**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**
**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ: İSTANBUL KADIKÖY İLÇESİ ÖRNEĞİ

**Recep Özdemir**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**
**SAĞLIK YÖNETİMİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OCAK/2021**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**
**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ: İSTANBUL KADIKÖY İLÇESİ ÖRNEĞİ

**Recep Özdemir**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**
**SAĞLIK YÖNETİMİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OCAK/2021**

# BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Recep ÖZDEMİR

28/01/2021

# E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRMESİ: İSTANBUL KADIKÖY İLÇESİ ÖRNEĞİ

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma İstanbul ilinin Kadıköy ilçesinde 15 yaş ve üzeri nüfusun e-sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemi İstanbul ili Kadıköy ilçesinde ikamet eden 15 yaş ve üzeri nüfustan oluşan 806 kişi tabakalandırılarak rastlantısal güzergah yöntemine göre seçilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak katılımcılara sosyodemografik özelliklerini ve e-sağlık okuryazarlığı ölçeğini içeren anket uygulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların (%65,1) sağlıkla ilgili interneti kendilerine yardımcı olmada yararlı ve çok yararlı olarak belirtmişler. Sağlık kaynaklarına erişim önemli ve çok önemli olarak belirten katılımcı oranı ise (%74,7)'dir. Çalışmada e-sağlık okuryazarlığının toplam puan ortalaması 29,12±7,01 olumlu olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların cinsiyetleri bakımında anlamalı bir fark tespit edilmemiş olup, eğitim, meslek, gelir durumu, sağlık durumları, yaş grupları sağlıkla ilgili interneti ziyaret sıklıkları, son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşunu ziyaret sıklığı ve düzenli ilaç kullanımı bakımında anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

**Sonuç:** Bu çalışmada cinsiyet dışında sosyodemografik değişkenlerin, bireylerin sağlık durumlarının, sağlık kuruluşlarına başvurma sıklıklarının ve düzenli ilaç kullanım durumlarının e-sağlık okuryazarlığı seviyelerini farklılaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** E-Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı, İnternet, Sağlık

# E-HEALTH LITERACY ASSESSMENT: THE CASE OF KADIKÖY DISCTRICT OF ISTANBUL

## ABSTRACT

**Objective:** This study was carried out to evaluate the e-health literacy of the population aged 15 and over in Kadıköy district of Istanbul.

**Materials and Methods:** This research is a descriptive cross-sectional study. The sample of the study was selected according to the random route method by stratification of 806 people consisting of the population aged 15 and over residing in Kadıköy district of Istanbul province. In the study, as a data collection tool, a questionnaire including sociodemographic characteristics and e-health literacy scale was applied to the participants.

**Results**: Participants (65.1%) stated that health-related internet is useful and very useful in helping them. The rate of participants who stated that access to health resources is important and very important is (74.7%). The total score average of e-health literacy in the study is calculated as 29.12 ± 7.01 positive. No significant difference has found in terms of gender of the participants, and it has determined that there was a significant difference in terms of education, occupation, income status, health status, age groups, frequency of visiting the internet related to health, frequency of visiting any health institution in the last year and regular drug use ($p < 0.001$).

**Conclusion:** In this study, it was concluded that sociodemographic variables other than gender, health status of individuals, frequency of referral to healthcare institutions and regular drug use differentiated their e-health literacy levels.

**Keywords:** E-Health Literacy, Health Literacy, Internet, Health

# TEŞEKKÜR

Çalışma evresinde benden desteklerini esirgemeyen danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR'e, çalışma sırasın desteklerini esirgemeyen Öğr. Gör. Kürşad Nuri BAYDİLİ'ye beni motive eden değerli dostlarım Mustafa KAYA, Eyüp SARIGÜL'e, Beytullah ÖZDEMİR'e ve en önemlisi varlıklarına müteşekkir olduğum aileme içten teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

BEYAN ..... iii
ÖZET ..... iv
ABSTRACT ..... v
TEŞEKKÜR ..... vi
TABLO LİSTESİ ..... ix
ŞEKİLLER ..... x
KISALTMALAR ..... xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ ..... 1
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ..... 3
2.1.1. Sağlık Eğitimi ..... 3
2.1.2. Sağlık Okuryazalığı ..... 4
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler ..... 15
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Kavramsal Modeli ..... 16
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ..... 20
2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Dünyada Yapılan Çalışmalar ..... 23
2.1.7. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Türkiyede Yapılan Çalışmalar ..... 28
2.2. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ..... 32
2.2.1. Dünyada E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar ..... 37
2.2.2. Türkiyede Yapılan Bazı Çalışmalar ..... 40
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER ..... 41
3.1. Araştırmanın Amacı ve Yeri ..... 41
3.2. Araştırmanın Tipi ..... 41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... 41
3.4. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları ..... 41
3.5. Verileri Toplama Yöntemi ..... 42
3.6. Verileri Toplama Araçları ..... 42
3.7. Araştırmanın Veri Analizi ..... 42
3.8. Araştırmanın İzni ..... 43
3.9. Araştirmanin Hipotezleri ..... 43
4. BULGULAR ..... 45
5. TARTIŞMA ..... 55
6. SONUÇLAR ..... 59
KAYNAKLAR ..... 61
EK1: ETİK KURUL ONAYI ..... 66

EK2: TÜİK İSTANBUL İLİ KADIKÖY İLÇESİ TEK YAŞ GRUBU NUFÜS BİLGİSİ .....67
EK3: ÖLÇEK FORMLARI .....68

# TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Zarcadoolas ve Arkdaşlarının Çok Boyutlu Sağlık Okuryazarlığı Modeli….. 7
Tablo 2.2: Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri…..... 10
Tablo 2.3: Sağlık Okuryazarlığı ve Halk Sağlığı: Sistematik Bir İnceleme ve Tanım Modellerinin Entegrasyonu……... 18
Tabo 2.4: Sağlık Okuryazarlığı Ölçmede Kullanılan Testler…… 22
Tablo 2.5: Dünyada E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar..... 37
Tablo 2.6: Türkiyede Yapılan Bazı Çalışmalar..... 40
Tablo 4.1: Kadıköy İlçesinin Yaş Aralıklarına Göre Nufüs Dağılımı……... 45
Tablo 4.2: Katılımcıların Demografik Bilgileri…..... 46
Tablo 4.3: Katılımcıların Online Sağlık Kaynakları Hakkındaki Görüşleri…. ……... 48
Tablo 4.4: Yaş Aralıkların Ölçek Puan Tablosu…… 49
Tablo 4.5: Katılımcıların Cinsiyetleri Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması……. 49
Tablo 4.6: Katılımcıların Eğitim Durumları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması……. 50
Tablo 4.7: Katılımcıların Meslekleri Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması…… 51
Tablo 4.8: Katılımcıların Gelir Durumları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması…… 51
Tablo 4.9: Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanım Durumları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması…… 52
Tablo 4.10: Katılımcıların Sağlık Durumları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması…… 52
Tablo 4.11: Katılımcıların Yaş Grupları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması…… 53
Tablo 4.12: Katılımcıların Sağlıkla Ilgili Konularda İnternet Ziyaret Sıklıkları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması…….. 53
Tablo 4.13: Katılımcıların Son Bir Yılda Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayıları Bakımından E-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması……. 54

# ŞEKİLLER

Şekil 2.1: Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Kavramsal Modeli..……..... 17
Şekil 2.2: Dünyada Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy) Kelimesinin Zaman İçinde Gösterilen İlgi Açısından Aranma Sıklığı…… …….. 26
Şekil 2.3: Dünyada Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy) Kelimesinin Bölgeye Göre İlgi Alanı Açısından Aranma Sıklığı…….…… 27
Şekil 2.4: Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Zaman İçinde Gösterilen İlgi Açısından Aranma Sıklığı……. 30
Şekil 2.5: Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Bölgeye Göre İlgi Alanı Açısından Aranma Sıklığı……..……. 31
Şekil 2.6: Türkiye'de "Health Literacy" Ve "Sağlık Okuryazarlığı" Kelimesinin Zaman İçinde Gösterilen İlgi Açısından Aranma Sıklığı……. 32
Şekil 2.7: Zambak Modeli: E-Sağlık Okuryazarlığının Özündeki Altı Temel Beceri…….. 35
Şekil 2.8: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli: İçeriğe Özgü Beceriler…….……... 36
Şekil 2.9: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli: Analitik Beceriler…… 36

# KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ADNKS | : Adrese dayalı nufüs kayıt sistemi |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| TÜİK | : Türkiye İstatistiki Kurumu |

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı: Bireyin bedensel rahatsızları dışında sosyal anlamıyla da “tam bir iyilik hali” olarak ele almıştır (1). Ottawa sözleşmesi’nde sağlığı, insanın temel haklarında birisi olduğu vurgusu yapılmış. Sözleşmede sağlık kavramını açıklamadan önce insanların temel ihtiyaçlarının karşılaması gerektiğinin ön şart olarak kabul edilmiştir. Sözleşmeyle birlikte ülkelerde sağlık eğitimi önem kazanmıştır (2).

Sağlık okuryazarlığı “Bireylerin, uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak en yaygın tanımlaması yapılmaktadır (3). Sağlık okuryazarlığının ikinci en yaygın tanımı ise Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık sözlüğünde de yer alan “Bireyin sağlığa kavuşması ve sağlığını koruyacak şekillerde bilgiye erişme, bilgi edinme ve kullanma becerisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil etmektedir.” tanımıdır (4). Amerikan Tıp Derneği tarafından ortaya konulan bir diğer tanım ise sağlık alanında aksiyon alabilmek için gereken temel okuma ve sayısal görevleri yapma becerilerini içeren bir yeti kümesi olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'da “Kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması” şeklinde tanımlamıştır (2).

Sağlık okuryazarlığı tanımlandığı ilk günden bu yana hem dinamik hem de aktif bir kavram olagelmiştir. Sağlık okuryazarlığı, toplumda yer alan bireylerin sağlık kararları yerinde ve zamanında alabilmeleri ve sağlığını devam ettirmek için gerekli aksiyonları alabilmesini sağlamaktadır. Bireyler sürekli yeni bilgiler öğrenme durumunda ve bilgiler ışığında sağlık kararlarını vermekte; bu açıdan da sağlık okuryazarlığı aktif bir süreç olarak işlemektedir. Ayrıca bireyler sağlık okuryazarlığı sayeside çevreleri ile sürekli bir etkileşim ve bu etkileşimin getirdiği değişimlere sahip olmaktadır. Bireyler etkileşim ve değişim ile sağlık okuryazarlığının dinamik yapısından faydalanabilmekte ve sağlıklı olma halini bu sayede devam ettirmektedirler (5).

Elektronik sağlık bilgisi kaynak ve sunduğu mesaj bakımından diğer medya platformlara göre önemli farklılıklar göstermektedir. Hemen hemen hergün web ortamına düzenlenmemiş bilgileri eklenmektedir. Elektronik bir dünyada sağlık okuryazarı olmak, sağlık bakımı ve teşviki veya e-sağlık okuryazarlığı ile ilgilenmek için farklı veya en azından genişletilmiş bir dizi beceri gerektirir. Elektronik ortamda bulunan bilgiye erişmek ve

değerlendirmek için temel bazı becerilere sahip olmak gerekmektedir. e-Sağlık okuryazarlığı, altı temel beceriden veya okuryazarlıktan oluşur: Geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığıdır (6).

Sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirme, sunulan hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini artırma açısından e-sağlık önemli bir yer tutmaktadır. E-Sağlık, sağlık sektörünü etkileyen tüm fonksiyonlar boyunca bilgi ve iletişim teknolojilerinin uygulanmasını açıklar. E-Sağlık araçları veya çözümleri, yalnızca internet tabanlı uygulamaların ötesine geçen ürünler, sistemler ve hizmetler içermektedir. Hem sağlık profesyonelleri için araçlar hem de hastalar ve vatandaşlar için kişiselleştirilmiş sağlık sistemlerini bünyesinde barındırmaktadır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

### 2.1.1. Sağlık Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı: "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumunun tam bir iyilik hali olması" şeklinde tanımlamıştır. Sağlık için kullanılan en yaygın tanım bu kabul edilmektedir (1). Sağlık; insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren soyut bir kavramdan ziyade fonksiyonel çıktısı olan bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık kavramı bünyesinde sosyal ve kişisel kaynakları barındırmaktadır. Bu yönüyle sağlığa bir amaç gibi değil salt bir kaynak gözü ile bakılmaktadır (4).

Ottawa Sözleşmesi'nde sağlık için temel insan haklarından biri olduğu vurgusu yer almaktadır. Sözleşmedeki sağlık kavramını açıklarken; huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımı gibi konuları ön şartlar olarak sunmaktadır. Bu ön şartların kabul edilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları öne çıkarmaktadır. Bu bağlantılara göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi merkezinde bütüncül sağlık anlayışı yer almaktadır. Bugün sağlığın ruhsal boyutu giderek daha fazla bilinmektedir. DSÖ, sağlığı temel insan haklarından biri olarak görmektedir. Buna göre tüm insanların temel sağlık kaynaklarına erişimi olması gerekmektedir. Kapsamlı bir sağlık anlayışına göre; sosyal ve ekonomik koşulları ve fiziksel çevreyi yöneten tüm sistem ve yapılar, birey ve toplum sağlığı ve refahı üzerindeki etkisine ilişkin sonuçları dikkate alma suretiyle faaliyetlerini yürütmektidir (2).

Sağlık eğitimi; bilgiyi geliştirmek, bireysel ve toplumsal sağlığa elverişli beceriler geliştirmek de dahil olmak üzere sağlık okuryazarlığını geliştirmek için tasarlanmış bir tür iletişim biçimini içeren öğrenme modeli olarak tanımlanmaktadır (7).

Sağlık eğitimi, insanların sağlık uygulamaları ve yaşam tarzlarını benimsemelerine ve sürdürmelerine, bilgilendirmelerine, motive edilmelerine ve sağlık halini sürdürmelerine yardımcı olan, bu amacı kolaylaştırmak için ihtiyaç duyulan çevresel değişimleri savunan ve mesleki eğitim ve araştırmayı aynı amaçla yürüten bir süreçtir (8).

Sağlık eğitimi yüzyıllardır dünyadaki birçok kültürde çeşitli şekillerde var olmuştur. Bunlardan bazıları eski uygarlıkların siyasi ya da dini uygulamaları ile iç içe geçmiştir.

Bazıları aile yapıları içerisinde geleneksel çocuk yetiştirme uygulamaları haline gelmiştir. Sağlık eğitimi, okullarda yaklaşık yüz yıl önce bir alt disiplin olarak yer almıştır. Bazı durumlarda, ayrı bir disiplin olarak uygulanmıştır. 1960'ların ortasına kadar bu yaklaşımın evrensel olarak etkili olduğu kabul edilmiştir. Sağlık eğitimi ayrıca resmi ve gönüllü sağlık kurumlarında, işyerinde ve klinik ortamlarda da yaygınlaştırılmıştır (9).

Sağlık eğitiminin amacı, bireylerin daha iyi sağlık seçimleri yapmasına yardımcı olmaktır. sağlık çalışanlarının kanıta dayalı uygulamalara daha etkin biçimde katılmalarına yardımcı olmak ve toplumların programlama ve politika girişimleri yoluyla toplum sağlığını korumalarına ve desteklemelerine yardımcı olmak gibi amaçlara sahiptir (10).

### 2.1.2. Sağlık Okuryazalığı

Tarih boyunca, hem zengin hem de yoksul ülkelerde okuryazarlık, kalkınmanın temel ilkesi olan özgürlük arayışının bir parçası olarak kabul edilmiştir (11). Her zaman olmamakla birlikte, okuryazarlık eğitim düzeyi ile yakından ilişkili olagelmiştir. Okuryazarlık; topluma aktif katılım, sağlık ve refah göstergesidir. Aynı zamanda bir ulusun başarısının önemli belirleyicisi olarak ele alınmaktadır(12). Düşük okuryazarlık düşük sağlık durumu ile ilintili olduğu gibi; düşük sağlık okuryazarlığı da bireylerin topluma katılımında sorunlara ve çeşitli sosyoekonomik dezavantajlara neden olmaktadır. Bu yönden bakıldığında sağlık okuryazarlığı, sağlığın temel bir yapı taşıdır ve modern vatandaşlığın sağlık açısından odağında yer almaktadır (13).

Sağlık okuryazarlığı tanımlandığı ilk günden bu yana hem dinamik hem de aktif bir kavram olagelmiştir. Sağlık okuryazarlığı, toplumda yer alan bireylerin sağlık kararları yerinde ve zamanında alabilmeleri ve sağlığını devam ettirmek için gerekli aksiyonları alabilmesini sağlamaktadır. Bireyler sürekli yeni bilgiler öğrenme durumunda ve bilgiler ışığında sağlık kararlarını vermekte; bu açıdan da sağlık okuryazarlığı aktif bir süreç olarak işlemektedir. Ayrıca bireyler sağlık okuryazarlığı sayeside çevreleri ile sürekli bir etkileşim ve bu etkileşimin getirdiği değişimlere sahip olmaktadır. Bireyler etkileşim ve değişim ile sağlık okuryazarlığının dinamik yapısından faydalanabilmekte ve sağlıklı olma halini bu sayede devam ettirmektedirler (5).

Doğası gereği dinamik ve aktif olan sağlık okuryazarlığını tanımlamak için yapılan çalışmalar da aktif ve dinamik bir seyir izlemiştir. Bugüne kadar sağlık okuryazarlığı için çok sayıda tanımlama yapılmış olmasına rağmen hala yeni tanımlamalar geliştirilmektedir (3,11,14-16).

Speros (17, 18) yayınladığı makalede 1980'ler ve 1990'lar boyunca literatürde sağlık eğitimi stratejileriyle ilgili olarak rapor edilen araştırmaların okuma becerisi veya okuryazarlık düzeyi ile alakalı olduğunu bildirmiştir. Speros makalesinde sağlık okuryazarlığı kavramının ilk kullanıdığı 1974 yılındaki makaleye atıfta bulunmuştur. Söz konusu makalede ABD'de tüm ilkokul seviyeleri için asgari sağlık eğitimi standartları olması gerektiği bildirilmiştir. Bu tarihten sonra yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinden ziyade okuduğunu anlama ve kelime tanıma testleri gibi geleneksel okuryazarlık ölçütleri kullanılmıştır. Sağlık eğitimi materyalleri ile insanların bunları anlamadaki yetersizliği arasındaki farkı gösteren ilk araştırma 1980'lerin başında yapılmıştır (17).

Sağlık okuryazarlığı için dönüm noktası olan bir diğer çalışma ise "Teaching Patients with Low Literacy Skills-Düşük Okuryazarlık Becerileri Olan Hastalara Öğretim" isimli 1985 yılında Cecelia Doak tarafından çıkarılmış kitaptır. Kitabın halk sağlığına ve açık iletişim ilkeleri anlayışına katkıları derin olmuştur (17,19). 1996 yılına kadar da okuryazarlık seviyesi düşük olan nüfusun sağlıkla ilgili öğrenme gereksinimlerini araştıran hemşirelik, tıp ve halk sağlığı literatüründe birçok makale yayınlanmıştır (20-23). Ancak 1996 yılından sonrasında sağlık okuryazarlığı sadece okuryazarlık bağlamından çıkıp işlevsel olarak da kabul görmeye ve tanımlanmaya başlanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık bilimleri literatüründe ve tartışmalarda, sağlık çıktıları ile ilgili bir değişken olarak kullanılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetleri önerilerinin iletilmesi ve hastanın bilgilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (24). Literatürde çeşitli sağlık okuryazarlığı tanımları mevcuttur.

Sağlık okuryazarlığının "Bireylerin, uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi" olarak en yaygın tanımlaması yapılmaktadır (3).

Sağlık okuryazarlığının ikinci en yaygın tanımı ise Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sözlüğünde de yer alan "Bireyin sağlığa kavuşması ve sağlığını koruyacak şekillerde bilgiye erişme, bilgi edinme ve kullanma becerisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil etmektedir" tanımıdır (4).

Amerikan Tıp Derneği tarafından ortaya konulan bir diğer tanım ise sağlık alanında aksiyon alabilmek için gereken temel okuma ve sayısal görevleri yapma becerilerini içeren bir yeti kümesi olarak tanımlanmıştır (3).

Zarcadoolas ve ark. (25) “Sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için kişilerin bilinçli tercihler yapmalarını sağlayacak olan sağlık bilgisini; arayıp bulma, kavrama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini kapsayan geniş beceriler topluluğu” olarak tanımlamışlardır.

Zarcadoolas ve ark. (25) tarafından formüle edilen sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılması perspektifi oluşturulmuştur. Bu perspektife göre sağlık okuryazarlığı yapan bir kişi “Sağlık bilgilerini verimli bir şekilde kullanabilir, oluşabilecek her türlü durumda bu bilgiyi uygulayabilir ve sağlık, tıp, bilim ve kültür boyutunda kamu veya özel diyaloglara katılabilir.” olarak geçmektedir (15). Bu anlayış kapsamında Zacadoolas ve ark. (25) halk sağlığı perspektifinden dört temele konumlandırdıkları modeli geliştirmiştir. Bu dört temel alan: Temel okuryazarlık, Fen okuryazarlığı, Sivil okuryazarlık ve Kültürel okuryazarlık (bk. tablo 2.1) olarak sıralanmaktadır (26).

**Tablo 2.1:** Zarcadoolas ve Arkdaşlarının Çok Boyutlu Sağlık Okuryazarlığı Modeli

| Çok Boyutlu Sağlık Okuryazarlığı Modeli | |
|---|---|
| Temel Okuryazarlık | Okuma, yazma, konuşma ve sayılarla çalışma |
| Fen Okuryazarlığı | Bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma becerisi ve becerileri:<br>• Temel bilimsel kavramlar bilgisi<br>• Teknik karmaşıklığı kavrayabilme<br>• Teknolojiyi kavrayabilme<br>• Kabul görmüş bilimsel gerçeklerdeki değişimleri ve bilimin kestirilemez yönlerini anlayabilme |
| Sivil Okuryazarlık | Vatandaşların kamusal sorunların farkında olmalarını, onlar hakkında eleştirel diyaloga girmelerini ve karar alma sürecine dahil olmalarını sağlayan beceriler ve yetenekler:<br>• Medya okuryazarlığı<br>• Sivil ve devlet sistemleri ve süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak<br>• Güç, eşitsilik ve hiyerarşik ilişkiler bilgisi<br>• Bireysel davranış ve seçimlerin toplumdaki diğer insanları etkilediğini bilmek |
| Kültürel Okuryazarlık | Farklı bireylerin inançlarını, geleneklerini, dünya görüşlerini ve sosyal kimliklerini tanıma, anlama ve kullanma becerisi ve yetenekleri |

**Kaynak:** Austvoll-Dahlgren ve Ark. Development Of A Complex Intervention To Improve Health Literacy Skills (27)

Mancuso sağlık okuryazarlığını, yaşam boyu öğrenmede yer alan kapasite, anlama ve iletişim becerilerini içerisinde barındıran bir süreç olduğunu vurgulamaktadır.

1) Sağlık okuryazarlığı ile ilgili **kapasite becerileri**; güvenilirlik ve kalite için sağlık

bilgilerinin toplanmasını, analiz edilmesini ve değerlendirilmesini, birlikte çalışmayı, kaynakları yönetmeyi, rehberlik ve destek aramayı, kendilik duygusunu geliştirmeyi ve kendini ifade etmeyi, vizyon ve hedefler oluşturmayı, değişime ayak uydurmayı içerir. Kapasite için sözlü dil becerileri de temel kabul edilmektedir. Okuma, dinleme, analitik karar verme gibi sayısal yetenekler ve kimlik bilgileri, kendini savunmak, sağlık bilgileri üzerinde hareket etmek ve sağlık hizmetleri sisteminde müzakere etmek gibi gibi sosyal beceriler için kapasite önemli bir yer tutmaktadır.

2) **Kavrama**; mantığın, dilin ve deneyimin etkileşimine dayanan karmaşık bir süreçtir. İlaç kullanım talimatı, taburculuk talimatları, rıza formları, hasta eğitim materyalleri ve modern hastaya sağlanan sayısız bilginin doğru yorumlanması için çok önemlidir.
3) **İletişim**; düşüncelerin, mesajların veya bilgilerin konuşma, sinyaller, yazı ya da davranış yoluyla nasıl paylaşıldığıdır. İletişim; girdileri, kodu çözmeyi, çıkışı kodlamayı ve geri bildirimi içerir. Temel iletişim becerileri anlayışı ile okuma; fikirleri yazılı olarak iletme, konuşma, başkalarının anlayabilmesi, aktif olarak dinleyebilmesi ve eleştirel olarak gözlemleyebilmesidir (28).

Sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri olarak kabul edilen faktörlerin kapsamı geniştir ve kavramsal modeller arasında geniş bir çeşitlilik vardır. Bu tanımlar sağlık okuryazarlığının, daha geniş bir toplumsal bakış açısı içeren önleyici ve sağlığı teşvik edici bir girişim olduğunu da göstermektedir. Ayrıca, sağlık bilgisi okuryazarlığının halk sağlığı üzerindeki anlamlı etkilere sahiptir (29). Sağlık okuryazarlığı kapsamı, içeriği ve amaçları doğrultusunda araştırmalar ve yayınlar yapılmakta olan bir alan olmaya devam etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan çalışmaları nicel ve nitel olarak iki gruba ayırmak da mümkün olabilmektedir (30). Nicel çalışmalar sağlık okuryazarlığında yol haritası, değerlendirilmesi, iletişim ve karar verme gibi fonsiyonel unsurlardan ziyade okuma becerilerine odaklanmaktadır (31). Bireylerin akıcı okuması, bilgi düzeyi ve kelime bilgisi gibi olguların karmaşık bütünü sağlık okuryazarlığını oluşturmaktadır. Doğası gereği sayısal ifade olan kilo, kan basıncı, glukoz tayini verileri ayrıca okuma seviyesi ve kelime tanıma da ölçülebilir olmasına rağmen bu faktörler tek başlarına işlevsel veya kritik sağlık okuryazarlığını yeterince ölçmemektedir (32). Bu yüzden sağlık okuryazarlığının ölçülmesi için yöntemler geliştirilmiştir.

Özetle; sağlık okuryazarlığının bireysel yetenekler olarak tanımlanması kapsamında, Amerika Tıp Enstitüsü kültürel ve kavramsal bilgileri, dinleme, konuşma, aritmetik, yazma

ve okuma becerilerini sağlık okuryazarlığının ana bileşenleri olarak görmektedir. Speros aynı zamanda okuma ve sayısal becerileri tanımlayıcı özellikler olarak tanımlamaktadır. Baker (33) sağlık okuryazarlığını sağlıkla ilgili yazılı okuryazarlık ve sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlık olarak ayırırken, Paashe-Orlow ve Wolf dinleme, sözlü akıcılık, hafıza süresi ve navigasyon (yol göstericisi) arasındaki ayrımlar ile sağlık okuryazarlığını tanımlamaktadır. Lee ve arkadaşları birbiriyle ilişkili dört faktörü tanımlamaktadır: Hastalık ve öz bakım bilgisi, sağlık riski davranışı, koruyucu bakım, doktor ziyaretleri ve ilaçla uyumluluk.

Sonuç olarak. Sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri olarak kabul edilen faktörlerin kapsamı geniştir ve kavramsal modeller arasında geniş bir çeşitlilik vardır. Sağlık okuryazarlığının bu tanımlayıcı unsurları önemli ölçüde değişmekle birlikte, hepsi bireyin sağlık sistemi içindeki bir hastanın rolünde işlev görme kapasitesini yansıtan bilişsel yetenekler, beceriler ve davranışlarla ilgilidir (33).

**Tablo 2.2:** Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

| | **Referans** | **Boyutlar** | **Geçmiş** | **Sonuçlar** |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Fındıkkıran (2000) | - İşlevsel sağlık okuryazarlığı<br>- Etkileşimli sağlık okuryazarlığı<br>- Kritik sağlık okuryazarlığı | -Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri (eğitim, sosyal mobilizasyon, savunma) | **Bireysel Faydalar**<br>- Geliştirilmiş risk bilgisi<br>- Öngörülen eylemlere uyum. Bilgiye bağımsız hareket etmek için geliştirilmiş kapasite<br>- Geliştirilmiş motivasyon ve kendine güven<br>- Sıkıntıya daha fazla bireysel esneklik<br>**Topluluk / Sosyal Yardımlar**<br>- Nüfus sağlığı programlarına katılımın artması<br>- Sosyal normları etkilemek ve sosyal gruplarla etkileşimde bulunmak için geliştirilmiş kapasite<br>- Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde etkili hareket kabiliyeti arttırıldı<br>- Toplumun güçlendirilmesi |
| 2 | Lee ve ark.(2004) | - Hastalık ve öz bakım bilgisi<br>- Sağlık riski davranışı<br>- Önleyici bakım ve doktor ziyaretleri<br>- İlaçlar ile uyum. | - Sosyal-ekonomik durum<br>- Cinsiyet<br>- Etnisite<br>- Sağlık sigortası kapsamı<br>- Hastalık şiddeti<br>- Gelir tutarsızlığı<br>- Topluluğun etnik bileşimi | - Sağlık durumu<br>- Acil bakım<br>- Yatış |

**Tablo 2.2:** (devamı) Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | Tıp Enstitüsü (2004) | - Kültürel ve kavramsal bilgi<br>- Dinleme<br>- Konuşma<br>- Aritmetik beceriler<br>- Yazma becerileri<br>- Okuma becerileri | - Eğitim, kültür ve dil<br>- Bireylerin sağlık için etkileşime girdiği kişilerin iletişim ve değerlendirme becerileri<br>- Medyanın, pazarın ve resmi kurumların sağlık bilgilerini uygun bir şekilde sunabilmesi | -Sağlık sonuçları ve maliyetleri |
| 4 | Zarcadoolas ve ark.(2005) | -Temel okuryazarlık<br>-Bilim okuryazarlığı | - Sağlık durumu<br>- Demografik, sosyopolitik, psikososyal ve kültürel faktörler | - Yeni durumlara bilgi uygulama becerisi sağlık, tıp, bilimsel bilgiler ve kültürel inançlar hakkında kamu ve özel diyaloglara katılma becerisi |
| 5 | Speros (2005) | - Okuma / sayısal beceriler<br>- Anlama<br>- Karar vermede sağlık bilgisini kullanma kapasitesi<br>- Sağlık sektörü tüketici rolünde başarılı işleyişi | - Okuryazarlık<br>- Sağlıkla ilgili deneyim | - Geliştirilmiş kendi kendine rapor edilen sağlık durumu<br>- Daha düşük sağlık maliyetleri<br>- Daha yüksek sağlık bilgisi<br>- Daha kısa hastaneye yatış, daha az sağlık hizmeti kullanımı |
| 6 | Baker (2006) | - Sağlıkla ilgili baskı okuryazarlığı<br>- Sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlık. | - Sağlıkla ilgili okuma akıcılığı<br>- Sağlıkla ilgili kelime bilgisi<br>- Sağlık kavramlarına aşinalık<br>-Sağlık ortamında basılı ve sözlü mesajların karmaşıklığı ve zorluğu | - Yeni bilgi edinme<br>- Daha olumlu tutumlar<br>- Daha fazla öz yeterlik<br>-Olumlu sağlık davranışları<br>- Daha iyi sağlık sonuçları |

**Tablo 2.2**: (devamı) Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7 | Paashe-Orlow ve Kurt (2007) | - Dinleme<br>- Sözel akıcılık<br>- Bellek süresi<br>- Navigasyon. | - Sosyo-ekonomik durum<br>- Meslek<br>- İstihdam durumu Gelir<br>- Sosyal destek<br>- Kültür ve dil<br>- Eğitim<br>- Yaş<br>- Irk / etnik köken görme, işitme, sözlü yetenek, hafıza ve akıl yürütme gibi kişisel yeterlilikler | - Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım (hastaların navigasyon becerileri, öz yeterliliği ve algılanan engeller ve sistemin karmaşıklığı, akut bakım oryantasyonu ve aşamalı dağıtım modelinden etkilenen)<br>- Hasta / sağlayıcı etkileşimleri (hastaların bilgi, inanç ve karar vermedeki katılımı ve sağlayıcıların iletişim becerileri, öğretme kabiliyeti, zaman ve hasta merkezli bakım). Öz bakım (hastaların motivasyonu, problem çözme, öz yeterlik, bilgi / beceri ve destek teknolojileri, kitle iletişim araçları, sağlık eğitimi ve kaynakları tarafından etkilenir) |
| 8 | Kickbusch & Maag (2008) | - İşlevsel<br>- Etkileşimli<br>- Kritik | - Eğitim sistemi<br>- Sağlık sistemi<br>- Kültür / ev ve topluluk<br>- İş<br>- Politika Piyasası | - Sağlık sonuçları ve maliyetleri |
| 9 | Mancuso (2008) | - Kapasite<br>- Anlama İletişimi | - Operasyonel yeterlilik<br>- İnteraktif yeterlilik<br>- Özerk yeterlilik<br>- Bilgilendirici yeterlilik<br>- İçeriksel yeterlilik<br>- Kültürel yeterlilik | - Sağlık maliyetleri<br>- Hastalıklar ve tedaviler hakkında bilgi<br>- Kendi kendine yönetim becerileri<br>- Kronik durumlar için bakım yapabilme<br>- Uyum<br>- Tıbbi veya ilaç tedavisi hataları<br>- Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım.<br>- Acil bakım ve yatan hasta kabulleri gibi pahalı hizmetlerin kullanılması. Sağlığı teşvik edici davranışların önlenmesi ve taranması. Fiziksel hastalık veya hastalık, hastalık veya bozulma algısı olarak tanımlanan sağlık durumu |

**Tablo 2.2:** (devam) Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10 | Manganello (2008) | - İşlevsel sağlık okuryazarlığı - Etkileşimli sağlık okuryazarlığı - Kritik sağlık okuryazarlığı - - Medya okuryazarlığı | - Bireysel özellikler (yaş, ırk, cinsiyet, kültürel geçmiş, bilişsel ve fiziksel yetenekler, sosyal beceriler)<br>- Medya kullanımı<br>- Akran ve ebeveyn etkileri<br>- Kitle iletişim araçları, eğitim sistemi ve sağlık sistemi | - Sağlık davranışı<br>- Sağlık maliyetleri<br>- Sağlık hizmeti kullanımı |
| 11 | Freedman ve ark.(2009) | - Kavramsal temeller<br>- Kritik beceriler | - Sosyal, çevresel ve politik güçler | - Toplumun daha acil sağlık sorunlarından bazılarını çöz<br>- Sosyal adaletsizliklerini hafiflet. |
| 12 | Von Wagner ve ark.(2009) | - Problemleri çözmeleri gerektiğinde okuryazarlık ve sayısal becerilere güvenme yeteneği | - Epidemiyolojik veya yapısal belirleyiciler - Bireysel etkiler<br>- Okuma ve aritmetik beceriler<br>- Dış etkiler | - Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım<br>- Hasta-sağlayıcı etkileşimi<br>- Sağlık ve hastalık yönetimi |

**Kaynak:** Sørensen ve Ark. Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models (33)

#### 2.1.2.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavramlar

Sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir kavramdır ve farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Etkileştiği ve içerisinde yer alan kavramların başlıcaları aşağıda yer almaktadır:

**Sağlık İletişimi**: Halk sağlığı kampanyaları, tanıtım amaçlı sağlık bilgilerini iletme çalışması (sağlık eğitimi ve doktor ile hasta arasında olduğu gibi) ve pratiğidir (34).

**Kritik Sağlık Okuryazarlığı:** Sağlık uzmanları ile iletişim kurma ve onlarla etkileşimde bulunma ve karar alma için gerekli süreç bilgileri dahil olmak üzere, üst düzey sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olunmasıdır (32, 35).

**Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:** Bireylerin sağlık konusunda gerekli işlevleri etkin olarak yerine getirebilmelerini sağlayan temel okuma yazma becerileridir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının tanımıyla ilgili sağlık sisteminin sayısallığı ve navigasyonu (yol haritası) gibi diğer faktörleri kapsamaktadır (31).

**Navigasyon (Sağlık sisteminde gezinme- yol haritası):** Sağlık sisteminin ne zaman ve nerede kullanılacağıda dahil olmak üzere sağlık sisteminin nasıl çalıştığını anlamayı sağlamaktadır (31).

**Sağlık Profesyonelleri:** Sağlık profesyonelleri arasında; doktorlar, doktor asistanları, hemşireler, diyetisyenler, fizik tedavi uzmanları ve fiyoterapistler ile sağlık eğitimi veren, eğitim materyalleri geliştiren ve yönetici olarak çalışanlar da dahil olmak üzere tıbbi bakım sağlayıcıları bulunmaktadır (30).

**Sayısallık (Sayıları anlama ve değiştirme yeteneği):** Matematiksel bilgi ve fikirlere erişme, kullanma, yorumlama ve iletme, yetişkin yaşamındaki bir dizi durumun matematiksel taleplerini yerine getirme ve yönetme yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı bağlamında sayısallık, bir gıda etiketinden kalorileri hesaplama veya kan şekeri temelli insülin gereksinimlerini hesaplama yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığında okuryazarlık kadar önemli bir yere sahiptir (36).

**Özdenetimsel Beceriler:** Hastanın fiziksel aktivite gibi durumlarını yönetmek için aldığı beslenme yönergelerine uymak, reçetelendiği şekilde ilaç almak ve işaretler, semptomlar ve kan basıncı, kilo ve fiziksel aktivite gibi sağlık verileri dahil olmak üzere temel sağlık ölçümlerini izlemek gibi durumları yönetmek için yapılan eylemlerdir (37).

### 2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı dinamik bir yapıdadır. Kişi eğer yorgun kötü bir ruh hali içindeyse, stres altındaysa, bu durum kişinin o zamanki bilgileri anlama, kullanma, uygulama ve hareket etme kapasitesini etkileyecektir. Saniyelik bile dinamizmi olan bu kavramın zaman içerisinde ise daha büyük bir dinamikliği söz konusudur. Bir kişinin bireysel sağlık okuryazarlığı günden güne değişebilir. Kişisel faktörler aynı zamanda bir kişinin sağlık hizmeti sağlayıcısı ve organizasyonu ile ne kadar ortaklık kurmak istediğini ve sağlık bilgisini anlamak, kullanmak, uygulamak ve hareket etmek istediklerini de etkileyecektir. Bazı insanlar sağlık hizmeti sağlayıcılarına insiyatif bırakıp, onların karar almalarını tercih edebilirken, bazıları ise bakımlarında daha aktif bir rol oynama isteğinde olabilmektedir (16, 38, 39).

Sağlık okuryazarlığı bir dizi kişisel, sosyal, çevresel ve kültürel faktörden etkilenmektedir. Bir kişinin kişisel sağlık okuryazarlığını etkilediği bilinen faktörler; eğitim, yaş, yaşadığı bölge, etnik köken, dil, cinsiyet ve maluliyet gibi sıralanabilmektedir. Bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinden dolayı, bireysel sağlık okuryazarlığının ele alınması çoğu zaman sağlık eşitsizliklerini azaltmanın bir yolu olarak görülmektedir. Bir kişinin önceki sağlık ve hastalık deneyimleri ve kendi sağlık durumları hakkındaki bilgileri gibi kişisel faktörler de bireysel sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (39).

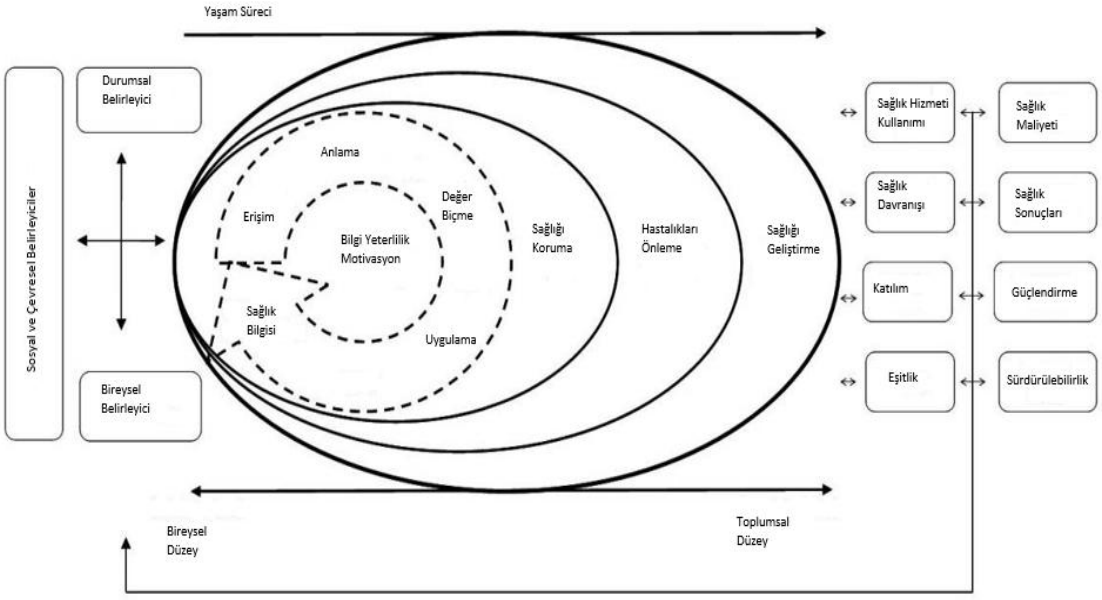
Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlere bir yaklaşımda bu faktörleri demografik sosyal faktörler ve kişisel özelikler olarak ikiye ayırılıştır (33). Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik ve sosyal faktörler arasında; sosyoekonomik durum, meslek, istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dil, çevresel ve politik güçler ve medya kullanımı belirtilmektedir. Ayrıca, akran ve veli etkileri, ergenlerin kendi arasındaki etkileşim bireylerin sağlık okuryazarlıklarını etkileyebilmektedir. Kişisel özellikler açısından sağlık okuryazarlığı yaş, ırk, cinsiyet ve kültürel geçmişe göre tahmin edilmektedir. Bireyde yer alan vizyon, işitme, sözel yetenek, hafıza ve akıl yürütme fiziksel yetenekler ve sosyal beceriler ve okuma, anlama ve sayısallaşma ile ilgili meta-bilişsel beceriler gibi yeterlilikler bireysel düzeyde sağlık okuryazarlığını en çok etkileyen faktörler olarak yer almaktadır (33).

### 2.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Kavramsal Modeli

Geçtiğimiz 20. yıl içerisinde sağlık okuryazarlığı araştırmasının çok sayıda kavramsal modeli geliştirilmiştir. Geliştirilen modellerin hiçbiri gelişen sağlık okuryazarlığı tanımlar ve ortaya konulan yetkinlikler; değer bulunabileceği bir kapsam genişliğinden yoksundur (40). Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı ile halk sağlığının tanım ve modellerinin gözden geçirilip sistematik bir entegrasyonunu sağlayan çalışma sonucu Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal modeli açığa çıkmıştır (33). Bu modeli diğerlerinden ayıran özellikler;

- Kavramların teorik temellendirmesinin yapılabilmiş olması,
- Tıbbi ve halk sağlığı okuryazarlığında yer alan unsurların birleştirmiş olması,
- Mevcut modellerin aksine sağlık okuryazarlığının aynı zamanda bilgiye erişme, anlama, işleme ve iletme adımlarını içeren bir süreç olduğu gerçeğini açıkça ifade edebilmesi,
- Yine mevcut modellerden farklı olarak sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlerken ve sağlık hizmeti kullanımı, sağlık maliyetleri ve sağlık sonuçları üzerindeki etkisinden bahsederken, sağlık okuryazarlığının girdilerini sonuçlarına bağlayan yolları açıklayabilmektedir.

**Şekil 2.1:** Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Kavramsal Modeli




**Kaynak:** Sørensen ve Ark. Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. Bmc Public Health (33)

Model, sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını ortaya koyan kavramsal modeli (Erişim, Anlama, Değerlendirme, Uygulama, Sağlık Bilgisi) merkeze koyan; sağlık okuryazarlığını halk sağlığı çerçevesine genişleten başlıklarla (sağlığı koruma, önleme, geliştirme) birlikte ele alan ve tüm bunların sağlık girdileri (sağlık hizmeti kullanımı, sağlık davranışı, katılım, eşitlik) ve sağlık çıktıları (sağlık maliyeti, sağlık sonuçları, güçlendirme, sürdürülebilirlik) ayrıca belirleyiciler ile etkileşimini tüm boyutları ile değerlendiren bir bütüncül kavram bakış açısı ortaya koymaktadır. Spesifik olarak model; sağlığı koruma, hastalık önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanlarında sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili yeterliliklere atıfta bulunarak sağlık okuryazarlığında 12 boyut belirlemektedir.

**Tablo 2.3:** Sağlık Okuryazarlığı ve Halk Sağlığı: Sistematik Bir İnceleme ve Tanım Modellerinin Entegrasyonu

| **Sağlık Okuryazarlığı** | **Sağlık Ile Ilgili Bilgilere Erişim** | **Sağlıkla Ilgili Bilgilerin Anlaşılabilmesi** | **Sağlık Ile Ilgili Bilgilerin Anlaşılması, Değerlendirilmesi** | **Sağlık Ile Ilgili Bilgilerin Uygulanması Veya Kullanılması** |
|---|---|---|---|---|
| **Sağlık Hizmetleri** | 1)Medikal veya klinik konulardaki bilgilere erişme becerisi | 2) Medikal bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi | 3) Medikal bilgileri yorumlam ve değerlendirme becerisi | 4) Medikal bilgiler üzerinde bilgiye dayanan kararlar verebilme becerisi |
| **Hastalıkların Önlenmesi** | 5) Risk faktörleri hakkındaki bilgilere erişebilme becerisi | 6) Risk faktörleri üzerindeki bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi | 7) Risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi | 8) Risk faktörleri bilgileri üzerinde bilgiye dayanan kararlar verebilme becerisi |
| **Sağlığın Geliştirmesi** | 9) Sağlık konusundaki bilgileri güncelleme becerisi | 10) Sağlık ile ilişkili bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi | 11) Sağlık ile ilişkili bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi | 12) Sağlık konusunda düşünce oluşturma becerisi |

**Kaynak:** Sørensen ve Ark. Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models (33)

Model oluşturulurken Sağlık okuryazarlığı ile ilgili tıbbi ve halk sağlığı yaklaşımlarını da kullanan kavramsal modellerin sistematik birşekilde incelenmesi ve bahsi geçen 12 kavramsal çerçevenin (şekil 2.1) içeriğinin analiz edilmesi ile oluşturulmuştur. Modelin nüvesinde sağlıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama süreci ile ilgili yetkinlikler yer almaktadır.

**Erişim:** Sağlık bilgisi bulma, bulma ve elde etme becerisi anlamına gelmektedir.

**Anlamak:** Erişilen sağlık bilgisini anlama yeteneğini ifade etmektedir.

**Değerlendirme:** Erişilen sağlık bilgilerini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değerlendirme kabiliyetini tanımlamaktadır.

**Uygulama:** Sağlığı korumak ve iyileştirmek için bir karar vermek için bilgileri iletme ve kullanma yeteneğini ifade etmektedir.

Sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil eden, bu yeterlilikler belirli bilişsel nitelikler gerektirmesi ve sağlanan bilginin kaliteli olması gerektiği ile karakterizedir. Sağlık bilgisini edinmek bunlara erişmek; anlayış, zamanlama ve güvenirliğe bağlıdır. Bilginin anlaşılması; beklentilere, algılanan faydaya, sonuçların kişiselleştirilmesine ve nedenselliklerin yorumlanmasına bağlıdır. Bilginin işlenmesi ve değerlendirilmesi; bilginin sadeliğine, jargonuna, etkili iletişime bağlıdır. Tüm bu yeterlilikler Nutbeam'ın fonksiyonel, etkileşimli/iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olarak sınıflandırılmış olduğu hiyerarşik sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki nitelikleri içermektedir.

Sağlık okuryazarlığının bileşenlerine ek olarak sağlık okuryazarlığının temel girdileri ve çıktıları gösterilmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında, toplumsal ve çevresel belirleyiciler (örneğin; demografik durum, kültür, dil, siyasi güçler, toplumsal sistemler) ve kişisel olarak daha fazla ilgili olan proksimal (merkeze yakın) faktörlerden biri olan bireysel belirleyiciler (örneğin; yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, okuryazarlık) ve diğeri olan durumsal belirleyiciler (örneğin; sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre) dahil olmak üzere daha distal faktörler arasında bir ayrım yapılmaktadır. Bunların birbiri ile etkileşimi, sağlık girdi ve çıktıları üzerinden ortaya konmaktadır.

Bu model sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerin geliştirilmesi için bir temel olarak kullanılmıştır. Aynı zamanda ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve doğrulanması, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için yapılan müdahaleler içerisinde sağlık okuryazarlığının boyutunun belirlenmesi için de kullanılmıştır (33, 41).

### 2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Farklı sağlık okuryazarlığı kavramlarının karmaşıklığı ve belirsizliği göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığının ölçülmesine yönelik süreçlerin tartışılması şaşırtıcı değildir. Sağlık okuryazarlığının tanımları geniş ve ölçülmesi kolay olmayan kişilerarası iletişimin kalitesi veya bireyin motivasyonu, güçlenmesi ve karar verme yeteneği olarak sıralanabilecek bir dizi kavram içermektedir.Ölçüm çabalarının çoğu, sağlık okuryazarlığı ortamından ziyade bireylerin sağlık okuryazarlıklarını ölçmeye odaklanmıştır. Bireysel sağlık okuryazarlığının ölçülmesine yönelik farklı yaklaşımlar ve amaçlar vardır ve bu amaçlara ulaşmak için farklı araçlar geliştirilmiştir. Kullanılması gereken araç veya yöntem, bireysel sağlık okuryazarlığını neden ölçtüğünüze ve sonuçlarla ne yapmak istediğinize bağlı olarak değişmektedir (42).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçebilmek amacı ile yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) ve “Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi” (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) olarak adlandırılan testlerin daha yaygın olarak kabul gördüğü anlaşılmaktadır. Ayrıca, bireylerin okuma yeteneğini tanımlamak için “Tek Maddeli Okuryazarlık Tarama Ölçeği” (Single Item Literacy Screener-SILS) de sıklıkla kullanılmaktadır (43).

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) ve Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM). Bu araçların her ikisi de 1990'lı yıllarda geliştirilmiştir (44). Basit, tek heceli kelimeler (örneğin; hap ve göz) ile başlayan ve çok heceli kelimeler (örneğin; antibiyotikler ve potasyum) ile biten, telaffuz zorluğu sırasına göre düzenlenmiş 66 tıbbi terimden oluşan bir kelime tanıma ve telaffuz testidir. Katılımcı listeyi okurken, sınav görevlisi doğru söylenen kelimelerin sayısını alır. Her doğru kelime için bir puan verilir. Puanların toplamı belirli sınıf eşdeğeri okuma seviyesi kategorisine karşılık gelir: 0-18, 3. sınıfa eşit veya daha küçüktür; 19-44, 4. ve 6. sınıflara eşittir; 45-60, 7. ile 8. sınıfa eşit, 61-66 ise 9. sınıfa eşit veya daha büyüktür (45). REALM, hastanın okuma seviyesini tahmin eder ve tıbbi terimleri kullandığı için sağlık okuryazarlığı tahmini sağlar. En yeni sürüm olan REALM-R'nin yönetilmesi birkaç  dakika yapılabilmesi söz konudur(44). REALM, hastanın okuma seviyesini tahmin eder ve tıbbi terimleri kullandığı için sağlık okuryazarlığı tahmini sağlar. TOFHLA, hem İngilizce hem de

İspanyolca olarak mevcuttur ve kısa bir form olarak yer almaktadır(44).TOFHLA ayrıca bir sayısal ölçüt içermektedir. REALM ve TOFHLA, hem klinik hem de toplum ortamlarında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için faydalı araçlar olmasına rağmen, her ikisi de sağlık okuryazarlığı kavramsal bütünlüğü içerisinde tam olarak ele almadığı için sağlık okuryazarlığının düzeyini ölçmede yetersiz olduğu belirtilmiştir (45).

Sağlık okuryazarlığı kelime tanıma, metin anlama ve sayısal becerilerden daha fazlasını içeren bir kavram olmasından dolayı araştırmacılar sağlık okuryazarlığının çok boyutlu kavramsallaştırmasına dayanan sağlık okuryazarlığını değerlendirme ve ölçme yetenekleri genişletme, klinik ortamdaki bireyin ötesinde topluluk veya popülasyon düzeyini içeren bir halk sağlığı yaklaşımıyla bu düzeyde bir değerlendirme yapmak için testler geliştirmşlerdir (46). Klinik düzeyden ziyade daha geniş çapta test olanağı sunan; All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS), Health Literacy Questionnaire (HLQ), Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) ve European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) testler bunlar arasında sayılabilir. Bu çok boyutlu ölçüm araçlarından birçoğu kültürel bağlamlarda çalışmak üzere özel olarak tasarlanmış ve farklı coğrafyalara uyarlanmıştır. HLQ birkaç Afrika ve Asya diline çevrilmiştir ve sınırlı okur yazarlığı olan insanlarda sağlık okuryazarlığının belirlenmesi için kullanımı tavsiye edilmiştir. Avrupa için kullanılan HLS-EU-Q testi, HLS-EU-A-Q ismiyle Asya ülkelerinde kullanım için uyarlanmış ve onaylanmıştır (47).

Bir diğer test olan Health Activities Literacy Scale (HALS) baştan sona uygulanması yaklaşık bir saat sürmektedir. HALS, sağlıkla ilgili sağlığı geliştirme, sağlığı koruma, hastalıkları önleme, sağlık bakımı ve sistem navigasyonu alanlarında düzyazı, sayısallık ve belgeler içermektedir. HALS beş puanlık Likert ölçeğinde 0 ile 5 arasında bir puan vermektedir. HALS testi sağlık okuryazarlığının tespitine en geniş anlamda cevap veriyor olsa da testin uygulanmasın uzun sürmesi araştırmalarda kullanılmasına engel teşkil etmektedi (45).

NVS, düşük sağlık okuryazarlığı için bireyleri güvenilir bir şekilde test edebilen hızlı bir tarama aracıdır (48). İngilizce ve İspanyolca olarak mevcuttur. Katılımcılar bir dondurma beslenme etiketinden bilgi çıkarır ve daha sonra etiketten bilgiyi yorumlayan altı soruyu yanıtlamaları gerekir. Her doğru cevap için bir puan verilir ve puanların toplamı sağlık okuryazarlığı seviyesini gösterir. Dört altı olan bir puan sınırlı sağlık okuryazarlığını gösterir. NVS'deki kantitatif sorular hem

okumayı anlama hem de matematiksel yetenek gerektirir ve bu yetenekler temel sağlık bilgilerini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilidir (45). E-Health okuryazarlık ölçeği (e-HEALS) bir hastanın sağlık için bilgi teknolojisini kullanmada algılanan beceri ve rahatlığının kısa bir ölçüsünü sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (49). Mevcut e-sağlık kaynaklarının bilgisini, kaynakların nasıl bulunacağını, kaynakların nasıl değerlendirileceğini, kaynakların nasıl kullanılacağını ve e-sağlık kaynaklarının sağlık sorunlarına nasıl uygulanacağını ölçmek için tasarlanan soruları içeren 5 puanlık likert ölçeğinde puanlanan 10 soru içermektedir. e-HEALS hem müdahale denemelerinde hem de halk sağlığı anketlerinde çok kültürlü örneklemlerle test edilmiştir. Mükemmel iç tutarlılık göstermiştir ve iyi test-tekrar test güvenilirliğine sahiptir. Ölçek kamuya açıktır. Birden fazla dile çevrilmiştir ve 10 ülkede kullanılmaktadır (45).

Sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan testler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tabo 2.4:** Sağlık Okuryazarlığı Ölçmede Kullanılan Testler

| TESTİN TÜRKÇESİ | TESTİN ORİJİNAL İSMİ |
|---|---|
| Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Hızlı Değerlendirme Ölçeği (YSOHDÖ) | Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) |
| Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Hızlı Değerlendirme Ölçeği (Revize Edilmiş) (YSOHDÖ-R) | Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (REALM-R) |
| Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİOT) | Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) |
| Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Test (YİSOKT) | Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) |
| En Yeni Yaşamsal Bulgu (EYYB) | Newest Vital Sign (NVS) Single Item Literacy Screen |
| Sağlık Bilgisi ve Eyleminin Kısa Değerlendirilmesi -HIV versiyonu (SBEKD) | Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version |
| Tıbbi formları kendi başınıza doldururken ne kadar eminsiniz? | How confident are you filling out medical forms by yourself? |
| Geniş Kapsamlı Başarı Testi (GKBT) | Wide Range Achievement Test (WRAT ) |
| Halk Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (HSOÖ) | Public Health Literacy Scale |

| SOS Hatırlatıcı İpucu | SOS Mnemonic |
|---|---|
| Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri | Health Literacy Screening Question Methodologies HLSQMs |
| E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği | eHealth Literacy Scale (eHEALS) |
| Tıbbi Terim Tanıma Testi | Medical Term Recognition Test (METER) |
| İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığının Kısa Değerlendirmesi | Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50) |
| Yetişkin Temel Öğrenme Sınavı | Adult Basic Learning Examination (ABLE) |
| Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi | Literacy Assessment for Diabetes (LAD) |
| Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği | Nutritional Literacy Scale (NLS) |
| Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini | Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD) |
| Slosson Sözlü Okuma Testi Yetişkin Temel Eğitimi Testi | Slosson Oral Reading Test Test of Adult Basic Education (TABE) |
| Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlığı Ölçeği | Health Activities Literacy Scale (HALS) |
| Sağlık Okuryazarlığının Yönleri Ölçeği | Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) |
| Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı | Health Literacy Skills Instrument |
| Fonksiyonel İletişimsel ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı | Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL) |
| Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması | European Health Literacy Survey (HLSEUQ) |

### 2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Dünyada Yapılan Çalışmalar

Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı kavramının kapsamı, boyutları ve etkileşimleri üzerine olabilmekle birlikte sağlık okuryazarlığının becerilerinin yaygınlığını araştırmak üzerine de yapılmaktadır. Sağlık okuryazarlığının düzeyini belirlemeye yönelik araştırmalar yapılırken iki önemli kısıtla karşılaşıldığı değerlendirilmiştir. Bunlardan birincisi çoğu çalışmanın

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapıldığına yönelik olan diğeri ise yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığın ölçülmesi temel olarak fonksiyonel becerileri değerlendirmekten öte geçememisidir. Bu iki kısıttan dolayı okuryazarlığı farklı coğrafyalar bağlamında tahmin etmek zor olmakta ve sağlık okuryazarlığı her zaman tutarlı bir şekilde ölçülememesi sorunları ile karşılaşılmaktadır (50).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek üzere yapılan çalışmalar incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla 3 kat daha fazla araştırma yapıldığı bildirilmiştir (50). Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin nüfusun %53'ünün sağlık okuryazarlığının orta düzeyde, %36'sının yetersiz, %22'sinin temel düzeyde olduğu belirlenmiştir (36).

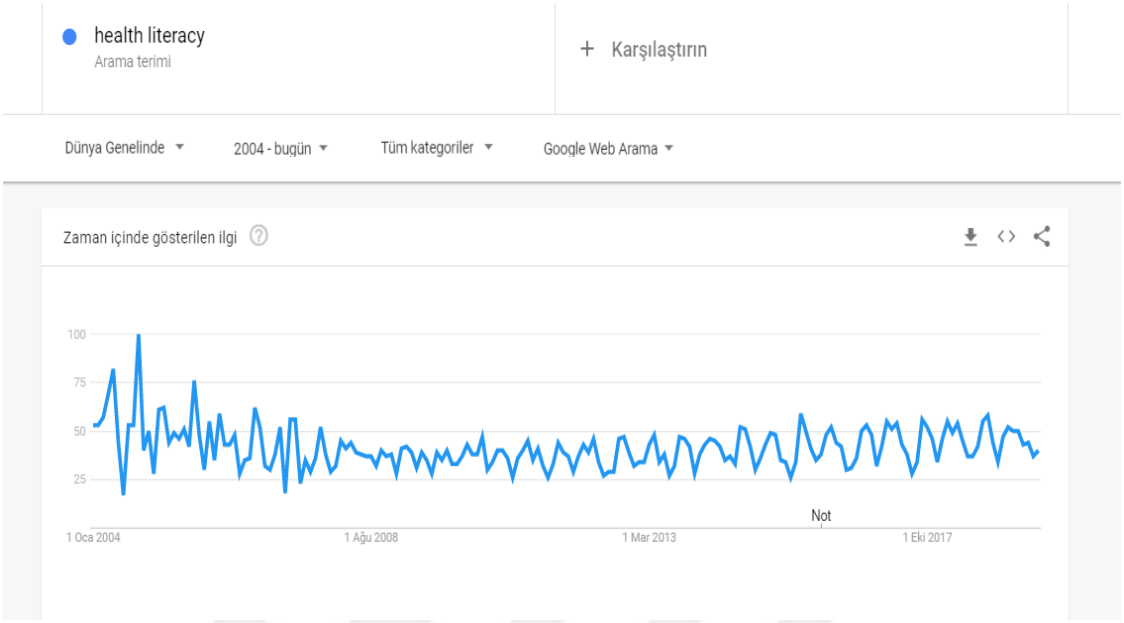
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU), Avrupa'da sağlık okuryazarlığını ölçmek için bir araç geliştirerek ve kesitsel bir Avrupa merkezli bir çalışma yaparak bu bilgi boşluklarını kapatmayı amaçlayan bir çalışma olarak literatürde yer almıştır (51). Maastricht Üniversitesi kordinatörlüğündeki ve Avrupa Birliği tarafından finanse edilen projede, sekiz ortak ülke yer almaktadır (39). Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) 2012 yılında yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkeler, alınan puanlara göre dört grup şeklinde değerlendirilmiştir (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi). Ülkelerin %2 ve %27 arasında değişen oranlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı puanı aldığı saptanmıştır. Hollanda'da bireylerin %29'unun, Bulgaristan'da ise %62'sinin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %50'den fazlasının yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olduğu belirlenmiştir. "Yeterli ve çok iyi düzeyde" sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan ülkeler daha fazla olup, en düşük orana sahip ülkeler Bulgaristan (%37) ve İspanyadır (%42). Araştırma sonucunda Avrupa'nın genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden 30,4 ortalamaya sahip olduğu belirtilmiştir (52).

İlgili tüm sağlık okuryazarlığı etki alanlarını haritalamak için araçlar henüz tam anlamıyla mevcut olmasa da çalışmalar, sağlık okuryazarlığının önemli yönlerini açıklığa kavuşturmuştur. Bunlar arasında: insanlar çoğunlukla kanıta dayalı olmayan kaynaklara güvenebilmektedir ve bulduğu bilgileri değerlendirmek için uygun olmayan kriterler kullanmaktadır. Tıbbi ve sağlıkla ilgili araştırmaların prensipleri ve süreçleri dahil olmak üzere tedaviler (meme kanseri taraması ve

çocukluk aşısı taraması gibi) hakkında karar vermenin içeriklerine dair bir içgörüye sahip değildirler. Araştırmalar ayrıca insanların markalı veya jenerik ilaçların kullanımı arasındaki tercih değişikliklerinin nedenlerini ve önleyici politikalar için gerekçeler gibi sağlık hizmetleri politikası anlayışını araştırmıştır. Bu çalışmalar, insanların bilginin saklandığını ya da bir ilaç politikasının uygulanmasının güvenlik ve etkinlik gözetilmeksizin yalnızca maliyet kaygıları tarafından yönlendirildiğini düşünebileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmaların sonuçları, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik büyük bir açığı ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca insanların sağlık okuryazarlığı becerilerinin Zarcadoolas ve arkadaşları tarafından tanımlanan: temel sağlık okuryazarlık, bilimsel sağlık okuryazarlığı, sivil sağlık okuryazarlık ve kültürel sağlık okuryazarlık alanlarından biri ya da birkaçı açısından zayıf olduğuna işaret etmektedir (53).

Arama motorları bir konu hakkında bilgi edinmek için sıklıkla başvurulan araçlar olagelmiştir. Bir terimin internette aranma sıklığı, toplumun bir olguya yönelimini anlamamızda istatiksel bir bilgi ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığının ingilizce karşılığı olan “health literacy” terimine yönelik küresel düzeydeki ilgiyi ölçmek için internette yapılan arama sıklıkları araştırılmıştır. Yerel veya global bir çerçevede insanların belli başlı konulara yönelik ilgisini ölçmek için ’Google trend’ aracında sorgulamalar yapılabilmektedir. İlgili araca "www.google.com/trends" adresinden erişilmektedir. Bu araçta, birden çok arama terimi aynı pencerede sorgulanıp karşılaştırma imkanı bulunmaktadır. Ayrıca, yalnızca bir arama terimi, "Yerler" veya "Zaman aralıkları" değişkenine bağlı olarak da sorgulanabilmektedir. Sorgulama metoduyla ilgili olarak, konumlar arasındaki karşılaştırmalarda hacim sayısına bağlı bir değer yerine "her bir veri noktası, göreli popülerliğin karşılaştırılması amacıyla coğrafyanın ve temsil ettiği zaman aralığının toplam arama sayısına bölünür. Sonuçta belirlenen sayılar, 0 ile 100 aralığında ölçeklenir". Sorgulamada çok az sayıda kullanıcı tarafından yapılan aramalar, yinelenen aramalar ve özel karakterler hariç tutulmaktadır (54).

**Şekil 2.2:** Dünyada Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy) Kelimesinin Zaman İçinde Gösterilen İlgi Açısından Aranma Sıklığı

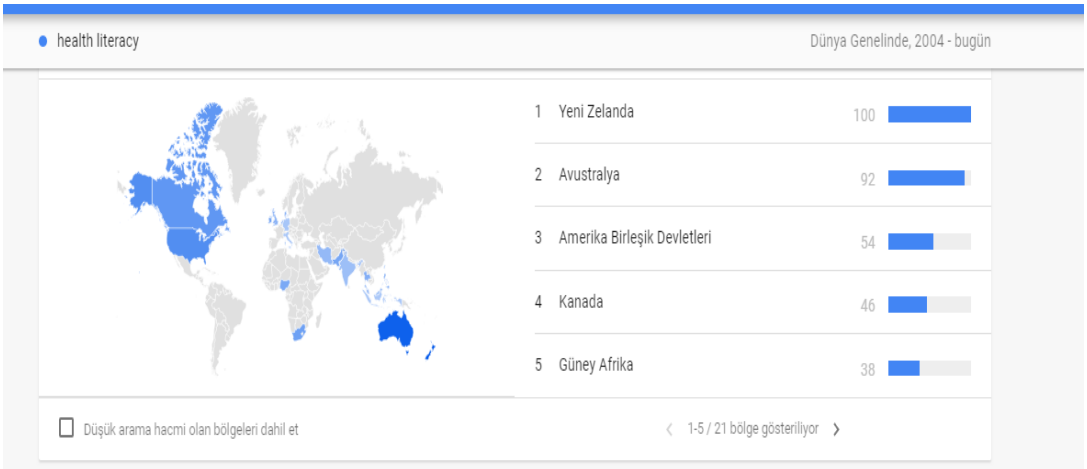



**Kaynak**: Trends, Health Literacy In Google Trends. Retrieved From (55)

**Zaman içinde gösterilen ilgi:** Sayılar, arama ilgisini belirli bir bölge ve zaman için grafikteki en yüksek noktayla göreli olarak göstermektedir. 100 değeri, terimin en yüksek popülerliğe sahip olması anlamına gelmektedir. 50 değeri, terimin bunun yarısı kadar popüler olduğu anlamına, 0 değeri ise bu terim için yeterince veri olmadığı anlamına gelmektedir.

Dünya geneli sağlık okuryazarlığı kelimesinin (İngilizce'sinin) aranma sıklığı yer alan grafikte 2004 ve sonraki yıllarda yoğun bir aranma söz konusudur. 2008'li yıllara gelindiğinde popülerliğin düştüğü ve %25-50 aralığında gidip geldiği görülmektedir. Bu durum internet ortamı aranamlarında 2004'lerdeki popülerliğin en yüksek olduğunu ve sonrasındaki yatay popülerliği göstermektedir.

**Şekil 2.3:** Dünyada Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy) Kelimesinin Bölgeye Göre İlgi Alanı Açısından Aranma Sıklığı




**Kaynak**: Trends, Health Literacy In Google Trends. Retrieved From (55)

**Bölgeye Göre İlgi Alanı:** Terimin, belirtilen zaman aralığında en popüler olduğu yeri göstermektedir. Değerler 0 ile 100 arasında bir ölçekte hesaplanmakta; 100 değeri, söz konusu konumdan yapılan tüm aramalarda oransal olarak en fazla popülerliğe sahip konumu; 50 değeri, yarısı kadar popülerliğe sahip bir konumu belirtmektedir. 0 değeri ise bu terim için yeterince verinin olmadığı bir konumu belirtmektedir.

**Not:** Değerin yüksek olması, tüm sorgularda daha yüksek oran anlamına gelmektedir, daha yüksek mutlak sorgu sayısı anlamına gelmediği bilinmesi gerekmektedir. Örneğin; sorguların %80'inin "muzlar" ile ilgili olduğu küçük bir ülke, sorguların sadece %40'ının "muzlar" ile ilgili olduğu büyük bir ülkeden yaklaşık iki kat fazla puan almaktadır.

Bölgeye göre ilgi açısından 2004-2019 arası bakıldığında sağlık okuryazarlığı en yüksek Yeni Zellanda olarak yer alırken, bu ülkeyi sırasıyla Avusturalya, ABD, Kanada ve Güney Afrika takip etmektedir. Bölgeye göre ilgi değerinin yüksek olması mutlak sorgu sayısı olarak yer alamacağı bilgisiyle, Yeni Zellanda gibi küçük bir ülkede nüfusa oranlar popülerliğin yüksek olmuş olduğu düşünülebilir.

### 2.1.7. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Türkiyede Yapılan Çalışmalar

Türkiye'de ilk sağlık okuryazarlığına dair yazılı belge olan 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda: "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti sari ve salgın hastalıklardan korunma, çocuk büyütme ve sıhhi şartlar dairesinde yaşama gibi sıhhi meseleler halkı tenvir için kitap, levha, risale neşreder, sıhhi propaganda müessesatı yapar ve konferanslar verdirir ve her nevi sinema filimleri gösterir. Bu gibi hizmetler meccanidir.İcabı takdirinde lazım gelen vasıtaları haiz seyyar sıhhi propoganda kolları teşkil olunur" şeklinde bir kanun maddesi yer almaktadır (56).

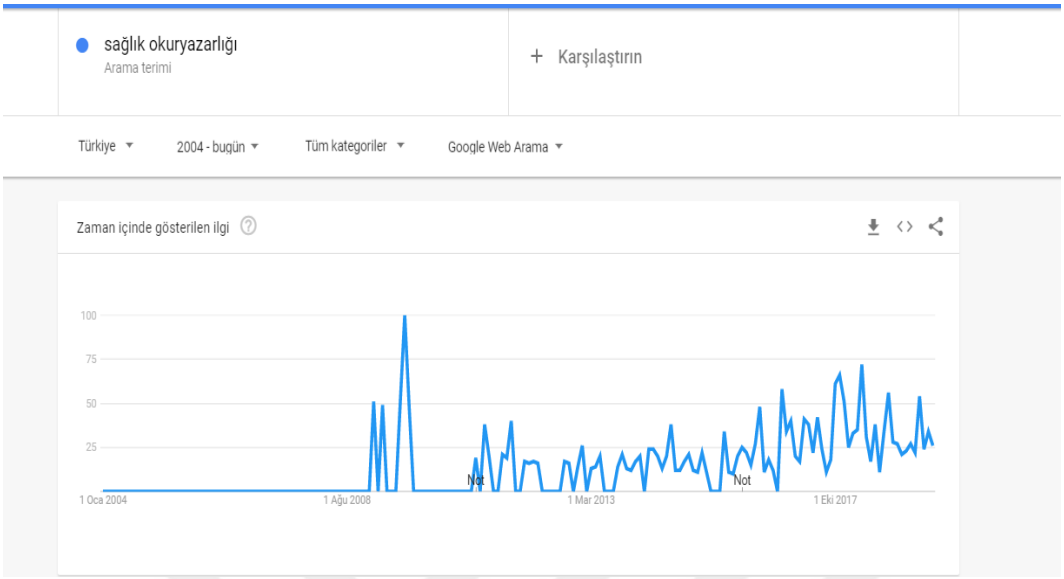
Türkiye'de 2003 başlangıçlı Sağlıkta Dönüşüm Progamı kapsamında tüketicilerin/hastaların rollerinin güçlendirilmesine yönelik çeşitli politikalar üretilmiştir. Üretilen politikalarda "insan merkezlilik" ve "katılımcılık" sağık girdileri doğrultusunda hasta haklarına yönelik girişimler ve hastaların sağlık kuruluşu ve hekimi seçme özgürlüğüne yönelik ortaya konulan uygulamalar yapılmıştır. 663 sayılı KHK ile Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün kurulması da sağlığın geliştirlmesi alanında atılan adımlardan biri olarak yer almaktadır (54).

Birey ve toplum sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla Ocak 2015'te e-nabız sistemi kurulmuştur. E-nabız sistemi kişisel sağlık kayıtlarının gizlilik, güvenlik, bütünlük ve mahremiyeti korunarak kişilerin kendileri tarafından kendi dijital sağlık kayıtlarına erişebilmesine olanak sağlayan bir sistemdir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması ve verilerin organizasyonu için böyle bir sistem büyük bir adım olmuştur (57). Sağlık maliyetlerinin azaltılması, bireylerin acil hayati bilgilerine anında ulaşabilmesi gibi faydaları sistemin önemli çıktıları arasında gösterimektedir. Ülke koşulları ve toplumun ihtiyaçları göz önünde tutularak oluşturulan bu sistem alanında geliştirilen ilk uygulama özelliğini taşımaktadır. Bu sistem banka güvenlik sistemlerinden çok daha ileri bir güvenlik sistemi ile donatılmıştır. E-nabız sistemi Türkiye genelinde tüm hastanelerde yapılan işlemlerin kaydının tutulmasına ve istenildiğinde erişilmesine olanak tanımaktadır. Bireyler hekim randevularını bu sistem üzerinden alabilmekte ve hekim için özel bilgilendirme notu yazabilmektedir. Yine bu sisteme girilen bu veriler akıllı telefonlar üzerinden kontrol edilebilmekte ve anlık iletiler halinde görüntülenebilmektedir (58).

Sağlık-Sen'in desteği ile 2014 yılında alanında önde gelen bilim insaları tarafından Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak Türkiye'yi temsil eden 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilen 4924 erişkin kişinin katılımı ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (TR-SOYA) gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlık belirlenmesini amaçlayan çalışmada saha araştırması için, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması–Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılmıştır. Saha araştırması; kesitsel tipte planlanmış, Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1) dikkate alınarak, Türkiye'yi temsilen örnekleme dahil edilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden (%30,4) olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun (%64,6)'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna işaret etmektedir. Türkiye toplumunun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır (59).

Türkiye'de Özdemir ve arkadaşların REALM testi ile 2010 yılında sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %58,7, NVS'ye göre ise; %28,1 sonucuna ulaşılmıştır (25).

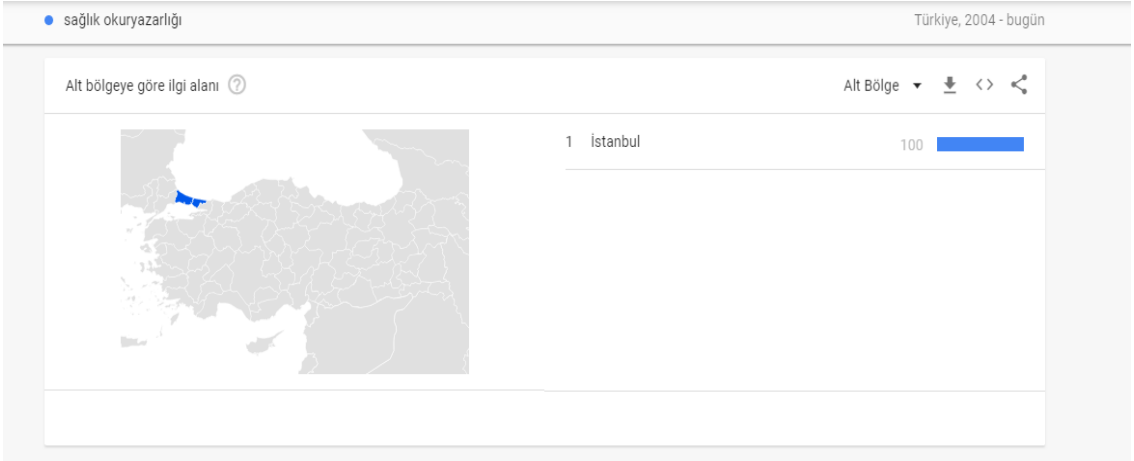
**Şekil 2.4:** Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Zaman İçinde Gösterilen İlgi Açısından Aranma Sıklığı




**Kaynak:** Trends, Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Google Trend Analizi. Retrieved From (60)

Sağlık okuryazarlığı kelimesinin web üzerinden aramaları dünya genelinde 2004'den itibaren istatistiki olarak kayda değer sıklıklarda grafiğe yansırken (şekil 2.2), sorgulama Türkiye için yapıldığında Ağutos 2008'e kadar "sağlık okuryazarlığı" kelimesi için yeterince veri oluşturacak bir aramanın yapılmadığı görülmektedir. Bu durum sağlık okuryazarlığı kavramının yeterince duyulmadığı ve bilinmediği olarak yorumlanabilir. Ayrıca 2008 sonrasında yer alan 0 skorlu boşlukta da kayda değer bir arama sıklığı olmadığı görülmektedir.

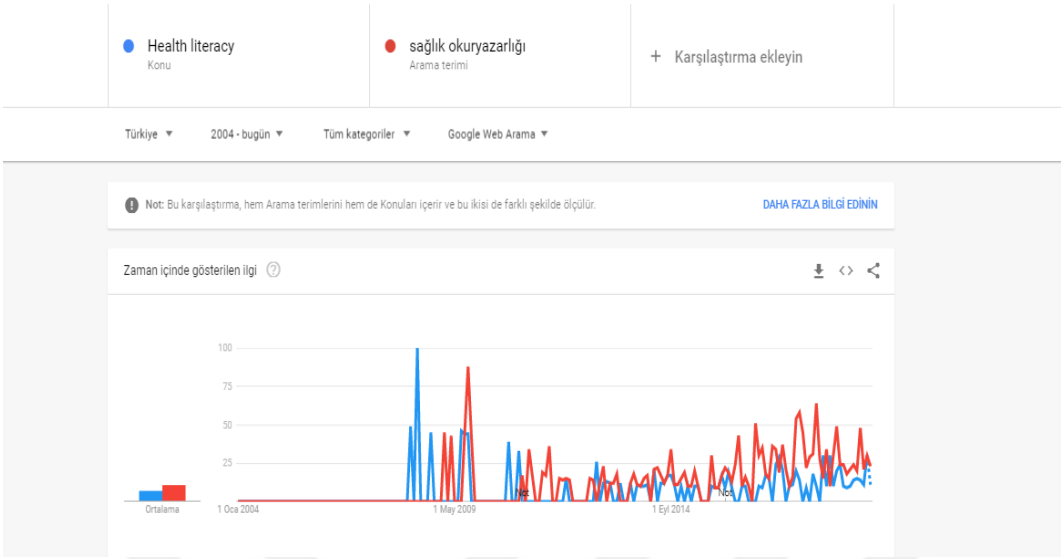
**Şekil 2.5:** Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Bölgeye Göre İlgi Alanı Açısından Aranma Sıklığı




**Kaynak:** Trends, Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Google Trend Analizi. Retrieved From (60)

Yapılan sorgulama sonrası 2004-2019 arası bölgeye göre aranma sıklığı İstanbul ilinde tüm sıklığın yer aldığı yüzde yüz oranı sonucu vermektedir. Bu durum 2004'den beri yapılan aramalarda diğer illerden kayda değer bir istatistik eldesi olmadığı anlamına gelmektedir.

**Şekil 2.6:** Türkiye'de "Health Literacy" ve "Sağlık Okuryazarlığı" Kelimesinin Zaman İçinde Gösterilen İlgi Açısından Aranma Sıklığı (60)




**Kaynak:** Trends, Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Google Trend Analizi. Retrieved From (60)

Türkiye'de 2004'den itibaren sağlık okur yazarlığı kelimesinin İngilizcesi ve Türkçesi'nin aranma sıklığı küçük istisnalar haricinde bir korealsyona sahiptir.

## 2.2. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Bilgi ve iletişim teknolojileri sağlık hizmetlerini desteklemek ve sunmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Elektronik Sağlık (e-Sağlık) internet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla sunulan veya geliştirilen sağlık hizmetleri ve bilgileri anlamına gelmektedir. İnternet tabanlı sağlık hizmetleri, hastalar ve sağlayıcılar arasındaki elektronik iletişimi, elektronik tıbbi kayıtları, kişisel sağlık kayıtlarını, sağlık eğitimi programlarını, hasta portallarını ve hastalar için web tabanlı uygulamaları içermektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirme, sunulan hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini artırma açısından e-sağlık önemli bir yer tutmaktadır. E-Sağlık, sağlık sektörünü etkileyen tüm fonksiyonlar boyunca bilgi ve iletişim teknolojilerinin uygulanmasını açıklar. E-Sağlık araçları veya çözümleri, yalnızca internet tabanlı uygulamaların ötesine geçen ürünler, sistemler ve hizmetler içermektedir. Hem sağlık profesyonelleri için araçlar hem de hastalar ve vatandaşlar için kişiselleştirilmiş sağlık sistemlerini bünyesinde barındırmaktadır. Örnekler arasında;

- Sağlık bilgi ağları,
- Elektronik sağlık kayıtları,
- Teletıp hizmetleri,
- Kişisel giyilebilir ve taşınabilir iletişim sistemleri,
- Sağlık portalları
- Önleme, teşhis, tedavi, sağlık izlemesi
- Yaşam tarzı yönetimine yardımcı olan diğer birçok bilgi ve iletişim teknolojisi tabanlı araçlar bulunmaktadır.

Örgütsel değişiklikler ve yeni becerilerin gelişimi ile birleştirildiğinde, e-Sağlık vatandaş merkezli sağlık dağıtım sistemleri içinde daha az paraya daha iyi bakım sağlanmasına yardımcı olabilir (61).

E-Sağlığın önemini ortaya koyan birçok araştırma yapılmıştır. Pew İnternet ve Amerikan Yaşamı Araştırma (Pew Internet and American LifeProject) çalışmasına göre, ankete katılan yetişkinlerin %74'dü internet kullanmaktadır. İnternet kullanıcılarının yüzde 80'i belirli bir hastalık veya tedavi gibi bir sağlık konusu hakkında çevrimiçi bilgi aramaktadır (62). Başka bir Pew araştırması, engelli veya kronik hastalığı olan yetişkinlerin, çevrimiçi olma olasılığının daha düşük olduğunu ancak bir kez çevrimiçi olduklarında sonrasında sağlık bilgisi arama olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (63). Elektronik bilgilerin sağlık bilgisi elde edilmesinde bu tür tüketici kullanımı, tüketiciyle karşı karşıya bulunan bilişim teknolojileri uygulamalarının potansiyel önemi vurgulanmıştır. Markle Vakfı tarafından desteklenen araştırma raporuna göre, Amerikalıların yüzde 60'ı;

- Tüketicilerin reçeteleri kontrol etmelerini ve doldurmalarını sağlayacak güvenli bir çevrimiçi "kişisel sağlık kaydı" hizmeti oluşturulmasını destekliyor;
- İnternet üzerinden sonuç almak;
- Tıbbi kayıttaki hataları kontrol etmek;
- Doktorlarının güvenli ve özel e-posta iletişimi sağlamak (64)

Commonwealth Fonu tüketici araştırmasında kilit sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini bildiren katılımcıların yüzde 94'ü tıbbi kayıtlara kolay erişimin fazlasıyla önemli olduğunu ve yüzde 93'ünün doktorların tıbbi kayıtlarına erişimlerinin fazlasıyla önemli olduğunu hissettiğini belirtildiği bildirilmştir (65).

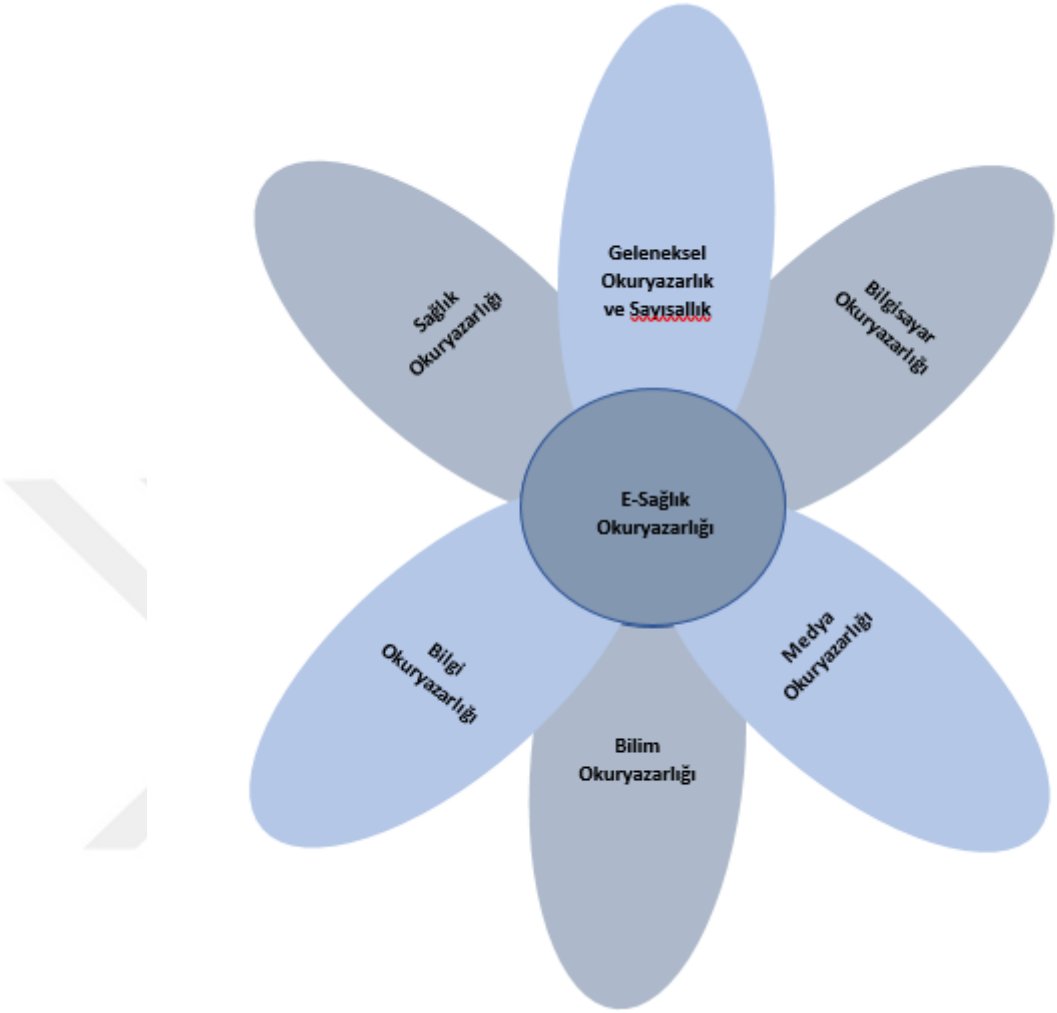
Mobil sağlık (m-health) e-sağlık alt grubunu temsil eder ve "Sağlık ve halk

sağlığında mobil bilgisayar kullanımı ve iletişim teknolojilerinin kullanımı" olarak tanımlanabilmektedir. Hasta eğitimi, uzaktan izleme, iletişim ve eğitim, hastalık ve mihrak izleme ve teşhis ve tedavi karar destekleri gibi mobil ağlar aracılığıyla sağlanan çok çeşitli hizmetler sunmaktadır. Mobil teknolojilerin günlük hayatta kullanımın artmasıyla ve e-sağlığın artan bir şekilde benimsenmesiyle bireylerin e-sağlık yoluyla özdenetimsel beceriler geliştirme olanağı artarak oluşmaktadır. Bu nedenle bireyler, e-sağlık bağlamında yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmalı ve bireysel sağlık yönetimini yapabilmelidirler (66).

E-Sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve bu bilgiyi bir sağlık problemini çözme veya sağlıkla ilgili bir karar vermede uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Diğer belirgin okuryazarlık biçimlerinin aksine, e-sağlık okuryazarlığı farklı okuryazarlık becerilerinin farklı yönlerini birleştirirerek bunları e-sağlığa ve teşvikine uygulamakatadır. Diğer okuryazarlıklar gibi, e-sağlık okuryazarlığı da statik değildir; aksine, yeni teknolojiler tanıtıldıkça ve kişisel, sosyal ve çevresel bağlamlar değiştikçe zamanla gelişen süreç odaklı bir beceridir. Diğer okuryazarlık türleri gibi, e-sağlık okuryazarlığı da anlamın üretilme yollarını ortaya çıkarmaya çalışan ve doğal olarak düşünme ve oyunculuk yollarını organize eden söylemsel bir uygulamadır (6).

E-Sağlık okuryazarlığı; geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı olmak üzere özünde altı temel beceriyi barındırmaktadır. Burada zambak metaforu kullanılararak bir model geliştirilmiştir. Çiçeğin merkezinde yer alan e-sağlık okuryazarlığı kenar yaprakalardaki altı beceriyi bünyesinde toplamış ve birleştimiştir.

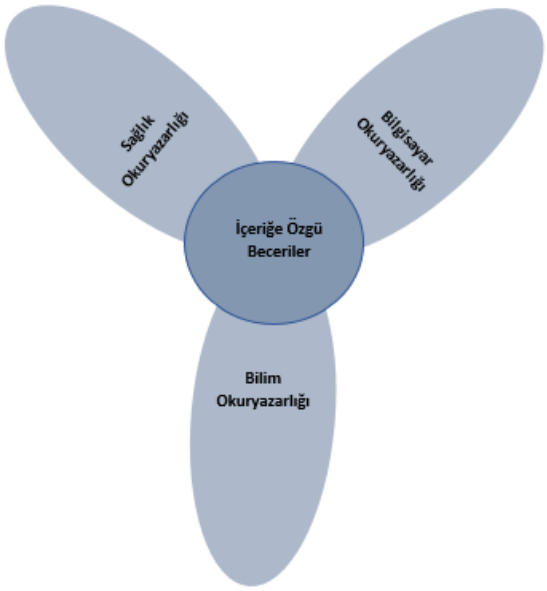
**Şekil 2.7:** Zambak Modeli: E-Sağlık Okuryazarlığının Özündeki Altı Temel Beceri




**Kaynak:** Norman ve Skinner Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health In A Networked World. Journal Of Medical Internet Research (6)

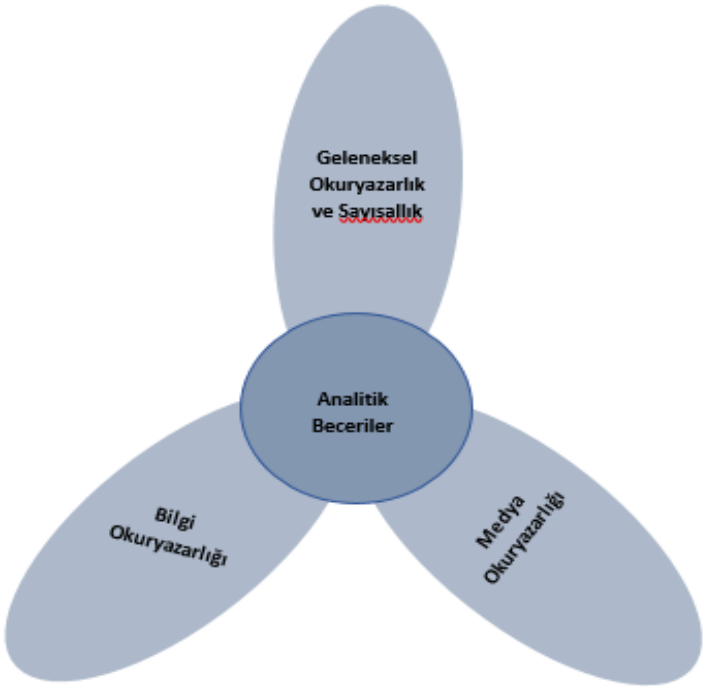
Lily (Zambak) modelinde altı beceriyi analitik ve içeriğe özgü olmak üzere merkezi iki başlık altında toplamıştır. Analitik (geleneksel, medya, bilgi) bileşen, konuya veya içeriğe bakılmaksızın çok çeşitli bilgi kaynaklarına uygulanabilir becerileri içermaktedir (şekil 7). İçeriğe özgü (bilgisayar, bilimsel, sağlık) bileşen ise, konuya veya içeriğe bakılmaksızın çok çeşitli bilgi kaynaklarına uygulanabilir becerileri içermektedir (şekil 8). Elektronik sağlık kaynaklarıyla tam olarak ilgilenmek için hem analitik hem de içeriğe özgü becerilere ihtiyaç duyulmaktadır (6).

**Şekil 2.8:** E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli: İçeriğe Özgü Beceriler




**Kaynak:** Norman ve Skinner Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health In A Networked World. Journal Of Medical Internet Research (6)

**Şekil 2.9:** E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli: Analitik Beceriler




**Kaynak:** Norman ve Skinner Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health In A Networked World. Journal Of Medical Internet Research (6)

### 2.2.1. Dünyada E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

**Tablo 2.5:** Dünyada E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

| Yazar Adı | Araştırma ve Sonuçları |
|---|---|
| Norman (2006) (6) | Elektronik sağlık araçları hedeflene kullanıcılar tarafında etkin bir şekilde kullanılmıyorsa, onlara çok az değer sağlar. E-sağlığa erişmek için belli bir beceriye sahip olmak gerektiğini savunan Norman e-sağlık okuryazarlığı kavramını: elektronik kaynaklarda sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama, değerlendirme ve elde edilen sağlık bilgilerini bir pronlemi çözmek için eyleme dönüştürme yeteneğine sahip olunması şeklinde tanımlamıştır. |
| Ivanitskaya(2006) (67) | Bu çalışmanın amacı: Üniversites çağındaki bireylerin elektronik sağlık bilgilerini bulma ve değerlendirmedeki yeterliliklerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Benzer denetimlerden geçmiş akademik çalışmalar ile sağlık pazarlaması arasında ayrım yapma bilgilerini değerlendirmek ve sağlık bilgisi seviyelerinin ne ölçüde farkında olduklarını incelemek. Yapılan bu araştırma sonucunda: Öğrencilerin çoğu araştırma becerilerinin iyi veya mükemmel olduğunu düşünürken, çoğu derinlenmesine araştırma yapmaz. Sağlıkla ilgileri web sitelerini ve makalelerin güvenirliğini yargılamaz ve bilgi kaynakları arasında ayrım yapmazlar. Öğrencilerin kendi değerlendirmeleri gerçek sağlık bilgisi yeterliliklerinin doğru bir göstergesi olmayabilir. Öğrencilerin çoğu araştırma becerilerinin iyi veya mükemmel olduğunu düşünürken, birçoğu gelişmiş bilgi aramaları yapamaz, sağlıkla ilgili web sitelerinin ve makalelerin güvenilirliğini yargılayamaz ve çeşitli bilgi kaynakları arasında ayrım yapamaz. Öğrencilerin öz raporları, gerçek sağlık bilgisi yeterliklerinin doğru bir göstergesi olmayabilir. |
| Stellefson (2011) (68) | Stellefson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 17-26 yaşlarındaki üniversite öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalarını sistematik olarak incelenmiş. Birçok üniversites öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgileri bulmak için interneti kullanmada gayet yeterli olmalarına karşı e-sağlık okuryazarlığı becerileri alt düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağlık ve tıp eğitimi veren yüksek öğretim kurumlarında genel e-sağlık okuryazarlığı eğitimlerin verilmesi gerekli bulunmuştur. |
| Collins ve Ark. (2011) (69) | Collins ve ark. Yaptığı araştırmada mobil sağlık bilgi teknolojisi tarama ve değerlendirme araçlarında kullanılmak üzere sağlık okuryazarlığı araçlarını sistematik olarak gözden geçirilmiş. Sonuç olarak 11 farklı sağlık okuryazarlığı aracı bulunmuşlar. Mevcut sağlık okuryazarlığı tarama araçları kullanımı amaçlarına göre değişen faydalar göstermektedir. Pek çok durumda tek bir tarama sorusu sağlık okuryazarlığı oluşturmak, için güvenilir, geçerli ve uygulanabilir olarak görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ve teknoloji okuryazarlığı değerlendiren tarama sorunların bir kombinasyonu e-sağlık okuryazarlığı uygulamaların kullanıcı ihtiyaçlarına göre uyarlanmasında önemli bulunmuştur. |

**Tablo 2.5:** (devamı) Dünyada E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

| | |
|---|---|
| Xie (2011) (70) | Xie'nin yaptığı bu çalışmada yaşlılar için e-sağlık okuryazarlığı girişimlerinin etkileri incelenmiştir. Çalışmada katılımcıların sağlıkla ilgili belirli bir web sitesini iki haftalık bir dönmede kullanmayı öğrenmeleri incelenmiştir. Genel olarak katılımların bilgi, beceri ve e-sağlık okuryazarlığı etkinliklerini tümü iki haftalık girişim dönemlerinden sonra önemli ölçüde iyileştiği tespit etmiştir. Çalışmada; öğrenme yöntemini e-sağlık okuryazarlığı etkinliği ve becerisi üzerine önemli etkide bulunmadığı tespit etmiş. İş birliğine dayalı öğrenme yöntemi ile bireysel öğrenme yöntemi arasında fark görmemiş. Cinsiyet ve önceki bilgisayar deneyiminin öğrenme üzerinde etkisi olmadığını tespit etmiş. Sonuç olarak bu çalışmada e-sağlık okuryazarlığı girişiminde kullanılan spesifik öğrenme yöntemine bakılmaksızın, e-sağlık okuryazarlığının önemli ölçüde iyileştiğine, katılımcılar tarafında olumlu algılandığına ve olumlu değişikliğe yol açtığına dair güçlü kanıtları tespit etmiş. |
| Neter (2012) (71) | Neter'in yaptığı çalışmada; daha genç ve daha eğitimli bireylerin, daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada gençlerin ve eğitim düzeyleri yüksek olan bireylerin interneti genel anlamda kullanma, sağlıkla ilgili aramalarını ve sağlık araçlarını kullanmda daha yüksek düzeyde sahip olduklarıda tespit edilmiştir. |
| Park (2014) (72) | Park'ın yaptığı bu araştırmada dört bilişsel faktör (sağlık bilinci, sağlık bilgi yönetimi, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlık uygulaması kullanımı etkinliği) sağlık uygulaması kullanımının kapsamına etkileri incelenmiştir. Bu çalışmada bireylerin sağlık bilincinin sağlık uygulaması kullanımları üzerinde doğrudan bir etkisi olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca sağlık bilgi yönelimi ve e-sağlık okuryazarlığı, sağlık uygulama kullanımı üzerine etki edebilmesi için sağlık uygulaması etkinliğinin aracılığına ihtiyaç duyduğu ortaya çıkmıştır. |
| Jacobs ve ark. (2014) (73) | Jacobs Lue Ownby yaptığı çalışmada deneysel temelli e-sağlık girişim stratejilerini incelemek için 16 veri tabanında incele yapmışlar. Teknolojiyi kullanan girişimlerin olumlu sonuçlar vaat ettiğini tespit etmişler. E-sağlık güvenirliği özellikle okuryazarlığı çok düşük kişiler için daha etkili olabileceğini gösteren kanıtlara ulaşmışlar. Hastaların e-sağlıkla ilgili bilgilere ulaşırken bilgisayar veya teknoloji kullanırken ne ölçüde rahat hissedeceklerini etkili bir e-sağlık bilgisine erişip erişemeyeceği konusu net olarak ortaya konulmamış. |
| Tennant ve ark. (2015) (74) | Tennant ve ark. Yaptığı çalışmada sosyodemografik durumların, elektronik cihaz kullanımı e-sağlık okuryazarlığının Baby boomers (49-69) yaş grubu ile 70 ve üstü yaş grupları arasında sağlık bilgisi için sosyal medyayı ne ölçüde kullandıkları araştırılmış. Aynı zamanda sosyal medya kullanan ve kullanmayanlar arasında e-sağlık okuryazarlığı karşılaştırlması yapılmış. Katılımcılardan (49-69) yaş grubundakiler ve daha eğitimlilerin 70 ve üstü yaş grubuna göre e-sağlık okuryazarlığı daha iyi olduğu tespit etmişler. Kadınların ve lisansüstü eğitime sahip katılımcıların sağlık bilgisi için sosoyal medyayı daha çok kullandıkları tespit edilmiş. |

**Tablo 2.5:** (devamı) Dünyada E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

| | |
|---|---|
| Khara (2017) (78) | "e-Sağlik okur yazarliğini ölçmek için kapsamlı bir model geliştirme gerekliliği" fikriyle yola çıkılan çalışmada sistematik gözden geçirme yoluyla WOS, PubMed, Scopus, ProQuest veritabalarında 2000'den 2015 yılları arasındaki yayınların "ölçek", "model araç", "sağlık okuryazarlığı", "e-sağlık okuryazarlığı", "araç", "ölçü", "anket" gibi anahtar kelimeler kullanılarak arama yapılmış. Nitel içerik analizi olan 40 tane makele incelenimiştir. Yapılan inceleme sonucunda e-sağlık okuryazarlığı ölçmek için kapsamlı ve standarlaştılmış araçların eksikliği gözlenlenmişir. Mevcut e-sağlık okuryazarlığı tanımlarının ve yapılarının çeşitliliği, araştırmacıları e-sağlık okuryazarlığının ölçümü için farklı boyutları olan farklı araçlar tasarlamaya yönlendiriyor gibi görünmektedir. Mevcut araçların çeşitli yönlerinin karşılaştırmalı analizi, benzerliklerini, farklılıklarını ve kusurlarını ortaya çıkarılmış. Mevcut araçların yeteneklerini dikkate alan, zayıflıklarını gideren ve kusurlarını gideren kapsamlı bir araç geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmış. |
| Levin ve Bertschi (2018) (75) | Levin ve Bertschi bu makalede sosyal medya ve e-sağlık okuryazarlığı kavramlarını tanıtmışlar. Sosyodemografik ve sistem karmaşıklığı çerçevesinde sosyal medya kullanımı ile e-sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelemişler. Tüm dünyada sunulan hizmetlerin bilgisi elektronik ortama taşınması ve bu hizmetlerin doğru değerlendirmesi için bireylerin sosyal medya okuryazarlığını ve e-sağlık okuryazarlığını becerilerini geliştirmesi önemli olduklarını değerlendirilmişler. |
| Abdulsalam(2019) (76) | Nüfusün %90 internet kullanan Kuvveytte, internet kullanıcların e-sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek ve e–sağlık okuryazarlığı etkileyen demografik özellikleri tespit etmek için yapılmış. Katılımcıların sağlık bilgilerine erişim için kullandıkları sosyal medya mecraları incelenmiş. Araştırmada belirlenen sosyal medya mecraları şunlardır; WhatsApp, Twitter, Instagram, YouTube, Facebook ve Snapchat. Norman ve Skinner tarafından geliştirilen e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği (eHEALS) kullanılan araştırmada kadınların erkeklere oranla daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiş. Katılımcıların sağlıkla ilgili en çok kullandığı sosyal medya ise youtube en az ise facebooktur. |
| Cheng (2020) (77) | Cheng 10 veri tabanında yaptığı sistematik inceleme sonucunda; sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplardaki e-sağlık okuryazarlığı girişimlerin geliştirilmesinde, genellikle e-sağlık okuryazarlığı gözardı edildiğini bulmuştur. E-sağlık çağında eşitsizliğin zirve yaptığı çağımızda e-sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlamak için sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda e-sağlık okuryazarlığının ciddi bir şekilde ele alınması gerekliliğini ortaya çıkmıştır. |

### 2.2.2. Türkiyede Yapılan Bazı Çalışmalar

**Tablo 2.6:** Türkiyede Yapılan Bazı Çalışmalar

| | |
|---|---|
| Kılıç (2017) (78) | Kılıç, yaptığı araştırmada Hollanda'daki e-sağlık hizmetlerini incelemiştir. Hollanda Sağlık bakanlığı yetkileri ile e-sağlık hizmeti sunan özel kuruluş yetkilileriyle yaptığı mülakat sonucunda; bazı branşlarda (cildiye, göz, mental hastalıklar) ve evde sağlık hizmetini sunan kliniklerin hastaların çoğunu birinci basamak sağlık hizmetlerinde tutuğu gösterilmiştir. Bunun sağlık harcamalarında yüzde 50 oranında verimlilik sağladığı tespit edilmiştir. |
| Aktürk (2018) (79) | Aktürk'ün yaptığı çalışmada (18-49) yaş grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri e-sağlık okuryazarlık ölçek puanlarını etkilediğini tespit etmiştir. Çalışma daha genç katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. "Yaş ilerledikçe e-sağlık okuryazarlığının düştüğü" sonucuna verılmıştır. |
| Yüksel ve Deniz (2019) (84) | Yüksel ve Deniz'in yaptığı çalışmada katılımcıların cinsiyet, yaş grupları(25 ve altı, 26-35 ve 36 ve üstü), medeni ve çalışma durumları ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel bir farklılığın olmadığını tespit etmişlerdir. Ancak cinsiyetler arasında; kadınların erkeklere göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Yaş gruplarında ise; yaş arttığında e-sağlık okuryazarlık düzeyi de arttığını tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmada katılımcıların eğitim durumu yükseldikçe e-sağlık okuryazarlığının da arttığı tespit edilmiştir. |
| Ertaş ve Ark. (2019) (85) | Ertaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Kadınların erkeklere göre e-sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek çıkmıştır. Araştırmada kronik rahatsızlığı olmayan katılımcılar, olan katılımcılara göre daha yüksek dijital ve e-sağlık okuryazarlığı seviyesi daha yüksek çıkmıştır. Yaş ilerledikçe dijital ve e-sağlık okuryazarlığı seviyesinin düştüğü tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe dijital ve e-sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseldiği tespit edilmiştir. |
| Uslu ve Şeremet (2020) (86) | Uslu ve Şeremet'in yaptığı bu çalışmada: katılımcıların (263) %66, internetteki kaynaklarını sağlıklarıyla ilgili karar verirken yararlı olduğu çıkarımında bulunmuşlardır. Katılımcıların (223) %56,3'ü ise internetteki sağlık kaynaklarına erişimi önemli gördüklerini tespit etmişlerdir. Uslu ve Şeremet'in yaptıkları çalışmada cinsiyetle e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farkın olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak yaş, eğitim durumu, özel sigorta kullanma ve kronik rahatsızlıkları ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farkın olmadığını tespit edilmiştir. |
| Deniz (2020) (87) | Deniz'in yaptığı çalışmada; katılımcıların cinsiyetine göre e–sağlık okuryazarlığı bakımında istatiksel olarak farklı görülmüş ancak siberkondri düzeyleri farklılık göstermemiştir. Diğer sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim, medeni ve çalışma durumları) arasında e-sağlık okuryazarlık ve siberkondri düzeyleri istatiksel bir farklılık görülmemiştir. Yapılan çalışmada "e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde" bir ilişki tespit edilmiştir. |
| Özer ve Ark. (2020) (88) | Özer ve ark. yaptığı çalışmada öğrenciler arasında "e-sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya kullanımının sosyal bütünleşme ve duygusal bağlantı boyutu ve sosyal rutinlerle bütünleşme boyutu arasında pozitif ve düşük düzeyde ilişkiler" bulunmuştur. Öğrencilerin yaşı büyüdükçe ve eğitim seviyeleri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin de arttığını saptanmıştır. |

# 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

## 3.1. Araştırmanın Amacı ve Yeri

Literatürde sağlık okuyazarlığı ile ilgili bir çok çalışma olmasına rağmen e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu nedenle e-sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla İstanbul ilinde tüm yaş gruplarının homojen dağılımını yansıtacağını düşündüğümüz Kadıköy ilçesi seçilmiş ve Ekim 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında bu çalışma yapılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma belli bir tarih aralığını yansıttığı için kesitsel, belli bir olgunun varlığını açıklamaya çalıştığı için tanımlayıcı bir çalışmadır.

## 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini; İstanbul Kadıköy ilçesindeikamet eden 15 yaş ve üstü internet kullanıcı olan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır. 31.12.2018 tarihli ADNKS kayıtlarına göre Kadıköy ilçesinde 15 yaş ve üstü 403.810 kişi oturmaktadır. Örneklem seçiminde katılımcıları (15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75 ve üzeri) yaşlarına göre tabakalandırılmıştır. Kadıköy ilçesinin nüfusu bu yaş grublarına göre tabakalandırılmış. Nüfus popilasyonun göre ulaşmamız gereken hedef nüfus oranlanarak tespit edilmiştir. TUİK 2018 verileri baz alınarak internet kullanım sıklığı %72,9 alınmıştır. Buna göre %95 güven aralığında %3 hata payı ile en az 776 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışmada hedef nüfus aşılmış olup toplam 806 kişiye ulaşılmıştır.

## 3.4. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın kapsamını; İstanbul ilinin Kadıköy ilçesinde 2018 verilerine göre ikamet eden ve yaşları 15 ve üzeri olan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır.

Sınırlıkları; İstanbul'un geri kalan 38 ilçesi ve diğer ülke vatandaşları ve 15 yaş altındakiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Öğrenim durumu kodlanırken en son mezun oldukları yer esas alınmış, devam eden eğitimleri göz ardı edilmiştir.

### 3.5. Verileri Toplama Yöntemi

İstanbul Kadıköy ilçesinde Ekim 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında rastlantısal güzergah yöntemi kullanılarak sokakta rastgele katılımcılara önce sözlü olarak Kadıköy'de ikamet edip etmedikleri ve yaş bilgileri sorusu yöneltildi. İkameti Kadıköy'de olan 15 yaş ve üstü internet kullanıcısı olan katılımcılar, formla ilgili bilgi verildikten sonra gönüllülük esasına göre onayları alındıktan sonray üz yüze anket çalışması yapıldı.

### 3.6. Verileri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcılara sosyodemografik özelliklerini belirtmesi için 9 soru yöneltilmiş. İkinci bölümde ise; Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştiren ve Zekiye Tamer Gencer (2017) Tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılan toplam 10 sorudan oluşan likert tipi ölçek katılımcılara yöneltilmitir. Bu ölçek; 2 soruluk internet kullanımı ve 8 soruluk e-sağlık okuryazarlığı ölçeğidir.

### 3.7. Araştırmanın Veri Analizi

Bu araştırma kısmında gönüllük esasına bağlı olarak anket formuna katılım sağlayan kişilerin;

-Katılımcıların; yaş grupları, eğitim durumları, meslekleri bakımından, gelir durumları bakımından, sağlık durumları bakımından, sağlıkla ilgili konularda internet ziyaret sıklıkları bakımından ve son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları bakımından ile e-sağlık okuryazarlığı arasında istatiksel olarak bir anlamlı bir farkın olup olmadığı ölçmek için tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış. Kategoriler ile e-sağlık okuryazarlığı arasında ölçek puanları bakımında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori veya kategorilerden kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır.

-Katılımcıların cinsiyetleri ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını ölçmek için t-testi kullanılmıştır.

- Katılımcıların düzenli ilaç kullanım ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını ölçmek için bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmış.

### 3.8. Araştırmanın İzni

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.10.2019 tarih ve 46418926 sayılı onayına istinaden yürütülmüştür.

### 3.9. Araştirmanin Hipotezleri

1. **Hipotez**

H0: Yaş grupları arasında e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark yoktur.

H1: Yaş grupları arasında e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark vardır.

2. **Hipotez**

H0: Cinsiyetler arasında e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark yoktur.

H1: Cinsiyetler arasında e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark vardır.

3. **Hipotez**

H0: Kişilerin eğitim düzeyleri ile e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark yoktur.

H1: Kişilerin eğitim düzeyleri ile e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark vardır.

4. **Hipotez**

H0: Meslek grupları arasında e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark yoktur.

H1: Meslek grupları arasında e-sağlık okuryazarlığı bakımından anlamlı bir fark vardır.

5. **Hipotez**

H0: Kişilerin gelir düzeyleri ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Kişilerin gelir düzeyleri ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**6. Hipotez**

H0: Düzenli ilaç kullanımı bakımından kişilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Düzenli ilaç kullanımı bakımından kişilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**7. Hipotez**

H0: Bireylerin kendilerini sağlıklı hissetmeleri ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Bireylerin kendilerini sağlıklı hissetmeleri ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**8. Hipotez**

H0: Kişilerin internet kullanım sıklığı ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Kişilerin internet kullanım sıklığı ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**9. Hipotez**

H0: Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru durumları ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru durumları ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

# 4. BULGULAR

Bu araştırmada, anket sonuçlarından yola çıkarak ölçeklerin güvenilirliğinin saptanmasında literatürde en yaygın güvenilirlik ölçümü olarak kabul edilen Cronbach-Alpha değeri kullanılmıştır. Ölçeğimizin alpha değeri 0,942 olarak hesaplanmış olup oldukça güvenirlirdir.

İstanbul ili Kadıköy ilçesinin 2018 yılına göre nüfus dağılımı tablo 4.1 de yaş aralıklarına göre gösterilmiştir.

**Tablo 4.1**: Kadıköy İlçesinin Yaş Aralıklarına Göre Nüfus Dağılımı

| Yaş Grupları | Toplam | Erkek | Kadın |
|---|---|---|---|
| 0-14 | 54828 | 28131 | 26697 |
| 15-24 | 44684 | 21746 | 22938 |
| 25-34 | 67790 | 32081 | 35709 |
| 35-44 | 78650 | 36277 | 42373 |
| 45-54 | 66050 | 29180 | 36870 |
| 55-64 | 59975 | 25688 | 34287 |
| 65-74 | 47574 | 19928 | 27646 |
| 75 ve üzeri | 39087 | 14038 | 25049 |
| Toplam nufüs | 458638 | 207069 | 251569 |

31 Aralik 2018 tarihli adrese dayali nüfus kayit sistemi sonuçlarina göre nüfusu çalışmada incelenecek şekilde tabakalandırılmıştır.

Toplam nüfus 458 638’dir. 15 yaş ve üstü nüfus ise 403 810 olduğu görülmüştür.

Katılımcıların demograik bilgileri tablo 4.2 listelenmiştir

**Tablo 4.2:** Katılımcıların Demografik Bilgileri

| | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Cinsiyet** | | |
| **Erkek** | 442 | 54,8 |
| **Kadın** | 364 | 45,2 |
| **Eğitim durumu** | | |
| **İlkokul** | 20 | 2,5 |
| **Ortaokul** | 53 | 6,6 |
| **Lise** | 312 | 38,7 |
| **Meslek yüksekokulu** | 79 | 9,8 |
| **Lisans** | 268 | 33,3 |
| **Yüksek lisans** | 46 | 5,7 |
| **Doktora** | 28 | 3,5 |
| **Meslek** | | |
| **Ev hanımı** | 54 | 6,7 |
| **İşçi** | 277 | 34,4 |
| **Emekli** | 208 | 25,8 |
| **Öğrenci** | 86 | 10,7 |
| **Memur** | 63 | 7,8 |
| **Esnaf** | 118 | 14,6 |
| **Gelir durumu** | | |
| **Gelir giderden az** | 189 | 23,4 |
| **Gelir gidere denk** | 389 | 48,3 |
| **Gelir giderden fazla** | 228 | 28,3 |
| **Düzenli ilaç kullanımı** | | |
| **Kullanıyor** | 245 | 30,4 |
| **Kullanmıyor** | 561 | 69,6 |
| **Sağlık durumu** | | |
| **Oldukça İyi** | 59 | 7,3 |
| **İyi** | 186 | 23,1 |
| **Fena Değil** | 302 | 37,5 |
| **Kötü** | 229 | 28,4 |
| **Oldukça Kötü** | 30 | 3,7 |
| **Son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru** | | |
| **Hiç** | 93 | 11,5 |
| **1-4 Kez** | 474 | 58,8 |
| **5-9 Kez** | 161 | 20,0 |
| **10 Kez ve üzeri** | 78 | 9,7 |
| **Yaş aralığı** | | |
| **15-24 Yaş arası** | 86 | 10,7 |
| **25-34 Yaş arası** | 129 | 16,0 |
| **35-44 Yaş arası** | 161 | 20,0 |
| **45-54 Yaş arası** | 131 | 16,3 |
| **55-64 Yaş arası** | 110 | 13,6 |
| **65-74 Yaş arası** | 100 | 12,4 |
| **75 Yaş ve üzeri** | 89 | 11,0 |

**Araştırmaya katılan katılımcıların**: Cinsiyetleri bakımından; erkek (n=442, %54,8) ve kadın (n=364, %45,2). Eğitim durumu bakımında; ilkokul (n=20, %2,5), ortaokul (n=53, %6,6), lise (n=312, %38,7), Meslek yüksekokulu(n=79, %9,8), lisans (n=268, %33,3), yüksek lisans (n=46, %5,7) ve doktora (n=28, %3,5). Meslekleri bakımından; ev hanım (n=54 %6,7), işçi (n=277 %34,4), emekli (n=208 %25,8), öğrenci (n=86 %10,7), memur (n=63 %7,8) ve esnaf (n=118 %14,6). Gelir durumları bakımından; gelir giderden az (n=189 %23,4), gelir gidere denk (n=389 %48,3) ve gelir giderden fazla (n=228 %28,3). Düzenli ilaç kullanımı bakımından; kullanıyor (n=245 %30,4), kullanmıyor (n=561 %69,6).

Katılımcıların kendi sağlık durumuları ile ilgili; oldukça iyi (n=59 %7,3), iyi (n=186, %23,1), fena değil (n=302, %37,5), kötü (n=229, %28,4) ve oldukça kötü (n=30, %3,7).

Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru ile ilgili; hiç (n=93, %11,5), 1-4 kez (n=474, %58,8), 5-9 kez (n=161, %20,0) ve 10 ve üzeri (n=78, %9,7)

Katılımcıların yaş aralıkları bakımından; 15-24 yaş grubu (n=86, %10,7), 25-34 yaş grubu (n=129, %16,0), 35-44 yaş grubu (n=161, %20,0), 45-54 yaş grubu (n=131, %16,3), 55-64 yaş grubu (n=110, %13,6), 65-74 yaş grubu (n=100, %12,4) ve 75 ve üzeri yaş grubu (n=89, %11,0).

Katılımcıların yaş ortalaması 48,31±17,71'dir.

**Tablo 4.3:** Katılımcıların Online Sağlık Kaynakları Hakkındaki Görüşleri

| | n | % |
|---|---|---|
| **Sağlıkla ilgili konularda internet ziyaret sıklıkları** | | |
| **Her zaman** | 125 | 15,5 |
| **Sıklıkla** | 272 | 33,7 |
| **Bazen** | 249 | 30,9 |
| **Nadiren** | 117 | 14,5 |
| **Hiçbir zaman** | 43 | 5,3 |
| **Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?** | | |
| **Hiç yararlı değil** | 32 | 4,0 |
| **Yararlı değil** | 96 | 11,9 |
| **Fikrim yok** | 153 | 19,0 |
| **Yararlı** | 463 | 57,4 |
| **Çok yararlı** | 62 | 7,7 |
| **İnternette sağlık kaynaklarına erişilmek sizin için ne kadar önemli?** | | |
| **Hiç önemli değil** | 19 | 2,4 |
| **Önemli değil** | 57 | 7,1 |
| **Fikrim yok** | 128 | 15,9 |
| **Önemli** | 477 | 59,2 |
| **Çok Önemli** | 125 | 15,5 |

Katılımcıların, sağlıkla ilgili konularda internet ziyaret sıklıkları bakımından; her zaman (n=125, %15,5), sıklıkla (n=272, %33,7), bazen (n=249, %30,9), nadiren (n=117, %14,5) ve hiçbir zaman (n=43, %5,3).

Katılımcıların, sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz? Soruna; hiç yararlı değil (n=32, %4,0), yararlı değil (n=96, %11,9), fikrim yok (n=153, %19,0), yararlı (n=463, %57,4) ve çok yararlı (n=62, %7,7).

Katılımcıların, internette sağlık kaynaklarına erişilmek sizin için ne kadar önemli? Sorusuna ise; hiç önemli değil (n=19, %2,4), önemli değil (n=57, %7,1), fikrim yok (n=128, %15,9), önemli (n=477, %59,2) ve çok önemli(n=125, %15,5).

Ölçek toplam puan ortalaması (min. 8- max. 40) 29,12±7,01 olarak hesaplanmıştır. Yaş gruplarına göre ölçek toplam puan ortalamaları tablo 4.4gösterilmiştir.

**Tablo 4.4:** Yaş Aralıklarının Ölçek Puan Tablosu

| | $\bar{x} \pm$ SS |
|---|---|
| 15-24 Yaş arası | 26,24±6,62 |
| 25-34 Yaş arası | 28,72±5,98 |
| 35-44 Yaş arası | 30,75±5,86 |
| 45-54 Yaş arası | 30,40±6,30 |
| 55-64 Yaş arası | 31,22±4,95 |
| 65-74 Yaş arası | 30,56±6,08 |
| 75 Yaş ve üzeri | 23,42±10,29 |

**Tablo 4.5:** Katılımcıların Cinsiyetleri Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| **Cinsiyet** | **$\bar{x}$±SS** | **t** | **P** |
|---|---|---|---|
| **Erkek** | 3,62±0,90 | -0,907 | 0,365 |
| **Kadın** | 3,67±0,84 | | |

Katılımcıların cinsiyetleri bakımından e-sağlık ölçeği puanları bağımsız örneklem T-testi ile karşılaştırılmış ve cinsiyetler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olmadığı (p=0,365) tespit edilmiştir (tablo 4.5).

**Tablo 4.6:** Katılımcıların Eğitim Durumları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| E. Durumu | $\bar{x}$±SS | F | P | Farklılık |
|---|---|---|---|---|
| **A (İlkokul)** | 3,38±1,07 | 8,096 | <0,001* | G>A,B,C,D,E,F |
| **B (Ortaokul)** | 3,48±1,00 | | | |
| **C (Lise)** | 3,49±0,85 | | | |
| **D(Meslek Yüksekokulu)** | 3,81±0,77 | | | |
| **E (Lisans)** | 3,70±0,86 | | | |
| **F (Yüksek Lisans)** | 3,50±0,86 | | | |
| **G (Doktora)** | 4,50±0,51 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların eğitim durumları bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve eğitim durumu kategorileri arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; doktora mezunu katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.6).

**Tablo 4.7:** Katılımcıların Meslekleri Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Meslek | $\bar{x}$±SS | F | P | Farklılık |
|---|---|---|---|---|
| **A (Ev Hanımı)** | 3,67±0,91 | 8,510 | <0,001* | B,E,F>A,C,D |
| **B (İşçi)** | 3,70±0,77 | | | |
| **C (Emekli)** | 3,47±1,07 | | | |
| **D (Öğrenci)** | 3,28±0,68 | | | |
| **E (Memur)** | 4,00±0,63 | | | |
| **F (Esnaf)** | 3,85±0,81 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların meslekleri bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve meslekler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; işçi, memur ve esnaf meslek grubundaki katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.7).

**Tablo 4.8**: Katılımcıların Gelir Durumları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| G. durumu | $\bar{x}$±SS | F | p | Farklılık |
|---|---|---|---|---|
| **A (Gelir giderdan az)** | 3,28±1,05 | 29,566 | <0,001* | C>B>A |
| **B (Gelir gidere denk)** | 3,65±0,77 | | | |
| **C (Gelir giderden fazla)** | 3,92±0,78 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların gelir durumları bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve gelir durumu kategorileri arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; gelirleri giderlerinden fazla olan katılımcıların en yüksek, gelirleri giderlerinden az olan katılımcıların en düşük e-sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.8).

**Tablo 4.9:** Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanım Durumları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Düzenli İlaç | $\bar{x}$±SS | t | P |
|---|---|---|---|
| **Kullanıyor** | 3,39±1,08 | -4,803 | <0,001* |
| **Kullanmıyor** | 3,75±0,75 | | |

*p<0,05

Katılımcıların düzenli ilaç kullanım bakımından e-sağlık ölçeği puanları bağımsız örneklem T-testi ile karşılaştırılmış ve düzenli ilaç kullanım durumları arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların, düzenli ilaç kullanan katılımcılara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.9).

**Tablo 4.10:** Katılımcıların Sağlık Durumları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Sağlık Durumu | $\bar{x}$±SS | F | p | Farklılık |
|---|---|---|---|---|
| **A (Oldukça iyi)** | 4,10±0,88 | 23,199 | <0,001* | A,B,C>D>E |
| **B (İyi)** | 3,87±0,73 | | | |
| **C (Fena değil)** | 3,69±0,72 | | | |
| **D (Kötü)** | 3,40±0,99 | | | |
| **E (Oldukça kötü)** | 2,66±1,27 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların sağlık durumları bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve sağlık durumu kategorileri arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; sağlık durumunu oldukça kötü olarak belirten katılımcıların en düşük, kötü olarak belirten katılımcıların oldukça kötü olarak belirten katılımcılardan daha yüksek, diğer katılımcılardan daha düşük puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.10).

**Tablo 4.11:** Katılımcıların Yaş Grupları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Yaş aralığı | $\bar{x}$±SS | F | p | Farklılık |
|---|---|---|---|---|
| **A (15-24 Yaş arası)** | 3,28±0,83 | 18,972 | <0,001* | B,C,D,E,F>A,G |
| **B (25-34 Yaş arası)** | 3,59±0,75 | | | |
| **C (35-44 Yaş arası)** | 3,84±0,73 | | | |
| **D (45-54 Yaş arası)** | 3,80±0,79 | | | |
| **E (55-64 Yaş arası)** | 3,90±0,62 | | | |
| **F (65-74 Yaş arası)** | 3,82±0,76 | | | |
| **G (75 Yaş ve üzeri)** | 2,93±1,29 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların yaş grupları bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve sağlık durumu kategorileri arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; 14-25 yaş ile 75 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların diğer katılımcılardan daha düşük puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.11).

**Tablo 4.12:** Katılımcıların Sağlıkla İlgili Konularda İnternet Ziyaret Sıklıkları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Ziyaret Sıklığı | $\bar{x}$±SS | F | p | Farklılık |
|---|---|---|---|---|
| **A (Her zaman)** | 4,09±0,80 | 120,078 | <0,001* | A,B>C>D>E |
| **B (Sıklıkla)** | 3,95±0,58 | | | |
| **C (Bazen)** | 3,62±0,96 | | | |
| **D (Nadiren)** | 3,17±0,79 | | | |
| **E (Hiçbir zaman)** | 1,75±0,93 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların sağlıkla ilgili konularda internet ziyaret sıklıkları bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve kategoriler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek

için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; her zaman ve sıklıkla ziyaret gerçekleştiren katılımcıların en yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Puan sıralaması sıklık durumlarına paralel olarak; bazen, nadiren ve hiçbir zaman şeklinde yanıt verenlerden oluşmaktadır (tablo 4.12).

**Tablo 4.13:** Katılımcıların Son Bir Yılda Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayıları Bakımından e-Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| **Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı** | **$\bar{x}$±SS** | **F** | **p** | **Farklılık** |
|---|---|---|---|---|
| **A (Hiç)** | 3,79±0,90 | 15,238 | <0,001* | A,B,C>D |
| **B (1-4 Kez)** | 3,73±0,74 | | | |
| **C (5-9 Kez)** | 3,58±0,92 | | | |
| **D (10 Kez ve üzeri)** | 3,05±1,21 | | | |

*p<0,05

Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları bakımından e-sağlık ölçeği puanları tek yönlü Anova ile karşılaştırılmış ve kategoriler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı farklılık olduğu (p<0,001) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi kategori ya da kategorilerden kaynaklandığını tespit edebilmek için post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi ile kategoriler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda; 10 kez ve üzeri sayıda hastane başvurusu bulunan katılımcıların en düşük puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 4.13).

# 5. TARTIŞMA

Teknolojideki ilerlemeler ve dijitalleşme yaşantımızı radikal ölçekte değiştirmekte ve dönüştürmektedir. Sağlık alanındaki teknolojik ilerlemenin parabolik hızda olması ve bilgiye ulaşımın aşırı kolaylaşması toplum sağlığında olumlu gelişmeler olarak sayılabilir. Teknolojinin karmaşıklığı ve bilginin çok fazla oluşu bireylerin sağlık alanında atacağı adımlarda kafa karışıklığına sebep olmaktadır. Bireylerin kendi sağlık kararları ve sağlık süreçlerini yönetmesi açısından sağlık okuryazarlığı anahtar bir rol oynamaktadır. Bireyin internette yer alan binlerce veri arasından doğru bilgiye ulaşması, bireyin kendi sağlık durmunu iyi okuması ve ona göre sağlık kararlarını alması toplum sağlığı açısından da büyük öneme sahiptir. Tam bu noktada e-sağlık okuryazarlığı hem bireysel hem de toplumsal sağlığın korunması ve ilermesinde büyük bir katkı sağlamaktadır. Toplumda e-sağlık okuryazarlığının kabul görmesi ve yaygınlaşması gerekmektedir.

TÜİK 2018 yılı için internet kullanım oranı %72,9; 2019 yılı için %75,3; 2020 yılı için%79,0 olarak açıklamıştır. İnternet kullanım oranı cinsiyete göre incelendiğinde erkelerde %84,7 kadınlarda %73,3 olarak bildirilmiştir. Bu verilerde göstermektedir ki ülkemizde internet kullanım oranı yıllara göre gittikçe artmaktadır.

Bu çalışmada ölçek puan ortalaması 29,12±7,01 olarak bulunmuş. Yaşların ölçek puanları bakımından incelendiğinde en düşük ölçek puana sahip yaş grubu 75 yaş ve üzeri (23,42±10,29) sonra 15-24 yaş grubu (26,24±6,62) gelmektedir. Ölçek puanın yüksek çıkan yaş grubu ise; 55-64 yaş grubu (31,22±4,95) oluşturmaktdır. Çalışmamızda 15-24 yaş grubunun e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanını 26,24±6,62 olarak bulunmuş. Ergün ve ark. Yaptığı çalışmada ergenlerin e-sağlık ölçek puan ortalamsını 25,98±0,27 bulmuşlar (83).

Bu çalışmada katılımcıların %54,8 erkek, %45,2 kadın olduğu görüldü. Eğitim durumları açısından büyük bölümünü lise %38,7 ve lisans %33,3 öğrenimine sahip kişiler oluşturuyordu. Katılımcıların meslekleri bakımından büyük kısmını işçi %34,4 ve emekli olanlar %25,8 oluşturuyordu. Gelir durumu bakımından çalışmaya katılanların %48,3'ünün geliri giderine denk iken %23,4 gelir giderden az ve %28,3'ü geliri giderinden fazlaydı. Araştırmaya katılanların düzenli ilaç kullananları bakımından %30,4'ü düzenli ilaç kullanımına sahipti. Araştıramaya katılanların sağlık durumnu kötü ve oldukça kötü olarak

tanımlayanların oranı %32,1'di. Son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı bakımından 1-4 kez başvuru yapanlar %58,8 ile en büyük kısmı oluşturuyordu.

E-Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı belli başlı noktalarda bir birinden ayrışmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığını da kapsayan bir kavram olmasına rağmen daha çok yazılı mecmuadan faydalanılan okuryazarlık olarak algılanmaktadır. Oysaki Sağlık Bakanlığının 2016 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini temel alarak Türkiye geneli 505 kişide yaptığı çalışmada sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı açısından her zaman ve sıklıkla %62 oranıyla internet kullanımı diğerlerine kıyasla (gazete %27,9; dergi 9,7; radyo ve televizyon 31,1; kitap ve broşürler 39,5; aile üyeleri arkadaşlar 51,4; doktor hemşire ve diğer sağlık çalışanları 67,5) yüksek bir yüzdeye sahiptir. Bu çalışmada sağlıkla ilgili konularda her zaman ve sıklıkla internet ziyaret sıklığı %49.2 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada; internette sağlık kaynaklarına erişimin önemi noktasında da çok önemli ve önemli diyen katılımcıların oranı %74,7 olarak tespit edilmiştir. Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz? Sorusuna yararlı ve çok yararlı cevap verenlerin oranı %65,1 olarak bulunmuştur. TÜİK, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırmasına göre 2019 ve 2020 yılllarının son üç ay içinde interneti kullanan bireylerin interneti kişisel kullanım amaçları çalışmasında: İnternette sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanmalar, hastalıklar, beslenme, sağlığın iyileştirilmesi gibi) 2019 yılı için; ortalama %69,3 iken 2020 yılın için ortalama %65,4 arama yapmış olduğu gösterilmiştir. Bu oranlar bizim çalışmamızla uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda yaş grupları ile e-sağlık okuryazalığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). 15-24 yaş ile 75 yaş ve üzeri katılımcıların diğer katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük ölçek puanına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durumda 1. Hipotezin $H_0$ hipotezi red edilmiş olup $H_1$ hipotezi Kabul edilmiştir. TÜİK 2019 verilerine göre interneti kullanım oranlarıbakımından 16-24 yaş grubu en yüksek orana sahipken (%90,8) bu çalışmada 75 yaş ve üstü gruptan sonra en düşük ölçek puanına sahip olmaları bu yaş grubunun sağlıkla ilgili sorunlarla diğer yaş grublarına oranla daha az karşılaşmalarıyla açıklanabilir. 75 yaş ve üzeri grubun ölçek puanın en düşük olması sebebide bu yaş grubunun internet kullanım kültürünün yüksek olmayışla açıklanabilir.

TÜİK verilerine göre 2019 ulasal eğitim düzeyine göre; Türkiyede okuryazarlık oranı %96,7 erkeklerin okuryazarlık oranı %99,1 kadınların okuryazarlık oranı ise %94,4'tür. Sağlık Bakanlığının 2016 yılında yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında cinsiyet ile sağlık okuryazarlık düzeyinde anlamlı bir farklılığın olmadığını tespit edilmiştir. Bu çalışmada kadınların e-sağlık ölçek puanları erkeklerin e-sağlık ölçek puanından yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen katılımcıların cinsiyetleri bakımında e-sağlık ölçeği puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p=0,365). Bu durumda 2. Hipotezin $H_0$ hipotezi kabul edilmiş olup $H_1$ hipotezi red edilmiştir. Deniz'in (80) çalışmasında cinsiyet ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu tespit edilmiştir ve bu çalışmaya benzer olarak kadınların e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları erkeklerinkinden daha yüksekti. Uslu ve Şeremet'in (81) çalışmasında da; çalışmamızdan farklı olarak, e-sağlık okuryazarlığın cinsiyete göre anlamlı bir farklılık tespit etmişlerdir. Özer ve ark. (82) araştırması çalışmamızla benzer olarak e-sağlık okuyazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık tespit bulmamışlardır.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri açısından da bakıldığında doktora mezunlarının diğer katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek e–sağlık okuryazarlığı ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu durumda 3. Hipotez $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir. Uslu ve Şeremet (81) çalışmasında bu çalışmanın aksine eğitim durumu ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını tespit etmişlerdir. Deniz (80) çalışmasında da eğitim düzeyi ile e-sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak bir farklılığın olmadığını tespit etmiştir.

Çalışmamızda meslekler arasında e-sağlık okuryazarlığı ölçek punaları bakımında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). İşçi, memur ve esnaf grubundaki meslek grubların emekli, ev hanımı ve öğrenci grubundaki katılımcılara göre e-sağlık okuryazalığı ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda 4. Hipotezde $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir.

Çalışmamızda katlımcıların gelir durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımında anlamlı bir farklılığın olduğunu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Araştırma sonucunda gelirleri giderlerinde fazla olan katılımcıların e-sağlık

okuryazarlık ölçek puanı (3,92±0,78) en yüksek, gelirlerin giderlerinden az olan katılımcıların ise en düşük e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanına (3,28±1,05) sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durumda 5. Hipotezde $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir. Aktürk'ün (79) çalışmasında ise; gelir durumu ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumları ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Düzenli ilaç kulanmayan katılımcıların ölçek puanı (3,75±0,75), düzenli ilaç kullanan katılımcılar ölçek puanına (3,39±1,08) göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durumda 6. Hipotezde $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık durumu kategoriler arasında e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımından anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Sağlık durumunu oldukça iyi, iyi, fena değil olarak tanımlayanların ölçek puanlarını kötü ve oldukça kötü olarak tanımlayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bu durumda 7. Hipotezde $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığının sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmadaki ile örtüşen sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcıların sağlıkla ilgili konularda internet ziyaret sıklıkları bakımından e-sağlık ölçeği puanları bakımından anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Karşılaştırmalar sonucunda; her zaman ve sıklıkla ziyaret gerçekleştiren katılımcıların en yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durumda 8. Hipotezin $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir.

Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru durumları ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Bir yıl içerisinde 10 ve üzeri başvuruda bulunan kişilerin diğer grublara göre anlamlı derecede ölçek puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda 9. Hipotezde $H_0$ red edilmiş olup $H_1$ kabul edilmiştir.

# 6. SONUÇLAR

E-Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi İstanbul İlinin Kadıköy İlçesi Örneği adlı çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- İnternette sağlık kaynaklarına erişimin önemi noktasında da çok önemli ve önemli diyen katılımcıların oranı %74,7 olarak tespit edilmiştir. Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz? Sorusuna yararlı ve çok yararlı cevap verenlerin oranı %65,1 olarak bulunmuştur.
- Çalışmamızda yaş grupları ile e-sağlık okuryazalığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir($p<0.001$). 15-24 yaş ile 75 yaş ve üzeri katılımcıların diğer katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük ölçek puanına sahip oldukları tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda kadınların e-sağlık ölçek puanları erkeklerin e-sağlık ölçek puanından yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen katılımcıların cinsiyetleri bakımında e-sağlık ölçeği puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.
- Çalışmamızda eğitim düzeyleri açısından da bakıldığında doktora mezunlarının diğer katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek e–sağlık okuryazarlığı ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda meslekler arasında e-sağlık okuryazarlığı ölçek punaları bakımında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. İşçi, memur ve esnaf grubundaki meslek grubların emekli, ev hanımı ve öğrenci grubundaki katılımcılara göre e-sağlık okuryazalığı ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızda katılımcıların gelir durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımında anlamlı bir farklılığın olduğunu tespit edilmiştir. Geliri giderden fazla olan katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanı en yüksek, geliri giderinden az olan katılımcılardan ise en az ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumları ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı

ölçek puanı en yüksek, düzenli ilaç kulanan katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanı en düşük olduğu saptanmıştır.

- Çalışmamızda katılımcıların sağlık durumu kategoriler arasında e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımından anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Sağlık durumunu oldukça iyi, iyi, fena değil olarak tanımlayan katılımcıların ölçek puanları, sağlık durumlarını kötü ve oldukça kötü olarak tanımlayan katılımcılardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Katılımcıların sağlıkla ilgili konularda internet ziyaret sıklıkları bakımından e-sağlık okuryazarlık ölçeği puanları bakımından anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkla ilgili interneti her zaman ve sıklıkla ziyaret eden katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanı, sağlıkla ilgili interneti bazen nadiren ve hiç bir zaman internet kullanan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları ile e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanları bakımında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna 10 ve üzeri başvuruda bulunan katılımcıların en düşük, herhangi bir sağlık kuruluşuna hiç başvuruda bulunamayan katılımcıların ise en yüksek e-sağlık okuryazarlığı ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak İstanbul ilinin Kadıköy ilçesinin 15 yaş ve üzeri e-sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen veriler cinsiyet dışında sosyodemografik değişkenlerin, bireylerin sağlık durumlarının, sağlık kuruluşlarına baş vurma sıklıklarının ve düzenli ilaç kullanım durumlarının e-sağlık okuryazarlığı seviyelerini farklılaştırdığı neticesine ulaşılmıştır.

# KAYNAKLAR


1. Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006). *Sağlığın Tanımı: Başa Çıkma*.
2. Bakanlığı, T. S. (2011). S*ağlığın Teşviki Ve Geliştirilmsi Sözlüğü*. Bakanlık Yayın(814), 1.
3. Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nurss, J. (1999). Development Of A Brief Test To Measure Functional Health Literacy. *Patient Education And Counseling,* 38(1), 33-42
4. Örgütü, D. S. (1986). *Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi.* Dsö, Cenevre.
5. Gastein, E. H. F. (2005). Gastein Health Declaration - Partnerships For Health. Retrieved From Http://Www.Ehfg.Org/
6. Norman, C. D., Skinner, H. A. (2006b). Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health In A Networked World. *Journal Of Medical Internet Research,* 8(2), E9.
7. Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International,* 13(4), 349-364.
8. Sateesh, B., Kumar, M. A. (2016). Training And Skill Development For 'Accredited Social Health Activist'(Asha) In Health Education. *Ijar,* 2(6), 746-749.
9. Bedworth, D., Bedworth, A. E. (2009). *Dictionary Of Health Education*: Oxford University Press.
10. Publichealthcareeredu.Org. (2019). Public Health Education And Health Promotion. Retrieved From Https://Www.Publichealthcareeredu.Org/Public-Health-Education/
11. Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2005). *Navigating Health*. Retrieved From
12. Kickbusch, I. S. (2001). Health Literacy: Addressing The Health And Education Divide. *Health Promotion International, 16*(3), 289-297.
13. Kawachi, I., Berkman, L. (2000). Social Cohesion, Social Capital, And Health. *Social Epidemiology, 174*(7).
14. Ratzan, S., Parker, R., Selden, C., Zorn, M. (2000). National Library Of Medicine Current Bibliographies In Medicine: Health Literacy. *Bethesda, Md: National Institutes Of Health, Us Department Of Health And Human Services*.
15. Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promotion International, 20*(2), 195-203.
16. Rootman, I., Gordon-El-Bihbety, D. (2008). A Vision For A Health Literate Canada. *Ottawa, On: Canadian Public Health Association*.
17. Speros, C. (2005). Health Literacy: Concept Analysis. *Journal Of Advanced Nursing, 50*(6), 633-640.
18. Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S., Parker, R. (2000). Current Bibliographies In Medicine: Health Literacy. *Bethesda, Md: National Library Of Medicine*.
19. Health, T. H. T. H. C. S. O. P. (2019). Health Literacy Studies Retrieved From Http:Www.Hsph.Harvard.Edu/Healthliteracy
20. Mayeaux, J. E., Murphy, P., Arnold, C., Davis, T., Jackson, R., Sentell, T. (1996). Improving Patient Education For Patients With Low Literacy Skills. *American Family Physician, 53*(1), 205-211.
21. Weiss, B. D., Hart, G., Pust, R. E. (1991). The Relationship Between Literacy And Health. *Journal Of Health Care For The Poor And*

*Underserved, 1*(4), 351-363.

22. Weiss, B. D., Blanchard, J. S., Mcgee, D. L., Hart, G., Warren, B., Burgoon, M., Smith, K. J. (1994). Illiteracy Among Medicaid Recipients And Its Relationship To Health Care Costs. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved, 5*(2), 99-111.
23. Weiss, B. D., Reed, R. L., Kligman, E. W. (1995). Literacy Skills And Communication Methods Of Low-Income Older Persons. *Patient Education And Counseling, 25*(2), 109-119.
24. 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.
25. Filiz, E. (2015). *Sağlık Okuryazarlığının Gebelik Ve Sağlık Algısı Ile Ilişkisi.* Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
26. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Crotty, K. (2011). Low Health Literacy And Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals Of Internal Medicine, 155*(2), 97-107.
27. Austvoll-Dahlgren, A., Danielsen, S., Opheim, E., Bjørndal, A., Reinar, L. M., Flottorp, S., Journal, L. (2013). Development Of A Complex Intervention To Improve Health Literacy Skills. *30*(4), 278-293.
28. Mancuso, J. M. (2008). Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. *Nursing & Health Sciences, 10*(3), 248-255.
29. Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. S. (2009). *Advancing Health Literacy: A Framework For Understanding And Action* (Vol. 45): John Wiley, Sons.
30. Dunn, P. J. (2015). Understanding Health Literacy Skills Of Patients With Cardiovascular Disease And Diabetes.
31. Barry, M. M., Sixsmith, J., D'eath, M. (2012). A Rapid Evidence Review Of Interventions For Improving Health Literacy.
32. Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., Huang, J. (2007). Health Literacy And Mortality Among Elderly Persons. *Archives Of Internal Medicine, 167*(14), 1503-1509.
33. Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. *Bmc Public Health, 12*(1), 80.
34. Wikipedia. (2019). Health_Communication. Retrieved From Https://En.Wikipedia.Org/Wiki/Health_Communication
35. Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept Of Health Literacy. *Social Science, Medicine, 67*(12), 2072-2078.
36. Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). The Health Literacy Of America's Adults: Results From The 2003 National Assessment Of Adult Literacy. Nces 2006-483. *National Center For Education Statistics*.
37. Smith, S. C., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., Jones, D. W. (2011). Aha/Accf Secondary Prevention And Risk Reduction Therapy For Patients With Coronary And Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From The American Heart Association And American College Of Cardiology Foundation Endorsed By The World Heart Federation And The Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Journal Of The American College Of Cardiology, 58*(23), 2432-2446.
38. Manganello, J. A. (2007). Health Literacy And Adolescents: A Framework

And Agenda For Future Research. *Health Education Research, 23*(5), 840-847.
39. Safety, A. C. O., Care, Q. I. H. (2015). *Health Literacy: Taking Action To Improve Safety And Quality*: Australian Commission On Safety And Quality In Health Care.
40. Protheroe, J., Wallace, L. S., Rowlands, G., Devoe, J. E. (2009). Health Literacy: Setting An International Collaborative Research Agenda. *Bmc Family Practice, 10*(1), 51.
41. Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., Tsouros, A. (2015). Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar, Çeviri: Sağlıklı Kentler Birliği.
42. Baker, D. W. (2006). The Meaning And The Measure Of Health Literacy. *Journal Of General Internal Medicine, 21*(8), 878-883.
43. Erdağ, Ç. (2015). Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlık Okuryazarlığı,(1-14), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yayın*(3).
44. Dewalt, D. A., Hink, A. (2009). Health Literacy And Child Health Outcomes: A Systematic Review Of The Literature. *Pediatrics, 124*(Supplement 3), S265-S274.
45. Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research, 25*(3), 464-477.
46. Crawford, T., Roger, P., Candlin, S. (2018). The Consequences Of Diverse Empathic Responses In Nurse-Patient Interactions: A Discourse Analysis. *Journal Of Communication In Healthcare, 11*(2), 87-94.
47. Joseph-Williams, N., Elwyn, G., Edwards, A. (2014). Knowledge Is Not Power For Patients: A Systematic Review And Thematic Synthesis Of Patient-Reported Barriers And Facilitators To Shared Decision Making. *Patient Education And Counseling, 94*(3), 291-309.
48. Kellerman, R., Weiss, B. D. (1999). Health Literacy And The Jama Patient Page. *Jama, 282*(6), 525-527.
49. Norman, C. D., Skinner, H. A. (2006a). Eheals: The Ehealth Literacy Scale. *Journal Of Medical Internet Research, 8*(4), E27.
50. Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J. M., Foy, R., Bonetti, D. (2004). Constructing Questionnaires Based On The Theory Of Planned Behaviour: A Manual For Health Services Researchers. In: Centre For Health Services Research, University Of Newcastle Upon Tyne.
51. Armitage, C. J., Conner, M. (2001). Efficacy Of The Theory Of Planned Behaviour: A Meta-Analytic Review. *British Journal Of Social Psychology, 40*(4), 471-499.
52. Consortium, H.-E. (2011). The European Health Literacy Project 2009–2012. *German Questionnaire Nrw. Feldzeit, 7*, 27.
53. Austvoll-Dahlgren, A. (2012). Improving Health Literacy: Identifying Barriers And Facilitators To People's Ability To Obtain Health Information, And The Development And Evaluation Of An Intervention To Improve Health Literacy.
54. Yıldız, M. (2015). *Mobil Teknolojilerin Üniversite Toplumunun Günlük Yaşaminda Alişkanliklarina Etkisinin Mekansal Analizi*.
55. Trends, G. (2019a). Health Literacy In Google Trends. Retrieved From Www.Google.Com/Trends
56. Kanunu, U. H. J. R. G. Kanun Numarası: 1593; Resmi Gazete'de Yayım Tarihi: 06/05/1930. (1489).
57. Tontuş, H. Ö. ( 2015). Türkiye'de Sağlık Hizmetine Kolay Erişim Merkezi

Hekim Randevu Sistemi (Mhrs). Pp. 2-6.
58. Demirel, D. (2017). E-Health Applications In Turkey. *Pressacademia Procedia, 4*(1), 422-432.
59. Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H., Demiray Ready, N., Çakır, B., Akalın, E. (2012). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Erişim: 21 Ocak 2015. In.
60. Trends, G. (2019b). Sağlık Okuryazarlığı Kelimesinin Google Trend Analizi. Retrieved From Www.Google.Com/Trends
61. Act, S. M. (2012). Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions.
62. Fox, S. (2011). *The Social Life Of Health Information 2011*: Pew Internet, American Life Project Washington, Dc.
63. Fox, S. (2007). *E-Patients With A Disability Or Chronic Disease: Just Half Of Adults With Chronic Conditions Use The Internet; But Once Online, They Are Avid Consumers Of Health Information*: Pew Internet & American Life Project.
64. Ball, M. J., Carla Smith, N., Bakalar, R. S. (2007). Personal Health Records: Empowering Consumers. *J Healthc Inf Manag, 21*(1), 77.
65. Schoen, C. (2006). *Public Views On Shaping The Future Of The Us Health System*: Commonwealth Fund.
66. Kim, H., Xie, B. (2017). Health Literacy In The Ehealth Era: A Systematic Review Of The Literature. *Patient Education And Counseling, 100*(6), 1073-1082.
67. Ivanitskaya, L., Boyle, I. O., Casey, A. M. (2006). Health Information Literacy And Competencies Of Information Age Students: Results From The Interactive Online Research Readiness Self-Assessment (Rrsa). *Journal Of Medical Internet Research, 8*(2), E6.
68. Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., Chavarria, E. A. (2011). Ehealth Literacy Among College Students: A Systematic Review With Implications For Ehealth Education. *Journal Of Medical Internet Research, 13*(4), E102.
69. Collins, S. A., Currie, L. M., Bakken, S., Vawdrey, D. K., Stone, P. W. (2012). Health Literacy Screening Instruments For Ehealth Applications: A Systematic Review. *Journal Of Biomedical Informatics, 45*(3), 598-607.
70. Xie, B. (2011). Effects Of An Ehealth Literacy Intervention For Older Adults. *Journal Of Medical Internet Research, 13*(4), E90.
71. Neter, E., Brainin, E. (2012). Ehealth Literacy: Extending The Digital Divide To The Realm Of Health Information. *Journal Of Medical Internet Research, 14*(1), E19.
72. Cho, J., Park, D., Lee, H. E. (2014). Cognitive Factors Of Using Health Apps: Systematic Analysis Of Relationships Among Health Consciousness, Health Information Orientation, Ehealth Literacy, And Health App Use Efficacy. *Journal Of Medical Internet Research, 16*(5), E125.
73. Jacobs, R. J., Lou, J. Q., Ownby, R. L., Caballero, J. (2016). A Systematic Review Of Ehealth Interventions To Improve Health Literacy. *Health Informatics Journal, 22*(2), 81-98.
74. Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., Alber, J. (2015). Ehealth Literacy And Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers And Older Adults. *Journal Of Medical Internet Research, 17*(3), E70.

75. Levin-Zamir, D., Bertschi, I. (2018). Media Health Literacy, Ehealth Literacy, And The Role Of The Social Environment In Context. *International Journal Of Environmental Research And Public Health, 15*(8), 1643.
76. Alhuwail, D., Abdulsalam, Y. (2019). Assessing Electronic Health Literacy In The State Of Kuwait: Survey Of Internet Users From An Arab State. *Journal Of Medical Internet Research, 21*(5), E11174.
77. Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G. R., Osborne, R. H. (2020). Applying The Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review Of Electronic Health Interventions Targeted At Socially Disadvantaged Groups. *Journal Of Medical Internet Research, 22*(8), E18476.
78. Kılıç, T. (2017). E-Sağlık, Iyi Uygulama Örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 203-217.
79. Aktürk, Ü. (2018). Bir Aile Sağlığı Bölgesindeki 18-49 Yaş Arası Kadınların E-Sağlık Okur Yazarlık Düzeylerinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal Of Human Rhythm, 4*(1), 52-58.
80. Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı Ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan Ve İnsan, 7*(24), 84-96.
81. Dilek, U., Şeremet, G. (2020) Bireylerin E-Sağlik Okuryazarlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6*(2), 386-394.
82. Özlem, Ö., Özmen, S., Özkan, O. (2020)Sosyal Medya Kullanımının E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin İncelenmesi. *Alanya Akademik Bakış, 4*(2), 353-367.
83. Ergün, S., H.K. Sürücüler, Ve R. Işik. (2019). Ergenlerde E-Sağlık Okuryazarlığı VeSağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği.
84. Tüik. Editor (27.06.2019). İstanbul İli Kadıköy İlçesi Tek Yaş Grubu Nüfus Bilgisi. Bilgi Talep. Dağıtım Ve İletişim Daire Başkanlığı Başkanlığı, Çankaya-Ankara. Çankaya-Ankara Alınan Yer: Http://Www.Tuik.Gov.Tr

# EK1: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 11 EKİM 2019
TOPLANTI NO : 2019/6
PROJE/ KARAR NO : 19/121 (Değerlendirilme Tarihi: 18.10.2019)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilimdalında görevli Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR' ün sorumlu araştırmacı, Yüksek Lisans Öğrencisi Recep ÖZDEMİR' in yardımcı araştırmacı olduğu 19/121 kayıt numaralı, ***"E-Sağlık Okuryazarlığının Yaş Bazında Değerlendirilmesi: İstanbul Kadıköy İlçesi Örneği"*** başlıklı proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Vekili

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ
Üye

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Üye

Prof. Dr. Mahfuz ELMASTAŞ
Üye

Doç. Dr. Maihebureti ABUDILI
Üye

Doç. Dr. Papatya KELEŞ
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Faruk Berat AKÇEŞME
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN
Üye

Avukat Abdullah Ahmet KAYNAR
Üye

# EK2: TÜİK İSTANBUL İLİ KADIKÖY İLÇESİ TEK YAŞ GRUBU NUFÜS BİLGİSİ

T.C.
TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Bilgi Dağıtım Ve İletişim Daire Başkanlığı

Sayı : 27964695-622.03-E.15336 27.06.2019
Konu : Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

Sayın Recep ÖZDEMİR

İlgi : Recep ÖZDEMİR'in 26.06.2019 tarihli başvurusu.

İlgi yazı ile talep etmiş olduğunuz, İstanbul ili Kadıköy ilçesi tek yaş grubu nüfus bilgisi, 5490 Sayılı Nüfus Hizmetleri Kanunu çerçevesinde yapılan 31.12.2018 tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre, cinsiyet ayrımında elektronik ortamda ekte hazırlanmıştır.

Bilgi ücreti olan 20 TL.yi T.C. Ziraat Bankası?nın 833 Şube Kodlu Ankara Anıttepe Şubesi hesabına (IBAN No: **TR 7100 0100 0833 0351 5131 5051**) ilgili banka şubesinden veya İnternet Bankacılığı aracılığıyla EFT yaparak, dekontunu 0 (312) 417 04 32 nolu faksa veya bilgi@tuik.gov.tr adresine gönderdiğiniz takdirde 11,2 Kb bilgi e-posta adresinize gönderilecektir. Ayrıca lütfen dekont üzerine faksta okunamayacağı ihtimalini dikkate alarak; isminizi, açık adresinizi, bilgi ücretini ve yazımızın sayı ve konu bölümünü belirtiniz. T.C. Ziraat Bankası Bankacılık Hizmetleri Daire Başkanlığının 22.03.2001 tarih ve 6211 sayılı genel mektubuna istinaden (IBAN No: **TR 7100 0100 0833 0351 5131 5051**) nolu hesaba gönderdiğiniz mektup ve on-line havaleleriniz için komisyon veya haberleşme ücreti ödemeyiniz. Web sitemizden doğrudan alınan ya da Kurumumuzda bilgi talebi sonucu elde edilen istatistiki bilgiler (mikro veriler hariç), kaynak gösterilmek koşulu ile her hangi bir izne ihtiyaç duyulmaksızın yeniden kullanılabilir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Şahin ÇELİK
Başkan a.
Grup Sorumlusu

Ek : Bilgi (11,2 KB)

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanununun 5.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Devlet Mahallesi Necatibey Caddesi No:114 Çankaya/Ankara
(312) 454 72 51, (312) 417 04 32
KEP: tuikbilgidagitimveiletisimdairebaskanligi@hs01.kep.tr

Bilgi için:Güngör ÇANKAYA
Programcı
Telefon No:(312) 454 72 41

# EK3: ÖLÇEK FORMLARI

## Sayın Katılımcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans tez çalışması kapsamındayapılmakta olan bilimsel bir araştırma için, tek elden toplanacak verilerçerçevesinde oluşturulan bu ankete vereceğiniz cevaplar için şimdiden teşekkürederiz.

Elde edilecek bulgular genel toplam içinde değerlendirileceği vebilimsel amaçlı olarak kullanacağı için kesinlikle isim istenmemektedir. Bunedenle isminizi ya da kimliğinizi açığa çıkaracak herhangi bir işaretlemeyi yapmayınız.

Bu anketten alınacak sonuçların doğru ve güvenilir olması çalışma içinçok büyük önem taşımaktadır. LÜTFEN TÜM SORULARICEVAPLAYINIZ, BOŞ İFADE BIRAKMAYINIZ.

Zaman ayırıp araştırmaya katıldığınız için tekrar teşekkür ederiz. *

## 1. Bölüm

**1.** Doğum yılınız (…….)

**2.** Cinsiyetiniz: 1. Erkek ( ) 2. Kadın ( )

**3.** En son Bitirmiş olduğunuz okulu belirtiniz.
1. İlkokul ( ) 2. Ortaokul ( ) 3. Lise ( ) 4. Meslek yükselokulu ( )
5. Lisans ( ) 6. Yüksek lisans ( ) 7. Doktora ( )

**4.** Mesleğiniz: 1. Ev Hanımı ( ) 2. İşçi ( ) 3. Emekli ( ) 4. Öğrenci ( ) 5. Memur ( ) 6. Esnaf ( ) 7. Diğer (lütfen belirtiniz) ……...

**5.** Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz.
1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

**6.** Düzenli İlaç kullanımını gerektirecek hastalığınız var?
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**7.** Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
1. ( ) Oldukça iyi 2. ( ) İyi 3. ( ) Fena Değil 4. ( ) Kötü 5. ( ) Oldukça kötü

**8.** Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak **için interneti ne sıklıkla** kullanıyorsunuz?
1. Her zaman ( ) 2. Sıklıkla ( ) 3. Bazen ( ) 4. Nadiren ( ) 5. Hiçbir zaman ( )

**9.** Son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine ne kadar başvuru yaptınız.
1) Hiç (…) 2) 1-4 (…) 3) 5-9 (…) 4) 10 ve üzeri (…)

## 2. Bölüm

**1.** Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar **faydalı** olduğunu düşünüyorsunuz?
1. Hiç yararlı değil ( ) 2. Yararlı değil ( ) 3.Fikrim yok ( ) 4.Yararlı ( ) 5.Çok yararlı ()

**2.** İnternette sağlık kaynaklarına erişilmek sizin için ne kadar **önemli**?
1. Hiç önemli değil ( ) 2. Önemli değil ( ) 3.Fikrim yok ( ) 4. Önemli ( ) 5.Çok Önemli ( )

| 3. Aşağıdaki ifadeleri katılım düzeyinizi belirtiniz. | **Hiç Katılmıyorum** | **Katılmıyorum** | **Kararsızım** | **Katılıyorum** | **Tamamen katılıyorum** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** İnternette **hangi** sağlık kaynaklarına ulaşabileceğini biliyorum. | | | | | |
| **2.** İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını **nerede** bulacağımı biliyorum. | | | | | |
| **3.** İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını **nasıl** bulacağımı biliyorum. | | | | | |
| **4.** Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti **nasıl kullanacağımı** biliyorum. | | | | | |
| **5.** İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum **sağlık bilgilerini** nasıl kullanacağımı biliyorum. | | | | | |
| **6.** İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını **değerlendirmek** için ihtiyacım olan beceriye sahibim. | | | | | |
| **7.**İnternetteki **yüksek kalitedeki** sağlık kaynaklarını **düşük kalitedeki** sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim. | | | | | |
| **8.** Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında **kendime güveniyorum.** | | | | | |