). Sağlıkta Yeni Hedef: Dijital Hastaneler. *Akademik Bilişim 2013 – XV. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri* (s. 71-76). Antalya : Akdeniz Üniversitesi. Erişim Adresi: https://ab.org.tr/ab13/kitap/ak_AB13.pdf Erişim Tarihi: 21.10.2023
- Akbal E, Gökler ME (2020). Covid-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2020*, 5(COVID-19 Özel Sayısı), 148-155. DOI.org/10.35232/estudamhsd.763717
- Akbolat M, Kahraman G, Eriğüç G, Sağlam H (2016). Sağlık Okuryazarlığı Hekim- Hasta İlişisini Etkiler mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362. DOI: 10.5455/pmb.1-1455008901
- Akbulut Y (2015). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Okuryazarlığı (s. 114-132). içinde Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları.
- Akdeniz C (2018). *Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirliği (ESOÖ)*. İzmir: T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Akdur R (2006). Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

- Akgül B (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Saptanması*. İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akgün E (2020). *Sağlık Hizmetlerinde Sayısal Uçurumunun E-Nabız Sistemi ve E-Sağlık Okuryazarlığı İle Birlikte İncelenmesi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Akpınar ÖF (2019). *Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi*. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. Uzmanlık Tezi
- Aktürk Ü (2018). Bir Aile Sağlığı Bölgesindeki 18-49 Yaş Arası Kadınların E-Sağlık OkurYazarlık Düzeylerinin ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 52-58. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/issue/36266/409718> Erişim Tarihi: 15.09.2023
- American Library Association, 24 Temmuz 2006. "Presidential Committee on Information Literacy: Final Report" <http://www.ala.org/acrl/publications/whitepapers/presidential> (Accessed December 3, 2023). Document ID: 106e5565-9ab9-ad94-8d9f-64962ebcde46
- Alır İ (2018). *Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Altay B (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 23(1), 1-8. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/188877> Erişim Tarihi: 24.08.2023
- Anlı, M. (2019). *Sağlık İletişimi Bağlamında "Uzman-TV, Sağlık TV ve E-Doktor TV" Web Sitelerinin İncelenmesi*. Elazığ: T.C. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Ardahan M (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2633/33879> Erişim Tarihi: 22.08.2023
- Arıkan A (2020). *Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Arpacı F (2005). Sekreterlerin Çalıştıkları Yöneticinin Kademesine Göre Stres Kaynaklarının İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*(17), 1-17. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/296502> Erişim Tarihi: 24.08.2023

Aslantaş AH (2020). *18 Yaş Üstü Bireylerde Siberkondrinin Problemlili İnternet Kullanımı ve E-Sağlık Okuryazarlığı ile Olası İlişkisi*. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.

Aslantekin F, Yumrutaş M (2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/177656/> Erişim Tarihi: 04.10.2023

Avrupa Konseyi (1961, Ekim 18). AVRUPA SOSYAL ŞARTI. (T. Ç. Bakanlığı, Çev.) Torino. Erişim Adresi: <https://ailevecalisma.gov.tr/media/1318/avrupa-sosyal-%C5%9Fart%C4%B1.pdf> Erişim Tarihi: 25.04.2021

Azar KM, Lesser LI, Laing BY, Stephens J, Aurora MS, Burke LE. ... Palaniappan LP (2013). Mobile applications for weight management: theory-based content analysis. *Am J Prev Med*, 45(5), 583-9. DOI.org/10.1016/j.amepre.2013.07.005

Bacaksız FE, Yılmaz M, Ezizi K, Alan H (2020). Sağlık Hizmetlerinde Robotları Yönetmek. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(7), 458-65. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_7_3_458_465.pdf Erişim Tarihi: 07.12.2023

Bahar, Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1). Erişim Adresi: <https://toad.halileksi.net/olcek/saglikli-yasam-bicimi-davranislari-olcegi-ii/> Erişim Tarihi: 04.02.2020

Bakan N (2019). E-Sağlık Sistemi. *Tıbbi Kayıt ve Hastane Otomasyonu* (s. 10). içinde Erzurum: Erzurum Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi.

Baker DW (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* , 21(8), 878–883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green, D (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-1283. DOI: 10.2105/ajph.92.8.1278

Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/177653/> Erişim Tarihi: 24.05.2021

Bao X, Chen D, Shi, L, Xia Y, Shi Z, Wang D (2022). The relationship between COVID-19-related prevention cognition and healthy lifestyle behaviors among university students:

Mediated by e-health literacy and self-efficacy. Journal of affective disorders, 309, 236–241. DOI.org/10.1016/j.jad.2022.04.044

Barlas Ö (2023). *E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinde Dijital Okuryazarlığın Aracılık Rolü: Bozüyük Devlet Hastanesi Örneği*. Düzce: Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

Başakıl E (2019). *Özel Fatih Hastanesi'ne Müracaat eden 18-65 Yaş Arası Obez Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ağırlık Kaybı Üzerine Etkisi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçeçioğlu S, Merdol S M, ... Yıldız E (2014). *Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.

Bek N (2012). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Berçin T (2010). *Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

Berkman LF, Syme SL (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*, 109(2), 186-204. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112674

Bidlack WR (1996). Interrelationships of food, nutrition, diet and health: the National Association of State Universities and Land Grant Colleges White Paper. *Journal of the American College of Nutrition*, 15(5), 422–433. DOI.org/10.1080/07315724.1996.10718620

Bilici S, Uyar M, Beyhan Y, Sağlam F (2008). *Besin Güvenliği*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Beslenme Bilgi Serisi 2.

Bilir N (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turk J Public Health*, 12(1), 61-68. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjph/issue/16568/173029> Erişim Tarihi: 12.06.2021

BM Genel Kurulu (1948). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim Adresi: <https://www.ombudsman.gov.tr/document/mevzuat/688B1--Insan-Haklari-Evrensel-Beyannamesi.pdf> Erişim Tarihi: 25.04.2021

Bostancı E (2015). Medikal Alanda Kullanılan Giyilebilir Teknolojiler: Uygulamalar, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri . *Med Technol Natl Conf*. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/anemon/issue/39085/377427> Erişim Tarihi: 21.09.2023

- Bottorff J, Johnson J, Ratner P, Hayduk L (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30-36. DOI: 10.1097/00006199-199601000-00006
- Boztilki M, Ardiç E (2017). Maneviyat ve Sağlık. *G.O.P. Taksim E.A.H.JAREN*, 3(EkSayı), 39-45. DOI: 10.5222/jaren.2017.1008
- Bulunmaz B (2016). Geleneksel Medyadan Yeni Medyaya Gizemli Yolculuk Erişim Adresi: <https://uskudar.edu.tr/tr/icerik/1840/gelenekselmedyadan-yeni-medyaya-gizemli-yolculuk> Erişim Tarihi: 21.09.2023
- Büyükgoze S (2019). Sağlık 4.0'da Giyilebilir Teknolojilerden Sensör Yamalar Üzerine Bir İnceleme. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*(17), 1239-1247. doi.org/10.31590/ejosat.658020
- Can BM (2020). Covid-19 Salgını ve Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(2), 31-37. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/70141/1012428> Erişim Tarihi: 09.10.2023
- CDC (2023, Mart 8). eHealth. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/researchevaluate/eHealth.html> Erişim Tarihi: 21.11.2023
- Cihangiroğlu Z, Deveci S E (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/72203> Erişim Tarihi: 21.08.2023
- Conroy R (2021, Mart 3). Beaumontethics. Erişim Adresi: <https://www.beaumontethics.ie/docs/application/samplesizecalculation.pdf> Erişim Tarihi: 21.08.2023
- Coşkun S, Bebiş H (2015). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 378-384. DOI: 10.5455/gulhane. 157832
- Çakmak O (2018). *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri, Triyaj Uygulukları ve Sağlık Okuryazarlıkla Durumlarının Dağılımı*. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Çınarlı İ (2004). *Sağlığı Geliştirmesine Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk Halkla İlişkilerin Etkisi*. İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Bilimleri Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı.
- Çelik Y (2013). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi. S.32

- Dalkılıç S (2022). *Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları ve sağlıkla ilgili internet kullanımının hasta güçlendirme üzerindeki etkisi: e-sağlık okuryazarlığının aracılık rolü*. Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
- Değerli H, Yiğit A (2020). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 573-586. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1140297> Erişim Tarihi: 18.09.2023
- Demirci Ş (2018a). Giyilebilir Teknolojilerin Sağlık Hizmetlerine ve Sağlık Hizmet Kullanıcılarına Etkileri. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(6), 985-992. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/302358/giyilebilir-teknolojilerin-saglik-hizmetlerine-ve-saglik-hizmet-kullanilarina-etkileri> Erişim Tarihi: 21.09.2023
- Demirci Ş (2018b). Sağlık Hizmetlerinde Sanal Gerçeklik Teknolojileri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 35-46. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/473654> Erişim Tarihi: 21.09.2023
- Demiröz HE (2021). *Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabul ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Düzce: T.C. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Deniz S (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan&İnsan*, 7(24), 84-96. DOI.org/10.29224/insanveinsan.674726
- Denktaş K (2019). *Kırsal Kesimde İlköğretim Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı*. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Diamond J (2004). *Nutritional Literacy Scale*. Nutritional Literacy Scale. Paper 1.: Erişim Adresi: <https://jdc.jefferson.edu/nls/1> Erişim Tarihi: 27.10.2023
- Dominic M, FrancisFrancis S, Pilomenraj A (2014). E-Learning in Web 3.0. *International Journal of Modern Education and Computer Science*, 6(2), 8-14. 10.5815/ijmecs.2014.02.02
- Duman FD (2020). *Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran Yaşlı Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Elciyar K, Taşçı D (2017) “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği’nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Uygulanması”, *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*,

2:4, s. 231. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akader/issue/31877/350392>
Erişim Tarihi: 22.09.2023

Erdağ GÇ (2015). Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. F. Yıldırım, A. Keser (Dü) içinde, Sağlık Okuryazarlığı (s. 1-14). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları.

Erden MÇ (2020). *Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu Ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. İzmir: T.C. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Erdoğan MG (2019). *E-Sağlık Okuryazarlığı: Dijital Mecralarda Sağlık Reklamları*. Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Reklamcılık Anabilim Dalı.

Ergün S, Sürücüler HK, Işık R (2019). Ergenlerde e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği. *JAREN*, 5(3), 194-203. DOI: 10.5222/jaren.2019.65002

Ersoy G (2004). *Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme* (3. b.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Ersoy G, Özdemir G (2010). Akdeniz Diyetinin Sağlığa Yararları. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 75-84. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/asder/issue/43458/530230> Erişim Tarihi: 06.09.2023

Esin MN, Aktaş E (2012). Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(2), 166-176. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnfn/issue/9007/112253> Erişim Tarihi: 25.09.2023

Eyimaya AO, Özdemir F, Tezel A, Apay SE (2021). Determining the healthy lifestyle behaviors and e-health literacy levels in adolescents. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55: e03742. doi.org/10.1590/S1980-220X2020021603742

Eysenbach G (2001). What is e-health? *J Med Internet Res*, 3(2), e20. DOI:10.2196/jmir.3.2.e20

Feiring E, Traina G, Fystro JR, Hofmann B (2022). Avoiding hypersensitive reluctance to address parental responsibility in childhood obesity. *J Med Ethics.*, 48(1), 65–69. DOI: 10.1136/medethics-2020-106120

Feuerstein M (1999) Media Literacy in Support of Critical Thinking, *Journal of Educational Media*, 24:1, 43-54, DOI:10.1080/1358165990240104

- Fidan MM (2021). *18 Yaş Üstü Bireylerin İnternetten Sağlık Bilgisi Arama Davranışı, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Durumlarının Değerlendirilmesi*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA (2009). Public health literacy defined. *Am J Prev Med*, 36(5), 446-51. DOI:10.1016/j.amepre.2009.02.001
- Galloway RD (2003). Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements. *Clin Med Res.*, 1(3), 249–258. DOI: 10.3121/cmr.1.3.249
- Gavaz N (2010). *Türkiye'deki Sağlık Yönetiminde Hemşirelik Mesleğinin Durumu ve Geleceğinin Analizi*. Ankara: Beykent Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Gencer ZT (2017). Norman ve Skinner'ın e-sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 131-145. DOI.org/10.17064/iuifd.333165
- Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y (2016). Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. *PLoS One.*, 11(2), 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0149202
- Gilstad H (2014). Toward a comprehensive model of eHealth literacy. *Practical Aspects of Health Informatics 2014*. DOI: 10.13140/2.1.4569.0247
- Grad FP (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin Of the World Health Organization*, 80(12), s. 981-84. PMCID: PMC2567708. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567708/> Erişim Tarihi: 27.07.2022
- Glanz K, Rimmer B K, Viswanath K (2008). *Health Behaviors and Health Education Theory, Research and Practice*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Göçmen L, Acımiş NM (2017). Dünden Günümüze Türkiye' de Sağlığın Geliştirilmesi Serüveni. *Sağlık ve Toplum*(3), 14-19. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/276270/dunden-gunumuze-turkiye-de-sagligin-gelistirilmesi-seruveni> Erişim Tarihi: 21.05.2022
- Göger S (2017). *18-49 Yaş Dönemi Kadınlarda Obezitenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Gökkaya D, Alpaslan MN (2023). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığı ile ilişkisi: Yozgat ili örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(2), 582-594. DOI: 10.32709/akusosbil.1055880
- Gökler R, Işıtan İ (2012). Modern Çağın Hastalığı; Stres Ve Etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi (ISSN: 2147-0626)*, 1(3), 154-168. DOI: 10.7596/taksad.v1i3.63
- Green L (1980). Office of Health Information, Health Promotion and Physical Fitness and Sports Medicine. Health Education. DOI:10.1080/00970050.1980.10619232
- Hanson-Divers EC (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underserved*, 8(1), 56-69. DOI:10.1353/hpu.2010.0304
- HealthIT.gov. (2023). *HealthIT.gov*. Official Website of The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC): Erişim Adresi: <https://www.healthit.gov/faq/what-electronic-health-record-ehr> Erişim Tarihi: 30.10.2023
- Hergenç Hİ (2011). *Kamu Sağlığı Enformasyonu (Bilgisi) ve Sağlık İletişiminin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı.
- Heuvel JF, Groenhof TK, Veerbeek JH, Solinge WW, Lely T, Franx A. ... Bekker MN (2018). eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. *J Med Internet Res*, 20(6), e202. DOI: 10.2196/jmir.9262
- Hızal ÖG (2021). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(1), 81-8. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2249362> Erişim Tarihi: 01.04.2023
- Higgins JP (2016). Smartphone Applications for Patients 'Health and Fitness. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 11-19. DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.05.038
- Holden MK (2005). Virtual environments for motor rehabilitation: review. *Cyberpsychol Behav*, 8(3), 187-211. DOI: 10.1089/cpb.2005.8.187
- Hoogland MA, Verheij RA, De Vries, NK (2020). E-health literacy and health-related information-seeking behavior among adults in the Netherlands: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e26989. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29295065/> Erişim Tarihi: 01.05.2023
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC), USA: National Academies

Press(US).ErişimAdresi:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/#_ncbi_dlg_citbx_NBK216035 Erişim Tarihi: 07.05.2021

Ishikawa H, Yano E (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*, 11(2), 113–122. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x

ITU (2023). International Telecommunication Union. World Internet Statistics ErişimAdresi:https://www.itu.int/en/ITU/Statistics/Documents/publications/wtid/2023/WTID2023_Complete.pdf Erişim Tarihi: 10.11.2023

Jacobs RJ, Lou JQ, Ownby RL, Caballero J (2016). A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. *Journal of Health Informatics*. 22(2):81-98. DOI:10.1177

Kaba İ (2019). Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*(73), 63-81. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/abuhbsbd/issue/47888/761264> Erişim Tarihi: 09.10.2023

Karaahmetoğlu GU, Soğuksu S, Softa H K (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/66952> Erişim Tarihi: 12.10.2023

Kaya M (2022). *Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin Mobil Sağlık Uygulaması Kullanımına Etkisi*. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Khademian M, Moradi S, Khosravi A, Hosseini M (2023). The relationship between place of residence and e-health literacy: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 25(2), e10. DOI: 10.2196/40778

Kickbusch I (2008). Health literacy: An essential skill for the twenty-first. *Health Education*, 2(108), 101-104. DOI: 10.1108/09654280810855559

Kim K, Shin S, Kim S, Lee E (2023). The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 25, e40778. DOI.org/10.2196/40778

Kıbrıs ř, Kızılkaya S (2023). E-sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, Yıl: 2023, Cilt: 5, Sayı: 2, Sayfa: 241-250. DOI.org/10.55050/sarad.1302676

Kılıç T (2017). e-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217. Erişim Adresi:

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/368271>
04.10.2023

Erişim Tarihi:

- Kıyıcı H (2019). *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Yönelik Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Isparta İli Örneği*. Isparta: Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.
- Kolukısa Ş, Başkan AH, Dönmez KH (2019). Yürüme Egzersizi Yapan Bireylerin Egzersiz Yapma Beklentilerinin Araştırılması. *Uluslararası Egzersiz Psikolojisi Dergisi*, 1(1), 1-7. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/913888> Erişim Tarihi: 25.04.2023
- Kuloğlu ZA (2019). *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Geliştirme Çalışması ve Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Konya: T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü .
- Kuo D, Thaker S, Duncan M, Puente M, Parra S (2017). Use of Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50) to Determine the Health Literacy Rate of the Spanish-speaking Population in an Urban Emergency Department. *Journal of Family Strengths*, 17(1), 1-10. DOI: 10.58464/2168-670X.1332
- Kurşun A, Kaygısız EG (2018). Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulamalarına Yönelik Memnuniyet Ve Erişilebilirlik Düzeyinin Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 9(4), 401-409. DOI.org/10.31067/0.2018.63
- Lalonde M (1974). A New Perspective On The Health Of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Erişim Adresi: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> Erişim Tarihi: 14.01.2022
- Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI (2004). Health literacy, social support, and health:a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1309–1321. DOI.org/10.1016/S0277-9536(03)00329-0
- Lehman CD, Rodin J, McEwen B, Brinton R (1991). Impact of environmental stress on the expression of insulin-dependent diabetes mellitus. *Behav Neurosci*, 105(2), 241-5. DOI: 10.1037//0735-7044.105.2.241
- Levin-Zamir D, Lemish D, Gofin R (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Educ Res.*, 26(2), 323-35. DOI: 10.1093/her/cyr007
- Li Y, Liu Y (2020). Factors influencing e-health literacy among Chinese adults: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e27004. DOI: 10.1186/s12889-022-13378-4

- Lovallo WR (2016). *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions* Third Edition. Oklahoma: SAGE Publications.
- Mancuso JM (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*, 10(3), 248-55. DOI:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Manganello JA (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847. DOI:10.1093/her/cym069
- Manganello JA, DeVellis RF, Davis TC, Schottler-Thal C (2015). Development of the Health Literacy Assessment Scale for Adolescents (HAS-A). *Journal of Communication in Healthcare*, 172-184. DOI:10.1179/1753807615Y.0000000016
- Martin A (2006). A european framework for digital literacy. *Nordic Journal of Digital Literacy*, 151-161. DOI.org/10.18261/ISSN1891-943X-2006-02-06
- Milanti A, Chan DNS, Parut AA, So WKW (2023) Determinants and outcomes of eHealth literacy in healthy adults: A systematic review. *PLoS ONE* 18(10): e0291229. DOI.org/10.1371/journal.pone.0291229
- Mitic W, Rootman I (2012). An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians. *Public Health Agency of Canada*. Ottawa.
- Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. (2016). Associations of eHealth Literacy With Health Behavior Among Adult Internet Users. *Journal of medical Internet research*, 18(7), e192. DOI.org/10.2196/jmir.5413
- Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B (2006). The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 7(21). DOI:10.1186/1471-2296-7-21
- Naik U, Shivalingaiah D (2008). Comparative Study of Web 1.0, Web 2.0 and Web 3.0. *6th Internaional Caliber*, 499-507. DOI: 10.13140/2.1.2287.2961
- Norman CD, Skinner HA (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. DOI:10.2196/jmir.8.4.e27
- Nutbeam D (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. DOI.org/10.1093/heapro/15.3.259

- Nutbeam D (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Okuy P, Abacıgil F (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf> Erişim Tarihi:20.11.2022
- Öksüz M, İnan-Eroğlu E (2021). Diyetisyenlerin Instagram’da Paylaştığı Yemek Tarifi Gönderilerinin Besin Öğeleri Açısından Değerlendirilmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 500-508. DOI: 10.21020/husbfd.999794
- Özdemir R (2021). *e-sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi:İstanbul Kadıköy İlçesi Örneği*. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Özel Y, Karabulut, A. B. (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/524810> Erişim Tarihi: 21.09.2023
- Özkan S, Yılmaz E (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/240618544_Hastanede_Calisan_Hemsirelerin_Saglikli_Yasam_Bicimi_DavranislariThe_HealthPromoting_Lifestyles_of_Nurses_Working_at_Hospital Erişim Tarihi: 08.05.2022
- Öztürk E O, Sondaş A (2020). Sanal Sağlık: Sağlıkta Sanal Gerçekliğe Genel Bakış. *Kocaeli Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 3(2), 164-169. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/koufbd/issue/57843/774210> Erişim Tarihi: 18.09.2023
- Özvarış Ş B (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American journal of health behavior*, 31 Suppl 1, S19–S26. DOI.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19
- Paige SR, Stellefson M, Krieger JL, Anderson-Lewis C, Cheong J, Stopka C (2018). Proposing a transactional model of eHealth literacy: Concept analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), e10175. DOI: 10.2196/10175
- Park J, Kim S, Lee S (2016). E-health literacy among adults in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), e10. DOI: 10.2196/40778

- Parker RM, Kindig DA (2006). Beyond the Institute of Medicine Health Literacy Report: Are the Recommendations Being Taken Seriously? *J Gen Intern Med*, 21(8), 891–892. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00541.x
- Parrott R (2006). Emphasizing “communication” in health communication. *Journal of Communication*, 54(4), 751-787. DOI: 10.1093/joc/54.4.751
- Palipudi KM, Gupta PC, Sinha DN, Andes LJ, Asma S, McAfee T. ... GATS Collaborative Group (2012). Social determinants of health and tobacco use in thirteen low and middle income countries: evidence from Global Adult Tobacco Survey. *PloS one*, 7(3), e33466. DOI.org/10.1371/journal.pone.0033466
- Patil K (2021). A study of web 1.0 to 3.0. *Agpe The Royal Gondwana Research Journal of History, Science, Economic, Political and Social science*, 2, 40-45. Erişim Adresi: <https://media.neliti.com/media/publications/359780-a-study-of-web-10-to-30-c1e3d952.pdf> Erişim Tarihi: 04.11.2023
- Peerson A, Saunders M (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean And Why Does It Matter? *Health Promot. Int.*, April 16. DOI: 10.1093/heapro/dap014
- Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET (1992). Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nurs Outlook*, 40(3), 106-112. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1614893/> Erişim Tarihi: 14.10.2022
- Pender N, Murdaugh C, Parsons M (2011). *Health Promotion in Nursing Practise* 6th Edition. Boston: Pearson Publishing.
- Peteet J R, Balboni MJ (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(4), 280-289. DOI: 10.3322/caac.21187
- Pillutla V, Maslen H, Savulescu J (2018). Rationing elective surgery for smokers and obese patients: responsibility or prognosis? *BMC Med Ethics*, 19(1), 28. DOI: 10.1186/s12910-018-0272-7
- Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Jr WF (2007). Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-99. *J Public Health Dent*, 67(2), 99-104. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2007.00022.x
- Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS One*, 15(8). DOI:10.1371/journal.pone.0238161

- Richtering T, Eickhoff, JB, Wagner M. (2017). Internet use and eHealth literacy: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e10.
- Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J. ... Ziglio E (2001). Evaluation in health promotion : principles and perspectives. *WHO Regional Publications European Series*, No. 92. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11729789/> Erişim Tarihi: 07.09.2023
- Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye hastalık yükü alışması, 2004. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Erişim Adresi: http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf Erişim Tarihi 12 Mart 2021
- Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. Ankara: Bizim Dijital Matbaa. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 21.05.2022
- Saleem K, Shahzad B, Orgun MA, Al-Muhtadi J, Rodrigues JJ, Zakariah M (2017). Design and deployment challenges in immersive and wearable technologies. *Behav Inf Technol [Internet]*, 36(7), 687–98. DOI: 10.1080/0144929X.2016.1275808
- Schmidt H (2007). Personal responsibility for health--developments under the German Healthcare Reform 2007. *Eur J Health Law.*, 14(3), 241-50. DOI: 10.1163/092902707x240602
- Schoffman DE, Turner-McGrievy G, Jones SJ, Wilcox S (2013). Mobile apps for pediatric obesity prevention and treatment, healthy eating, and physical activity promotion: just fun and games? *Transl Behav Med*, 3(3), 320-5. DOI: 10.1007/s13142-013-0206-3
- Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P. . . . Hope J (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med*, 32(1), 216-230. DOI: 10.1177/0269216317734954
- Sertçelik E (1999). *niversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Seyret M (2019). *Adölesanların, e-Sağlık Okuryazarlığı, Sağlığı Geliştirme Bilgisi ve Yaşam Biçimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Lefkoşa: K.K.T.C. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Sezer A (2012). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

- Sezer A, Kadioğlu H (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 142-147. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2666/34550> Erişim Tarihi: 24.06.2022
- Sezgin D (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*(3), 53-72. Erişim Adresi: <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/tr/pub/issue/7383/96659> Erişim Tarihi: 20.10.2022
- Skinner H, Biscope S, Poland B, Goldberg E (2003). How Adolescents Use Technology for Health Information: Implications for Health Professionals from Focus Group Studies. *J Med Internet Res*, 5(4), e32. DOI: 10.2196/jmir.5.4.e32
- Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. . . . European, (-E. C. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). DOI.org/10.1186%2F1471-2458-12-80
- Speirs K, Messina L, Munger A, Grutzmacher S (2012). Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(3), 1082–1091. DOI:10.1353/hpu.2012.0113
- Speros C (2005). Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*, 50(6), 633-40. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x
- Stewart DW, Adams CE, Cano M, Correa-Fernandez V, Li Y, Waters AJ. ... Vidrine JI (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 103: e43–e49. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301062.
- Şentürk C (2020). *Türkiye'de Sağlık Geliştirilmesi Kapsamında Sektörler Arası İşbirliği Çalışmaları*. Sivas: T.C. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Şengül M, Öztürk M, Korkmaz H (2017). E-sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler: Türkiye'de bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(6), 1281-1290.
- Tambağ H (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 47-58. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7837/103240> Erişim Tarihi: 08.10.2023
- T.C. Resmi Gazete (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> Erişim Tarihi: 24.12.2021

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022a). Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Erişim Adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-3961/kampanyalar.html?Sayfa=1> Erişim Tarihi: 15.08.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011a). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011b). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü .
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2022b). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. obezite: Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite> Erişim Tarihi: 10.11.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2023a). Dijital Hastane Nedir? Sağlıklı Bir Gelecek İçin Sağlıkta Bilişim. Erişim Adresi: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4999/dijital-hastane-nedir.html> Erişim Tarihi: 30.10.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2023b). Halk sağlığı genel müdürlüğü. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme> Erişim Tarihi: 03.10.2023
- Thacker K, Haas Stavarski D, Brancato V, Flay C, Greenawald D (2016). CE: Original Research: An Investigation into the Health-Promoting Lifestyle Practices of RNs. *The American journal of nursing*, 116(4), 24–31. DOI.org/10.1097/01.NAJ.0000482141.42919.b7
- Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O (2011). Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, Sınıflandırılması Ve Fonksiyonları. Sağlık İşletmeleri Yönetimi (s. 69-86). içinde Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.
- Tennant R, Smith J, Upshur R (2015). E-health literacy in England: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(7), e194. DOI: 10.2196/jmir.3992
- TTB (2015). <https://www.ttb.org.tr/>. Türk Tabipler Birliği: Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=942:ale-hekml-uygulama-yoenetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 Erişim Tarihi: 09.04.2022

- Tokgöz ÖG, Altın MA (2022). Web 1.0'dan Web 3.0'a İnternet ve Mimarlık Eğitiminin Evrimi: X kuşağı Ne Veriyor? Z Kuşağı Ne İstiyor? *Mstas2022 I Sayısal Ekosistemler Ve Mimarlık*, 366-76. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/366581974_Web_10'dan_Web_30'a_Internet_ve_Mimarlik_Egitiminin_Evrimi_X_kusagi_Ne_Veriyor_Z_Kusagi_Ne_Istiyor_The_Evolution_of_Internet_and_Architectural_Education_from_Web_10_to_Web_30_What_Does_Generation_X_Br Erişim Tarihi: 21.09.2023
- Topuz A (2016). *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Güvenirlilik Geçerlilik Çalışmasının Yapılması ve Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İlaç Uygulama Hatalarına Etkisinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: T.C. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Tosyalı H, Sütçü CS (2016). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 3-22. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iled/issue/29371/314259> Erişim Tarihi: 04.08.2023
- Turan N, Güven ÖN, Çulha Y, Özdemir AG, Kaya H, Aştı T (2021). The effect of undergraduate nursing students' e-Health literacy on healthy lifestyle behaviour. *Global health promotion*, 28(3), 6–13. DOI.org/10.1177/1757975920960442
- TÜİK (2020). Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679) Erişim Tarihi: 25.08.2020
- TÜİK (2023a). Türkiye İstatistik Kurumu. [data.tuik.gov.tr](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407): Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407) Erişim Tarihi: 01.11.2023
- TÜİK (2023b). Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Erişim Adresi : <https://www.tuik.gov.tr/> adresinden alınmıştır Erişim Tarihi: 14.11.2023
- Tyner K (1998) *Literacy in a Digital World*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates DOI:10.21954/0000bfd5
- Ulus T, Gürkan M (2011). Sağlık Alanında İnternet Kullanımı ve Halk Sağlığı. *Bozok Tıp Derg*(2), 43-46. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/43274> Erişim Tarihi: 06.08.2023
- Umberson D, Montez JK (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), 54–66. DOI: 10.1177/0022146510383501

- Uslu D, Şeremet GG (2020). Bireylerin e-sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 386.-394. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/usaysad/issue/56571/786820> Erişim Tarihi: 25.08.2023
- Üstün B (2015). Psikiyatri Hemşireleri Derneği Güçlendirme Seminerleri Notları Psikiyatri Hemşireleri Derneği. Erişim Adresi: https://www.phdernegi.org/wpcontent/uploads/2016/03/%C3%B6rnekleme_yontemleri.pdf Erişim Tarihi: 19.01.2021
- Van Beugen M, De Vries NK, De Groot M (2014). Internet use and eHealth literacy: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), e250. DOI:10.2196/jmir.1697
- Vicente M, Madden R (2017). The relationship between internet use and eHealth literacy: A systematic review. *Journal of the Medical Library Association*, 105(4), 450-461
- Villani A, D'Agostino M, De Luca M (2018). Internet use and eHealth literacy: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1), e10.
- von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1086–1090. DOI.org/10.1136/jech.2006.053967
- Vural BK (1998).” Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik için Önemi”, *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (2): 39-43.
- Wagner Cv, Knight K, Steptoe A, Wardle J (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*, 61(12), 1086-90. DOI: 10.1136/jech.2006.053967
- Weiss BD (2003). Health literacy: A manual for clinicians. American Medical Association Foundation. Erişim Adresi: <http://lib.ncfh.org/pdfs/6617.pdf> Erişim Tarihi: 24.10.2023
- Weiss BD, Palmer R (2004). Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *J Am Board Fam Pract*, 17(1), 44-47. DOI: 10.3122/jabfm.17.1.44.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM., DeWalt DA, Pignone MP, . . . Hale FA (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522. DOI:10.1370/afm.405.
- Weiss B (2009). Health literacy and patient safety: Help patients understand (2nd ed.). America: Medical Association Foundation.

WHO (1948). Constitution of The World Health Organization. New York.

WHO (1978). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata. Geneva.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva.

WHO (1988). Adelaide Recommendations on Health Public Polichy. Geneva: WHO/HPR/HEP/95.2.

WHO (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Sundsvall, Sweden. ErişimAdresi: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/> Erişim Tarihi:23.04.2021

WHO (1993). Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe. Erişim Adresi: wholibdoc.who.int/euro/hfas/EURO_HFAS_4.pdf. Erişim Tarihi: 25.08. 2021

WHO (1997). The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century.

WHO (2000). The Fifth Global Conference on Health Promotion. Bridging the Equity Gap. Mexico City.

WHO (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.

WHO (2009). The 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi.

WHO (2013). The 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki.

WHO (2016). The 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai.

WHO (2021). Health promotion glossary of terms 2021. WHO/HPR/HEP/98.1.

WHO (2023). World Health Organization: Erişim Adresi: <https://www.who.int/westernpacific/activities/using-e-health-and-information-technology-to-improve-health> Erişim Tarihi: 29.10.2023

- Wolf M S, Serper M, Opsasnick L, O'Connor RM, Curtis LM, Benavente JY, . . . Perse SD (2020). Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak. *Ann Intern Med.*, M20-1239. DOI:10.7326/M20-1239
- Wong E, Cheung T (2019). E-health literacy and health-related information-seeking behavior among adults in Hong Kong: A cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(12), e14535. DOI: 10.2196/10831
- Wootton R, Swinfen P, Swinfen R, Warren MA (2007). Medical students represent a valuable resource in facilitating telehealth for the underserved. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(18), 3. DOI: 10.1258/135763307783247383
- World Health Organization (2023). Healthy diet. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Erişim Tarihi: 03.11.2023
- Xiao L, Wang P, Fang Q, Zhao Q (2018). Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Korean Circ J.* Jun;48(6):507-515. DOI: 10.4070/kcj.2017.0312. PMID: 29856145; PMCID: PMC5986750.
- Yaradılmış E (2019). *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi*. Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.
- Yıldırım İ (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliliği Ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81-87. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunefd/issue/7824/102834> Erişim Tarihi: 21.09.2023
- Yıldırım N (2005). *Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi
- Yılmaz M, Tiraki Z (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? . *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 142-147. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46793/586772> Erişim Tarihi: 16.06.2022
- Yılmazel G, Çetinkaya F (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74. DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518
- Yığıtalp G, Bayram DV, Çifçi, S (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC public health*, 21(1), 1109. DOI.org/10.1186/s12889-021-11119-7

- Yoğurtcu H, Ozturk Haney M (2022). The relationship between e-health literacy and health-promoting behaviors of Turkish hospital nurses. *Global health promotion*, 17579759221093389. Advance online publication. DOI.org/10.1177/17579759221093389
- Yüksel GH, Topuzoğlu A (2019). Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 244-58. DOI.org/10.35232/estudamhsd.525983
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*, 20(2), 195-203. DOI:10.1093/heapro/dah609.
- Zaybak A, Fadiloğlu Ç (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1), 77-95. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghehemsire/issue/49615/635912> Erişim Tarihi: 24.08.2022
- Zhang H, Cocosila M, Archer N (2010). Factors of adoption of mobile information technology by homecare nurses: a technology acceptance model 2 approach. *Comput Inform Nurs*, 28(1), 49-56. DOI: 10.1097/NCN.0b013e3181c0474a
- Zorba E, Saygın Ö (2017). Fiziksel Aktivite ve Fiziksel Uygunluk. Muğla: Perspektif Matbaacılık.

EKLER

Ek. 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 210016

Karar No : 43

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi ÖZGE GÜL
Kurumu / Birimi	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ / SAĞLIK YÖNETİMİ
Araştırmanın Başlığı	E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi; Muğla İlinde Bir Araştırma
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	14.01.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 28.01.2021 1. Düzeltme Tarihi : 17.02.2021 2. Düzeltme Tarihi : 21.03.2021
Karar Tarihi	23.03.2021

KARAR : **UYGUNDUR**

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşim OLGUN
Başkan

Prof. Dr. Kılıçhan BAYAR
Üye

Prof. Dr. NEVİN AKDOLUN BALKAYA
Üye

Prof. Dr. Özcan SAYGIN
Üye

Doç. Dr. Ahmet Salih SÖNMEZDAĞ
Üye

Doç.Dr. Cem ŞAHİN
Üye

Prof. Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ
Üye

Bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama adresi <https://etikkurulbasvuru.mu.edu.tr/dogrulama/KSML7274>



Ek. 2: KURUM İZİN ONAYI**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Danışmanlığımı yürüttüğüm Yüksek Lisans Öğrencisi Özge GÜL'ün "E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ: MUĞLA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA" başlıklı tezinin örnekleme Muğla ilinde yaşayan 18 yaş üstü bireyler oluşturması nedeniyle herhangi bir kurumda araştırma izni alınmasına gerek duyulmamıştır.

Bilgilerinize arz ederim. 04.01.2024

Prof.Dr Saffet OCAK

Ek. 3: FORMLAR (VERİ/KAYIT FORMLARI/ ANKET FORMLARI/ vb.)**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi; Muğla İlinde Bir Araştırma adlı çalışma Özge Gül tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma e-sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz taktirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma formu 3 bölüm/79 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 25 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Özge Gül ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Özge GÜL

Katılımınız için teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1.SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE İLİŞKİN ANKET FORMU**1. Yaşınız**
☐ 18-24

☐ 25-34

☐ 35-44

☐ 45-54

☐ 55-64

☐ 65 ve üzeri
2. Boyunuz
Kilonuz
3. Cinsiyetiniz
☐ Kadın

☐ Erkek
4. Medeni Haliniz
☐ Evli

☐ Bekar
5. Mesleğiniz?
☐ Çalışmıyor

☐ İşçi

☐ Memur

☐ Emekli

☐ Serbest Meslek
6. İkamet Ettiğiniz yer aşağıdakilerden hangisidir?
☐ Mahalle

☐ İlçe merkezi

☐ İl merkez
7. Eğitim Durumunuz nedir?
☐ Okur-yazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

- ☐ Lisans
- ☐ Lisans Üstü

8. Gelir durumunuzun hane halkının ihtiyaçlarını karşılama durumunu nasıl tanımlarsınız?

- ☐ Çok Yeterlidir
- ☐ Yeterlidir
- ☐ Ne yeterli ne de yetersizdir
- ☐ Yetersizdir
- ☐ Çok Yetersiz

9. Günlük internet kullanım süreniz tahmini ne kadardır?

- ☐ Her gün internete girmiyorum.
- ☐ 0-1 saat
- ☐ 2-3 saat
- ☐ 3 saatten fazla

10. İnternete erişim yolunuz aşağıdakilerden hangileridir? (Birden Fazla Seçenek İşaretlenebilir)

- ☐ Evden
- ☐ Mobil Cihaz/Cep Telefonu vb.
- ☐ İnternet Cafe

11. İnternet kullanım amaçlarınız aşağıdakilerden hangileridir? (Birden Fazla Seçenek İşaretlenebilir)

- ☐ Online Eğitim/Ödev
- ☐ Eğlence/Oyun
- ☐ Video izlemek/ Müzik Dinlemek
- ☐ Haber/Sağlık/Magazin
- ☐ Sosyal İletişim/Sohbet

12. Son bir hafta içerisinde sağlığınızla alakalı bir konuda araştırma yapmak için internete başvurduğunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13. Sağlıkla ilgili yaptığınız araştırmaların konusu nelerdir? (Birden Fazla Seçenek İşaretlenebilir.)

- ☐ Sağlık Haberleri/Güncel Gelişmeler
- ☐ Diyet/Zayıflama
- ☐ Spor
- ☐ Hijyen/Makyaj/Kişisel Bakım
- ☐ Bulaşıcı Hastalıklar

14. İnternette sağlıkla ilgili bilgileri edinirken hangi kaynakları kullanırsınız?

- ☐ Sosyal Medya (İnstagram, Facebook, Pinterest vb.)
- ☐ e-Kitap/Dergiler
- ☐ Akademik Yayınlar

☐ İnternet Siteleri

15. İnternette edindiğiniz sağlık ile ilgili bilgiler hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

- ☐ Bilgi edindim fakat uygulamadım.
☐ Bulduğum bilgileri uyguladım ve problemim çözüldü.
☐ Bulduğum bilgiler hiçbir işe yaramadı, problemim devam etti.
☐ Bulduğum bilgileri uyguladım ve problemim daha kötüye gitti.

16. İnternette (MHRS vb.) hastane ziyaretleriniz için randevu alabiliyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Benim için bir yakınım alıyor.

17. Sağlık güvenceniz var mı?

- ☐ Genel Sağlık Sigortası
☐ Özel Sağlık Sigortası
☐ Sağlık Sigortam Yok

BÖLÜM 2. E-SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

1. Sağlıkınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?

- ☐ Hiç yararlı değil ☐ Yararlı değil ☐ Fikrim yok ☐ Yararlı ☐ Çok Yararlı

2. İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?

- ☐ Hiç Önemli değil ☐ Önemli değil ☐ Fikrim yok ☐ Önemli ☐ Çok Önemli

3. Aşağıdaki ifadelerle katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.					
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.					

İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.					
Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.					
İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.					
İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.					
Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum .					

BÖLÜM 3.SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzeni bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				

15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				

43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

Ek. 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Özge GÜL
Yabancı Dili	: İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)	: Lisans
Lise	: Van Erciş Sevim Kürüm Anadolu Lisesi (2007-2011)
Lisans	: Gümüşhane Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2013-2017), Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yan Dal Programı, Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi İş Sağlığı ve Güvenliği Programı (2017-2023)
Yüksek Lisans	:
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl	: Bio Hayat Sağlıklı Yaşam Merkezi (2019-2020), Perhiz Diyet Merkezi (2021-2023), Türkiye Yüzme Federasyonu Hakemliği (2020-halen devam ediyor.)
Yayımları (SCI ve diğer)	: