

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE E-SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞINA
ETKİSİNDE HASTA GÜÇLENDİRMENİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynel ARSLAN

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi Programı

TEMMUZ, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE E-SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞINA
ETKİSİNDE HASTA GÜÇLENDİRMENİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynel ARSLAN
(Y2016.130006)

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GENÇ

TEMMUZ, 2023

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kronik Hastalığı Olan Bireylerde E-Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Farkındalığına Etkisinde Hasta Güçlendirme'nin Düzenleyici Rolü” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../2023)

Zeynel ARSLAN

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren ve bilgi ve deneyimleriyle kolaylıklar sağlayan tez danışmanlarım Doç. Dr. Haluk ŞENGÜN ve Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GENÇ'e,

Tez yazım aşamasında istatistiksel değerlendirmelerdeki katkıları, fikirleri ve bilimsel desteğinden dolayı Dr. Öğr. Üyesi Hatice Funda SEZGİN'e,

Destekleriyle beni motive eden canım arkadaşlarım Ahmet Selçuk KÖSEOĞLU ve Nizam BECETEK'e

Bu günlere gelmemde büyük fedakârlıklar yapan kıymetli aileme sevgi ve teşekkürlerimi sunmaktan mutluluk duyarım.

Temmuz,2023

Zeynel ARSLAN

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞINA ETKİSİNDE HASTA GÜÇLENDİRMENİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

ÖZET

Dünyada kronik hastalıkların yükü giderek artmakta ve en önemli sağlık sorunu olarak görülmektedir. Kronik hastalıkların yeterince iyi yönetilememesi, hastanın sağlık durumunun kötüleşmesine ve hatta hayatını kaybetmesine neden olabilmektedir. Bu olumsuz sonuçların önlenmesi için, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı yüksek olan, güçlendirilmiş hastalara ihtiyaç vardır. Ancak ulusal ve uluslararası literatürde e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirme konularının bir arada ele alındığı çalışmaların eksikliği bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, bu faktörleri bir arada inceleyerek gelecekteki araştırmalara ışık tutmak ve rehberlik etmektir.

Araştırma, tarama deseni kullanılarak nicel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini, İstanbul'da yaşayan ve en az bir kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem, bu kriterleri sağlayan 18-70 yaş arası 322 bireyden oluşmaktadır. Katılımcılara demografik sorular, e-sağlık okuryazarlığı ölçeği, sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve hasta güçlendirme ölçeği olmak üzere dört bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır. Anket verileri, IBM SPSS 27.0 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçek boyutlarının normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı gözlemlendiğinden, gruplar arası farklılıkları değerlendirmek için her bir ikili grup için Mann-Whitney-U testi ve üç veya daha fazla grup için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkların kaynağını belirlemek için ortalama sıra (mean rank) değerleri incelenmiştir. Ölçeğin dağılımı normal dağılıma uymadığı için ilişki analizleri için Kendall's tau_b korelasyon analizi

kullanılmıştır. Son olarak, ilişkilerin belirlenmesi ve hipotezlerin test edilmesi için regresyon modeli uygulanmış ve en küçük kareler algoritmasının varsayımlarının sağlanması için Newey-West algoritması kullanılmıştır.

Sonuç olarak e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam farkındalığı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) ortaya çıkmıştır. Ayrıca, moderatör değişken olarak kullanılan (e-sağlık okuryazarlığı * hasta güçlendirme) kombinasyonunun, sağlıklı yaşam farkındalığı ile arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu durum, moderatör değişkenin, sağlıklı yaşam farkındalığı üzerinde düzenleyici bir rol oynadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalıklar, E-sağlık, E-sağlık Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Farkındalığı, Hasta Güçlendirme

THE MODERATOR ROLE OF PATIENT EMPOWERMENT IN THE EFFECT OF E-HEALTH LITERACY ON HEALTHY LIVING AWARENESS IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT

The burden of chronic diseases is increasing worldwide and is considered the most important health issue. Inadequate management of chronic diseases can lead to worsening health conditions and even mortality. To prevent these negative outcomes, it is necessary to have e-health literacy and raise awareness about healthy living, along with empowered patients. However, there is a lack of studies in the national and international literature that address e-health literacy, awareness of healthy living, and patient empowerment together. Therefore, the aim of this study is to shed light on future research on this topic and provide guidance by examining these factors collectively.

The research was conducted using a quantitative research method with a survey design. The study population consisted of individuals living in Istanbul who have at least one chronic disease. The sample included 322 individuals between the ages of 18 and 70 who met this criterion. The survey consisted of four sections: demographic questions, an e-health literacy scale, a healthy living awareness scale, and a patient empowerment scale. The data obtained from the survey were analyzed using IBM SPSS version 27.0. The Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests were used to assess the normality of the scale dimensions. As the data did not follow a normal distribution, the Mann-Whitney U test was used for pairwise group comparisons, and the Kruskal-Wallis test was used for three or more groups. Mean ranks were examined to determine the source of differences between groups. Since the data did not meet the assumptions of normal distribution, Kendall's tau_b correlation analysis was used to test the relationships. Finally, a regression model was applied to determine the relationships and test the hypotheses, and the Newey-West algorithm was used to ensure that the assumptions of the least squares algorithm were met.

The results showed a significant positive relationship between e-health literacy and awareness of healthy living ($p < 0.05$). The moderator variable (e-health literacy * patient empowerment) was found to have a significant positive relationship with awareness of healthy living ($p < 0.05$), indicating that it acts as a "moderator" variable.

Keywords: Chronic Diseases, E-health, E-health Literacy, Healthy Living Awareness, Patient Empowerment

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ	1
II. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	5
A. E-Sağlık	5
B. E-Sağlık Uygulamaları	8
1. M-Sağlık/Mobil Sağlık	8
2. Tele Tıp.....	9
3. Giyilebilir Cihazlar ve Teknoloji	11
C. Sağlık Okuryazarlığı.....	12
1. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması	12
2. Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları ve Önemi	14
D. E-Sağlık Okuryazarlığı	17
1. E-Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	20
a. Norman ve Skinner’ın Lily (Zambak) Modeli	20

b. Gilstad'ın E- Sağlık Okuryazarlığı Modeli.....	25
2. E-Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	27
3. E-Sağlık Okuryazarlığındaki Sorunlar	29
E. Kronik Hastalıklar ve E-Sağlık Okuryazarlığı.....	31
F. Dünyada ve Türkiye'de E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar.....	36
III. SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	41
A. Sağlık Farkındalığı.....	41
B. Sağlıklı Yaşam	43
C. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	44
IV. HASTA GÜÇLENDİRME	49
A. Hasta Güçlendirme	49
B. Hasta Güçlendirmeyi Etkileyen Faktörler	52
1. Öz Bakım Yönetimi	53
2. Hasta Odaklı/Merkezli Bakım	53
3. Hasta Katılımı	54
C. Kronik Hastalıklar ve Hasta Güçlendirme.....	55
D. Hasta Güçlendirmenin Sonuçları	58
V. GEREÇ VE YÖNTEM.....	61
A. Araştırmanın Amacı ve Önemi	61
B. Araştırmanın Deseni	62
C. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları.....	64
D. Veri Toplama Aracı	64
E. Verilerin İstatistiksel Analizi	65
F. Anketin Güvenilirlik Analizi	66
G. Araştırmanın Hipotezleri ve Model	66

VI. BULGULAR	69
A. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	69
B. Ölçeklere Yönelik Yüzde Dağılım Bilgileri	72
C. Korelasyon Analizi	87
D. Regresyon Analizi Sonuçları	90
E. Boyutlara Yönelik Normallik Sınaması ve Tanımsal İstatistik Bilgiler	92
F. Grup Farklılığı Analizleri	93
VII. TARTIŞMA	101
VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
IX. KAYNAKÇA	117
EKLER	145
ÖZGEÇMİŞ	157

KISALTMALAR LİSTESİ

DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HES	: Hayat Eve Sığar
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
WHO	: World Health Organization

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1.Çizelge 1. Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları	66
Çizelge 2.Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım.....	69
Çizelge 3.Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım	70
Çizelge 4.Katılımcıların Yaş Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım.....	70
Çizelge 5.Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım.....	71
Çizelge 6.Katılımcıların Tercih Ettiği Sağlık Kurumu Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım	72
Çizelge 7.. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım	73
Çizelge 8.Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım	75
Çizelge 9.Hasta Güçlendirme Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım	79
Çizelge 10. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve E-Sağlık Okuryazarlık ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki Analizi.....	88
Çizelge 11. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki Analizi	90
Çizelge 12. E-Sağlık Okuryazarlığı Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Üzerinde Hasta Güçlendirmenin Düzenleyici Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	91
Çizelge 13. Boyutlara Yönelik Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler ve Normallik Test Sonuçları.....	92
Çizelge 14. Cinsiyet Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları	93
Çizelge 15. Medeni Durum Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları.....	95
Çizelge 16. Yaş Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları	96

Çizelge 17.	Eğitim Durumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları	97
Çizelge 18.	Tercih Edilen Sağlık Kurumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları	99

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	E-sağlık Okuryazarlığı Lily (Zambak Modeli).....	21
Şekil 2.	Gilstad (2014)'ın Kapsamlı E-sağlık Okuryazarlığı Modeli	25
Şekil 3.	İlişki Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı.....	63
Şekil 4.	Grup Farklılığı Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı	63
Şekil 5.	Araştırmanın Modeli	67
Şekil 6.	Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	69
Şekil 7.	Medeni Durum Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	70
Şekil 8.	Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	71
Şekil 9.	Eğitim Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	71
Şekil 10.	Tercih Edilen Sağlık Kurumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	72

I. GİRİŞ

Dünyada sağlık alanında da yaşanan ve hızlanarak devam eden değişim ve gelişim rüzgarı, sağlık hizmetlerinde teknoloji ve hasta merkezli bakımı ön plana çıkararak 21.yüzyılın başlarında adını duymaya başladığımız “e-sağlık” adlı yeni ve dönüştürücü bir paradigmanın ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu dönüştürücü paradigma internet, dijital araçlar ve çeşitli elektronik platformlar ile bireylerin bilhassa kronik hastalığı olan bireylerin güçlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca bu bireylerin, sağlıklı yaşam farkındalıklarının artmasına, kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmelerine ve tedavi süreçlerine aktif bir şekilde katılmalarına yardımcı olmaktadır.

E-sağlık okuryazarlığı, “bireylerin elektronik ortamlarda ihtiyaç duydukları sağlık bilgisi arama, bulma, anlama ve değerlendirme beceri” anlamına gelmektedir. Bu becerinin, kronik hastalığı olan bireyler için önemi daha büyüktür. E-sağlık okuryazarlığı bireylere, karşılaştıkları sağlık bilgilerini eleştirel değerlendirebilme, sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olma, sağlıklarıyla ilgili bilinçli karar verme ve tedavileriyle ilgili doğru seçimler yapabilme becerileri kazandırmaktadır. Hemen her şey ile ilgili sınırsız bilgiye ulaşmanın parmaklarımızın ucunda olduğu bilgi çağında, e-sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların yönetimini ve bireylerin sağlıklarını kontrol edebilmeleri için kritik bir önem taşımaktadır.

E-sağlık okuryazarlığı ile birlikte sağlıklı yaşam farkındalığının da önemi giderek artmaktadır. Sağlıklı yaşam farkındalığı, bireylerin sadece fiziksel değil zihinsel ve sosyal iyilik halini de içine alan geniş bir kapsama sahiptir. Sağlıklı yaşam farkındalığına sahip olmak, bireylerin sağlıklarını etkileyen unsurların farkında olmalarını, olumsuz yaşam biçimi davranışlarını değiştirmelerini ve sağlıkları için önleyici tedbir almalarını sağlamaktadır. Bireylerin, e-sağlık uygulamaları sayesinde zaman ve mekan fark etmeksizin sağlıklı yaşam topluluklarıyla bağlantı kurmaları farkındalıklarını artırmalarına yardımcı olmaktadır.

Ancak e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı elektronik sağlık hizmetlerinin potansiyelinin tam olarak ortaya çıkarılmasında tek başlarına yeterli değildir. Bu noktada karşımıza bu ikilinin tamamlayıcısı olarak “hasta güçlendirme” çıkmaktadır. Kronik hastalığı olan bireyler için gerçek dönüşüm gücü bu üç unsurun birbiriyle iç içe geçmesiyle mümkün olur. Hasta güçlendirme, hastaların aktif katılımını, hasta merkezli bakım ve hastaların öz-bakım becerilerini içermektedir. Hastaların güçlendirilmesi, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı temelinde sağlığın geliştirilmesinin, ilaç ve tedavi uyumunun artırılmasının ve genel olarak sağlık hizmeti deneyimlerinden memnuniyetinin artırılmasındaki itici bir güçtür.

E-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirme arasında simbiyotik bir ilişki vardır. Tüm unsurlar birbirinin güçlenmesini ve etkisinin artmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı teknolojinin devamlı gelişmesi ve e-sağlık çözümlerinin daha da yaygınlaşması bu üç unsurun kıymetini daha da artırmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde, e-sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi kapsamında e-sağlık, e-sağlık uygulamaları, sağlık okuryazarlığı, e-sağlığını etkileyen faktörler, kronik hastalıklara ilişkisi ve dünyada ve Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar anlatılmıştır.

İkinci bölümde, sağlıklı yaşam farkındalığı kavramsal çerçevesi kapsamında, sağlık farkındalığı, sağlıklı yaşam, sağlıklı yaşam biçimi davranışları anlatılmıştır.

Üçüncü bölümde, hasta güçlendirmeyle ilgili genel bilgiler, hasta güçlendirmenin sonuçları, etkileyen faktörleri ve kronik hastalıklarla ilişkisi anlatılmıştır.

Dördüncü bölümde e-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığına etkisinde hasta güçlendirmenin düzenleyici rolünü ölçülmesi için yapılan anketlerin analizleri yer almaktadır.

Son bölümde ortaya çıkan analiz sonuçları literatürdeki benzer çalışmalar ile karşılaştırılıp tartışılarak sonuç ve öneriler sunulmuştur.

Bu tezin amacı günümüzde giderek daha önemli bir hale gelen e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirmenin ulusal ve

uluslararası literatürde birlikte ele alındığı bir çalışmanın olmaması ve bundan dolayı gelecekte konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara ışık tutarak rehberlik etmesidir.

II. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

A. E-Sağlık

Dünyada bilgi teknolojilerinin giderek yaygınlaşması bireyler, devletler, sağlık hizmet sağlayıcıları ve hastaların çeşitli bilgi kaynaklarına erişim sağlaması konusunda fırsatlar ortaya çıkarmıştır. Bu fırsatlar sağlık hizmeti sunumunu, eğitimini ve araştırmasını çok daha kolay bir hale getirmiştir (Albertain et al., 2014: 10). Özellikle bilgi iletişim teknolojisi uygulamaları sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunu ve bu sunulan hizmete nasıl erişildiği konusunda ciddi bir değişim ve gelişim yaratmıştır (Olayemi and Abolarinwa, 2023: 31).

Bu değişim ve gelişim insanların çeşitli bilgi kaynaklarına anında ulaşmasını sağlamaktadır. Bu bilgi kaynaklarından birisi de internettir. Artık hayatımızın her yerinde olan internetin, çoğu insanın sağlıkla ilgili bilgiler aramak için kullandığı önemli bir sağlık bilgisi kaynağı olduğu görülmektedir ve özellikle hastalar için daha önemli bir hale gelmektedir (Marton and Choo, 2012: 330-331). Çoğu hastanın elektronik ve web tabanlı bilgi kaynaklarının yaşam kalitelerinde bir artışa sebep olacağına inanmaktadır. Bu inanış hastalar, hastalıklarıyla ilgili sağlık bilgisi ararken elektronik ve web tabanlı kaynakları kullanmaya motive etmektedir (Olayemi and Abolarinwa, 2023: 31).

Elektronik bilgi kaynakları, insanların sağlıklarıyla ilgili bir bilgi edinme aracı ve kaynağı haline gelmesi e-sağlık kavramının ortaya çıkmasını zorunlu kılmıştır. Buradaki ‘e’ harfi, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve yürütülmesinin internet tarayıcıları ile, dijital, süratli, etkinliği yüksek ve elektronik biçimde olduğu anlamına gelmektedir (Kılıç, 2017: 204).

Yirmi birinci yüzyılın başlarında adını duymaya başladığımız e-sağlık (Yaşın ve Özen, 2011: 230), tıp bilişiminin bir alanıdır (Gözlü, 2021: 3). E-sağlık günümüzde sadece “internet tıbbı” olarak değil, bilgisayarla ve sağlıkla ilgili çok

sayıda unsuru içine alan bir kavram haline gelmiştir (Eysenbach, 2001: 1). Modern tıp ve aşılarından ortaya çıkmasından bu yana sağlık hizmetlerindeki en önemli devrim olarak görülmektedir (Sabinay and Gumabay, 2019: 12).

E-sağlığın ilk ortaya çıkmasından beri birçok tanımı yapılmıştır (Oh et al., 2005: 37). Bu tanımlarından birkaçına bakacak olursak, WHO (World Health Organization), e-sağlığı “sağlık literatürü, sağlık eğitimi, hizmetleri, sağlık gözetimi, bilgi ve araştırma dahil olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek bilgi iletişim teknolojilerinin maliyet-etkin ve güvenli kullanımı” olarak tanımlamıştır (WHO, 2016). Eng (2001) ise e-sağlığı “başta internet olmak üzere bilişim ve iletişim teknolojilerinin, hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılması” şeklinde tanımlamıştır (Aydan, 2021: 37).

Eysenbach (2001), e-sağlıktaki ‘e’nin yalnızca “elektronik” demek olmadığını, e-sağlık kavramının daha iyi tanımlanmasını sağlayabilecek “10 e” den bahsetmiştir. Bunlar şunlardır;

- **Efficiency** (Verimlilik)
- **Enhancing Quality of Care** (Bakım Kalitesini Artırmak)
- **Evidence Based** (Kanıt Dayalılık)
- **Empowerment of Patients and Consumers** (Hastaların ve Tüketicilerin Güçlendirilmesi)
- **Encouragement** (Teşvik Etmek)
- **Education** (Eğitim)
- **Enabling** (Mümkün Kılmak)
- **Extending** (Genişletmek)
- **Ethics** (Etik)
- **Equity** (Eşitlik)

Ayrıca Eysenbach (2001), yukarıda belirtilen “10 e” ye ek olarak üç yeni “e” kavramının daha olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu yeni 3 “e” şunlardır;

- **Easy to Use** (Kullanımda Kolaylık)

- **Entertaining** (Eğlendiricilik)
- **Exciting** (Heyecan Verici)

E-sağlık, hastaların sağlık profesyonelleri ile iletişime geçmesini ve sağlık bilgisi almasını sağlayan tüketici odaklı araçlar içermektedir (Demiris et al., 2008: 9). Bu araçlardan bazıları elektronik hasta sağlık kayıtları, sağlık portalları, web siteleridir. Bu araçlar kronik hastalıkların yönetilmesine, hasta-sağlık profesyoneli iletişiminin güçlenmesine ve sağlık bilgilerinin daha kolay erişilebilir olmasına olanak sağlamaktadır (Chan et al., 2009: 86). Hastaların veya insanların bu araçları kullanırken yeterli bir düzeyde bilgi ve yeteneğinin olması lazımdır. E-sağlık, kişilerin sağlık bilgisi ararken bulunduğu sağlık bilgilerinin güvenilirliğini sorgulamasını, sağlık bilgilerinin kalitesini değerlendirebilmesini, sağlık bilgilerinin avantajlarını ve dezavantajlarını anlamasını kapsamaktadır (Norman and Skinner, 2006: 2). Dolayısıyla e-sağlık yalnızca bilgi ve teknolojinin kullanımıyla sağlık hizmetlerinin teknik olarak gelişmesini değil, bu teknik gelişmeyle birlikte zihinsel bir düşünce tutumunu da ele almaktadır (Toygar, 2018: 103-104).

Geçmiş yıllarda hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesi hakkında bilgi vermek sadece sağlık hizmeti sağlayıcılarının rolüken internetin ortaya çıkması bu bilgileri halka açık, çevrimiçi bir hale getirmiştir ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu alandaki tekeli ortadan kaldırmıştır (Valizadeh-Haghi and Rahmatizadeh, 2018: 2).

E-sağlığın gelişimi giderek hızlanmakta ve yenilikçi e-sağlık uygulamaları gün geçtikçe artmaya devam etmektedir (Schuurin and Kauw, 2020: 84). Bu e-sağlık uygulamaları zamana ve mekana göre sınırlandırılmamakta, hastaların güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin değere dayalı bir hale getirilmesi için çözümler sunmaktadır (Heuvel et al., 2018: 2).

Farklı kronik hastalıklara sahip kişilerde yapılan sistemli araştırmalar, e-sağlık uygulamalarının, kronik hastalıkları olan kişilerin hastalıkları kendi kendilerine yönetmesini ve sağlık hizmetlerine hasta katılımının artırılmasında önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir (Shiferaw et al., 2020: 2).

B. E-Sağlık Uygulamaları

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılan elektronik uygulamalar her geçen gün artmaktadır. Bu uygulamalar e-sağlık uygulamalarını oluşturmaktadır. E-sağlık uygulamaları sayesinde sağlık hizmetleri daha ulaşılabilir, ölçümlenebilir ve paylaşılabilir hale getirmektedir. Hastalara sağladığı faydalar ve kolaylıklar e-sağlık hizmetlerine olan ilgiyi artırmaktadır (Toyggar, 2018: 102).

Sezgin (2011) e-sağlık uygulamalarının bireylerin öğrenmek istediği kişisel sağlık bilgilerini zaman ve mekan fark etmeden anında öğrenmesini ve sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli ürünlerin kullanımının artmasını sağladığını, bu sağladığı faydaların kronik hastalığa sahip veya sağlıklı bireylerin hastalığa yakalanmadan hastalığın erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesine yardımcı olabildiğini, hastalıkların erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesi ve diğer kolaylıklar sağlık hizmetlerinin sunulmasında maliyetlerin azalmasına ve verimliliğin artmasına neden olduğunu belirtmiştir.

Aşağıda e-sağlık uygulamalarına örnekler verilmektedir.

1. M-Sağlık/Mobil Sağlık

Mobil sağlık, sağlık hizmeti sunumunda kullanılan tıbbi sensörler, mobil veri işlemleri ve ağ hizmetleri gibi birçok iletişim teknolojisini içine alan bir kavramdır (Liu et al., 2011: 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) m-sağlığı, “cep telefonları, bireysel dijital asistanlar ve kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından kullanılabilen tıbbi uygulamalar ve halk sağlığı uygulamaları” şeklinde açıklamıştır (Olla and Shimskey, 2015: 299). İnsanların sağlıklarıyla ilgili ihtiyaç duydukları bilgilere daha kolay ve hızlı bir şekilde ulaşmasını sağlamaktadır. Ayrıca hastaların acil bir durum olduğunda kablosuz iletişim araçlarını veya diğer mobil sağlık cihazlarını kullanarak sağlık personellerinin daha hızlı organize olabilmesine olanak sağlamaktadır (Işık ve Güler, 2010: 7). Adım sayma, ilaç takibi, nabız ölçme ve uyku düzeni hesaplama gibi m-sağlık uygulamaları sağlığın genellikle koruyucu önlemlerini baz almaktadır (Tezcan, 2016: 45). M-sağlık uygulamaları kronik hastaların sağlık durumlarını kendilerinin takip edebilmesine yardımcı olmaktadır.

Görüldüğü gibi m-sağlık uygulamalarının birçok faydası olsa da eksi yönleri de mevcuttur. Bu eksi yönlere örnek olarak şunlar sayılabilmektedir; depo ve pil haznelerinin çabuk tükenmesi, hatlarda kesinti yaşanabilmesi, internet bağlantısında problemlerin oluşabilmesi ve hastaların kişisel bilgilerinin korunmasının ihlal edilebilmesi (Silva et al., 2014: 630).

M-sağlık uygulamalarına örnek olarak şunlar gösterilebilir:

HES (Hayat Eve Sığar): T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ortaya çıkardığı mobil bir uygulamadır. Covid-19 pandemi döneminde vatandaşlar uygulamayı cep telefonlarına veya bilgisayarlarına yükleyerek buldukları ve gitmek istedikleri çevredeki risk durumunu harita üzerinden takip edebilmesini sağlamıştır (<https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/>, 2023). HES uygulaması üzerinden vatandaşlar kendilerine özel Covid-19 yönünden riskli olup olmadıklarını gösteren HES kodu oluşturarak toplumsal alanlara girişlerde kullanmışlardır (HES: 2).

MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi): Türkiye'de 2010 yılında hizmete giren bir randevu alma uygulamasıdır. Vatandaşlar MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) uygulamasını cep telefonlarına indirerek Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki uygun olan doktor ve tarihte randevu alabilmektedir. Mobil uygulamanın aynı özellikleri taşıyan www.mhrs.gov.tr adlı web sitesi de vardır. Mobil uygulama üzerinden hasta olan vatandaşlar zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın kendi bağımsız mobil cihazları ile randevu alabilir, randevu bilgilerine ulaşabilir ve randevuya gidemeyecekleri zaman oluşturdukları randevuyu iptal yada başka bir tarihe erteleyebilmektedir (Tarcan et al., 2013: 1017).

2. Tele Tıp

Teletıp terimi, sağlık hizmetlerinin hastaneye gitmeden, uzak mesafedeki hastalara bilişim teknolojileri aracılığıyla iletilmesi şeklinde ifade edilmektedir (IQVIA, 2021), ve genellikle klinik uygulama, tedavi ve hasta takibinde kullanılmaktadır (Fox and Duggan, 2012). Teletıp uygulamaları 1960'lı yıllarda ortaya çıkmıştır (Işık ve Güler, 2010: 2). WHO tarafından yapılan teletıp tanımı ise şöyledir: "Birey ve toplumun sağlığını geliştirmek, hastalıkların tanı ve tedavilerinde, hastalıkların önlenmesinde, araştırma veya eğitim için sağlık

profesyoneli tarafından bilgi ve teknolojik imkanlardan faydalanarak, verilen sağlık hizmetini hızlandırmak adına veya hasta-hekim arasında mesafe sorununu çözüm üretmek adına kullanılan uygulamalardır.” (WHO, 2009: 9).

Teletıp bilgi teknolojilerinin kullanılmasıyla hasta ve hekim arasındaki mesafenin ortadan kalkmasını sağlayarak sağlık hizmetlerinin küresel çapta da iyileştirilmesini sağlamaktadır (Dikmetaş and Yabana, 2018: 918-919). Bir hasta uzaktan erişim sayesinde başka bir ülkedeki doktorla iletişime geçerek sağlık bilgilisi ihtiyacını karşılayabilmektedir (Korkmaz ve Hoşman, 2018: 261). Dolayısıyla teletıp hizmetleri uzaktan erişim imkanı sağlaması nedeniyle evde bakım hizmeti alan hastaların hastane ortamının bir uzantısı olarak işlev görmektedir (Dilek ve Özdemir, 2014: 10).

Teletıp uygulamalarının amacı kullanımı insanların sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlı olduğu kırsal kesimler ve cezaevleri gibi yerlerde insanların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerine erişimin artmasıyla maliyetler azalacak ve kronik hastalığı olan bireylerin şikayetlerine daha hızlı bir şekilde müdahale edilebilecektir (Dorsey and Topol, 2016: 155). Teletıp sağlık personellerinin de uzaktan tıbbi eğitim almalarına ve araştırma yapmalarına olanak sağlamaktadır. Nitekim en çok kullanılan şeklinin de bu olduğu ifade edilmektedir.

Teletıp sayesinde, hastalara daha doğru ve hızlı tanı ve teşhis konulması, memnuniyetlerinin artması, sağlık profesyonelleri ile daha etkili iletişim kurabilmesi, sağlık hizmetinin kalitesinin artması, hastalarının sağlıklı kayıtlarına daha hızlı erişilebilmesi ve hastaların uzaktan takip edilmesi sağlanabilmektedir (Korkmaz ve Hoşman, 2018: 252).

Teletıp uygulamalarının kullanım alanına göre adları değişmektedir. Bundan dolayı teleradyoloji, telepsikiyatri, tele konsültasyon gibi terimler karşımıza çıkmaktadır (Hayran, 2012: 176). Bu teletıp uygulamaları daha çok doktorlar tarafından kullanılmaktadır. Doktorların hastalarını takip etmesinde oldukça işe yaramaktadır.

Teletıp uygulamalarının sağlık profesyonelleri ve diğer kullanıcılar açısından bazı faydaları ise şu şekildedir (Asi and Williams, 2018: 115-116):

- Sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırır,

- Kullanıcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini artırır,
- Sağlık hizmetlerine erişim problemlerini azaltır,
- Sağlık hizmeti sunumunun daha koordineli olmasını sağlar,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır,
- Sağlık çalışanlarının ve hasta memnuniyetini artırır,
- Sağlık çalışanlarının online eğitim almasını sağlayarak personel gelişimine katkı sağlar,
- Sağlık hizmetinde koşulların eşitlenmesini ve uygun standartlarda olmasını sağlar,
- Sağlık profesyonellerinin telekonferans yöntemiyle iletişime geçmesiyle aralarındaki iş birliğini artırır (Yıldırım, 2022: 64).

3. Giyilebilir Cihazlar ve Teknoloji

Giyilebilir cihazlar insan vücuduna, giysilere veya diğer aksesuarla kolayca takılabilen elektronik cihazlar olarak ifade edilebilmektedir. Bu cihazların en iyi özelliği cep telefonu veya bilgisayarların yaptığı temel işleri onlar kadar yapabilmesi hatta onlardan daha iyi yapabilmesidir. Giyilebilir cihazlara kafa bantları, küpe gibi görünen işitme cihazları, bileklikler ve gözlükler örnek olarak verilebilmektedir. Bu cihazlar çok çeşitli alanlarda kullanılmaktadır. Bu alanlar fitness, eğitim, engelliler, yaşlılar ve müziktir. Giyilebilir cihazlar özellikle sağlık alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastaların taktığı cihazlar ile uzaktan takip sistemi sayesinde durumlarının kontrol edilmesine ve hastaların hastaneye gelmeden sağlık verilerinin doktora iletilmesini sağlamaktadır. Bu durum hastaların sürekli bir takip altında olması ile koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu e-sağlık uygulaması sayesinde hastalıkların erken teşhis ve tedavi edilmesi sağlanabilir, gereksiz işlerin olmasının engellenmesiyle maliyetlerde düşüş sağlanabilir, sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir, hasta memnuniyeti artar ve hastalar kendilerini daha güvende hissedebilir (Öksüz, 2018: 36).

E-sağlık uygulamalarına daha fazla örnek verecek olursak; ülkemizde kullanılan E-Nabız ve MEDULA uygulamaları, 3D yazıcılar, sanal gerçeklik uygulamaları örnek olarak verilebilmektedir.

C. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramının ilk ele alınması 1974 senesinde Scott K. Simond'ın "Health Education as Social Policy" başlıklı makalesiyle olmuştur (Simonds, 1974). Sağlık okuryazarlığının insanların sağlığı konusunda etkili olacağı fikriyle 90'lı yıllarda tekrar tartışılmaya başlanmıştır. 2000'li yıllara gelindiğinde ise de araştırmalarda daha yaygın kullanılan bir kavram haline gelmiştir (Sezgin, 2013: 77).

Nutbeam (1998), sağlık okuryazarlığını "kişilerin, edindiği bilgileri sağlıklarını koruyacak ve geliştirecek tarzda anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir" şeklinde ifade etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir diğer tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı "bireylerin hayatları boyunca sağlık hizmetleri alma, hastalıkları önleme, sağlık hizmetlerinin kalitesini koruma ve iyileştirme için sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleridir" (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sadece okuma-yazma bilmesinin de ötesinde bir dizi yetilere sahip olmalarını kapsamaktadır. Bu yetiler; ilaçlarını doğru bir şekilde kullanması, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceğini bilmesi, aydınlatılmış onam formlarını anlayabilmesi, kendi hastalık yönetimini başarılı bir şekilde yapabilmesini, kullandığı tıbbi cihaz var ise cihazı nasıl kullanacağını bilmesi ve edindiği sağlık bilgilerini anlama ve değerlendirebilmesidir (Barrett and Puryear, 2006: 691-692).

1. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması

Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını üç düzeyde ele almıştır. Bu üç düzey fonksiyonel, etkileşimli ve kritik sağlık okuryazarlıklarıdır. Bu üç düzey aşağıda kısaca açıklanmıştır.

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin okuma-yazma gibi temel yeteneklerini içermektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kapsamında bireyler sağlıktaki risklerin ve sağlık sisteminin nasıl kullanacakları ile ilgili temel eğitim araçlarını okuyabilme yeteneğine sahip olmaktadır (Erdağ, 2015: 3; Nutbeam, 2000: 266). Bu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireyler randevu alabilir, reçetelerini okuyabilir ve ilaç prospektüslerini okuyabilme becerisine sahiptir (Parker et al., 1995: 537).

Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı: İnteraktif sağlık okuryazarlığı olarak da bilinmektedir. Bireylerin gelişmiş bilişsel, sosyal becerilere ve okuryazarlığa sahip olmaları anlamına gelmektedir. Sağlık aktivitelerine aktif bir şekilde katılmalarını ve sağlıklarıyla ilgili koşulların değişmesiyle kendilerinde var olan sağlık bilgilerini yeni duruma adapte edebilme yeteneğine sahiptirler (Erdağ, 2015: 3). Sağlık eğitimi yaklaşımının sonuçlarını yansıtmaktadır ve Bireylerin yeteneklerini destekleyici bir atmosferde geliştirmesine odaklanmaktadır. Bireylerin bağımsız hareket etme kapasitesini geliştirmeye ve bilhassa bireylerin kendisine güvenme ve aldıkları tavsiyelere göre hareket etme motivasyonlarını artırmaya yöneliktir. Buradan da anlaşılacağı üzere etkileşimli sağlık okuryazarlığı toplum yararından ziyade bireysel fayda ile sonuçlanmaktadır (Aydan, 2021: 32)

Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Üst seviye bilişsel ve sosyal becerilerin yanında eleştirel beceriyi de içermektedir. Bireyler bu beceriler sayesinde sağlık verilerini analiz edebilir, sadece kendisinin değil toplumun da kapasitesini artırabilmektedir. Ayrıca sağlığın siyasi ve ekonomik boyutlarını anlayabilir ve yorumlayabilmektedir (Nutbeam, 2008: 2075).

Sağlık okuryazarlık düzeylerinde arasında en ileri düzeyi ifade eden bu sağlık okuryazarlık düzeyine erişmiş bireyler sağlıkla alakalı normal değerlerle yaşamsal değerlerin ne olduğunu bilmekte ve bu değerlerde bir değişiklik olması halinde davranışlarını değiştirme yoluna gitmektedirler (Betz et al., 2008: 232). Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerini incelemek için farklı davranış tarzlarının politik fizibilitesini ve bilgi iletişim becerilerinin yükseltilmesini içermektedir. Kritik/eleştirel sağlık okuryazarlığı açık bir şekilde bireyin faydasının yanında toplum faydası ile de ilişkilendirilmektedir (Aydan, 2021: 32).

2. Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları ve Önemi

Dünyada koruyucu sağlık hizmetlerinin gittikçe önem kazanması ve hasta merkezli sağlık anlayışının yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin belirleyici bir unsuru olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bakımları konusunda üzerlerine düşeni bilinçli ve gerektiği bir biçimde yapabilmesi, hastaların sağlık profesyonelleri ile daha iyi iletişim kurabilmesi ve sağlıklarını kaybetmemelerini veya sağlıklı kalmalarını sağlayacak davranışları konusunda ne yapıp veya yapmamalarını öngörebilmeleri açısından önemlidir.

Bireylerin kendi sağlık durumları ile ilgili bilgi edinilmesinde ve karar almaları gereken durumlarda birinci derecede sorumlulukları vardır. Bu sorumluluğun başarılı bir şekilde yerine getirilmesi ancak yüksek düzeyde sağlık okuryazarlıkla mümkün hale gelmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek olan bireyler herhangi bir hastalık durumunda nereye başvuracağını bilme, doktorun yazdığı reçetede ilaçlarını doğru bir şekilde kullanabilme ve toplumun sağlık kapasitesini faydada bulunabilme becerilerine sahiptir (Sezer ve Kadioğlu, 2014: 165-166).

Yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığının hastaların sağlıkları konusunda karar verme süreçlerine katılmasına, hastaların bilgi düzeyinin artırılmasına, hasta memnuniyetinin artırılmasına ve tedavi sürecinin daha verimli ilerlemesine fayda sağladığını ortaya koymuştur. Bu araştırmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin ise birinci basamak sağlık hizmetlerinden az faydalandıkları, reçetede verilen ilaçları doğru kullanmadığı, olması gerekenden daha geç sağlık kuruluşuna başvurduğu, yeterli düzeyde kişisel bakım ve hijyene dikkat etmediği ve toplumsal sağlık giderlerinde gereksiz artışa sebep oldukları görülmüştür. Nitekim birinci basamak sağlık hizmetlerine yani koruyucu sağlık hizmetlerine daha az başvuran düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerde malignite gibi erken tanı gerektiren durumların zamanında teşhis edilememesine, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına sebep oldukları belirtilmektedir (Tokuda et al., 2009: 415-416).

Başka araştırmalarda az gelirli ülkelerde kronik hastalık oranlarının daha yüksek olduğu, eğitim seviyelerinin düşük olduğu görülmüştür. Bu özellikler

bireylerin sağlık durumları ile doğrudan ilişkilidir. Düşük eğitim seviyesinin stresi artırdığı, bireylerin öz-yeterlilik ve öz-yönetim becerilerini düşürdüğü daha da önemlisi genel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediği görülmüştür. Ayrıca bu çalışmalarda eğitim seviyesi düşük olan kadınların sağlık okuryazarlık oranların daha düşük olduğu önemli bir husus olarak dikkat çekmektedir Kadınların ekonomik durumu ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalarda da geliri giderinden fazla olan kadınların, geliri giderene eşit ya da geliri giderinden daha az olan kadınlara göre sağlık okuryazarlığı anlamlı bir şekilde daha yüksektir (Schaffler et al., 2018: 520-521).

Kronik hastalığı olan bireylerde, özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerde, hastalık yönetimi ve ilaç uyumu daha önemlidir. Araştırmalar ekonomik olarak iyi düzeyde olmayan ve sağlık okuryazarlık seviyesi düşük yaşlıların ilaç uyumunda zorluk yaşadığını (Dubay and Lebrun, 2012: 621-622) ve yüksek riskli sağlık davranışları gösterme ihtimallerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Stewart et al., 2015: 33).

Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin veya düşük yüksek olmasının sonuçları vardır. Bu sonuçlar yapılan çok sayıda çalışmada ortaya konmuştur. Bu sonuçlara istinaden sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek ve düşük olan bireylerin özellikleri maddeler halinde örneklerle şu şekilde açıklanabilmektedir:

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylerde:

- Koruyucu sağlık hizmeti kullanım oranı azdır (Scott et al., 2002: 396),
- Acil servis kullanım oranları daha fazladır,
- Sağlık algıları daha düşük düzeydedir,
- Diyabet hastası olanlar kan şekeri test sonuçlarını daha az kaydetmektedir,
- İlaç uygulama hataları daha fazladır,
- İlaç etiketi/reçetedeki bilgileri anlama konusunda yetersizdirler,
- Hastalıkları hakkında daha az bilgi sahibidirler,

- Komplikasyon yaşama ihtimalleri daha fazladır (Powell et al., 2007: 145),
- SOY seviyesi düşük anneler bebeklerini daha az süre emzirir,
- Fiziksel ve mental fonksiyonları daha kötüdür (Kim, 2009: 2337),
- Hastanede kalış süreleri daha uzundur
- Karmaşık sağlık formu doldurmada yetersizdirler,
- Doktorlar ile hastalık öykülerini paylaşırken zorluk yaşarlar,
- Sağlık hizmetini alacakları yeri bulmada zorluk yaşarlar (Aydan, 2021: 34).

Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan bireylerde:

- Kronik hastalıkların takibi ve tedavileri daha kolaydır,
- Hasta güvenliği daha yüksektir,
- Sağlık hizmetlerine erişimi daha kolaydır,
- Gereksiz sağlık harcamaları daha azdır,
- Sağlık profesyonellerinin kullandıkları kelimeleri daha iyi anlarlar,
- Hasta eğitim broşürlerini daha iyi anlarlar,
- Tedavilere daha iyi uyum gösterirler,
- Tıbbi durumlarına ilişkin bilgileri daha iyi ifade edebilirler,
- Tedavileri ile ilgili karar verme sürecine aktif bir şekilde katılırlar,
- Kendi sağlıkları üzerinde daha fazla sorumluluk sahibidirler,
- Kendi sağlığı ile beraber toplum sağlığı içinde bir şeyler yapması gerektiğinin farkındadır,

Sağlık okuryazarlık düzeyine bağlı olarak yukarı sayılan tüm olumlu ve olumsuz özellikler ve sonuçlar sağlık okuryazarlığının önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Yaşadığımız dönemde, sağlık hizmetlerinde nitelik ve sunum açısından değişimlerin olması, eskiye göre sağlık hizmetleri ve sağlık bilgisine

erişilebilirliğinin artarak daha basit hale gelmesi ve bireylerin seçim yapma şanslarının olması sağlık okuryazarlığının öneminin daha kritik bir hale gelmesini sağlamıştır (Aydan, 2021: 34).

Sonuç olarak kronik hastalıkların önlenmesi, sağlık maliyetlerinin azaltılması ve bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından sağlık okuryazarlığını artırmaya çalışmak bireyin, sağlık kurumlarının ve hükümet politikalarının önemli bir stratejisi olmalıdır.

D. E-Sağlık Okuryazarlığı

Yirmi birinci yüzyılın başlarında sağlık eğitimi alanında ön plana çıkmaya başlayan e-sağlık “sağlık ve teknolojinin bir arada kullanılarak sağlık hizmetlerini kolaylaştıran geniş bir elektronik uygulama yelpazesi” olarak tanımlanmaktadır (Atkinson and Gold, 2002: 495). E-sağlık uygulamaları günümüzde çok yaygın bir kullanım alanına sahiptir (Gilstad, 2014: 1). Yaygın kullanım ağına sahip e-sağlık uygulamalarından elde edilecek faydaların maksimum düzeyde olması e-sağlık okuryazarlığını daha da önemli bir hale getirmiştir. Bilgi iletişim teknolojisinin, mobil cihaz ve internet kullanımının artarak ve gelişmesiyle birlikte sağlık hizmeti alanında da çok sık kullanılmaya başlanması sağlık okuryazarlığının da ötesinde e-sağlık okuryazarlığı teriminin doğmasına sebep olmuştur (Yılmaz, vd. 2020: 150).

E-sağlık okuryazarlığının tanımını Norman ve Skinner (2006) “elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arayabilme, bulabilme, anlayabilme ve değerlendirme ve bu bilgileri bir sağlık sorununu ele almak veya çözmek için uygulama yeteneği” şeklinde ifade etmiştir. Bundan dolayı e-sağlık okuryazarlığı e-sağlık uygulamalarından direkt olarak fayda sağlamak için kullanıcıların belli bir dizi ana beceriye sahip olması gerekmektedir. Bu beceriler bireylerin teknolojiyle çalışabilmesini, medya ve bilim ve sağlık konularında eleştirel düşünebilmesini ve çeşitli çevrimiçi bilgi araçları ve kaynakları arasında gezinebilmelerini gerektirmektedir. Bireylerin temel sağlık okuryazarlık becerilerinin artması cinsiyet, yaş, gelir durumu ve eğitimden bağımsız olarak sağlık sorunlarını çözmek veya bilgi ihtiyaçlarını karşılamak için elektronik bilgi iletişim ve kaynaklarını etkin bir şekilde kullanabilmelerine yarayan becerileri geliştirecektir (Norman and Skinner, 2006: 2).

Özellikle Covid-19 pandemisinden sonra tüm dünyada tele-sağlık, mobil uygulamalar, sosyal medya ve sağlık içeriği üreten internet siteleri gibi e-sağlık teknolojilerine olan ihtiyaç çok artmıştır (Fagherazzi et al., 2020: 2). İnternetin artık hayatımızda en önemli sağlık bilgisi kaynağı haline geldiği ve sağlık bilgisi edinmek isteyen bireylerin sağlık problemlerini anlaması ve doktorlarla iletişime geçmesi için etkili bir yol olduğu görülmektedir (Ergün, vd. 2019: 195).

İnternet, sağlık bilgilerini bulmak için çok geniş bir kullanım alanına sahiptir. Üstelik bu sağlık bilgilerine erişilmesini ciddi derecede kolay bir hale getirmektedir. Bundan dolayı bireyler interneti sağlık bilgilerine erişebilmek için sık sık kullanmaktadır (Madden and Fox, 2006: 1-3). Kullanıcılar hastalıkları ve doktorlar ile ilgili bilgilere ulaşabildiği gibi kendisine verilen reçete bilgilerine, ilaç içerikleri ve aynı hastalıktan mustarip kişilerle iletişim kurabilmektedir (Ulus ve Gürkan, 2011: 44).

Ne yazık ki internet, e-sağlık uygulamalarının ve teknolojinin mevcudiyeti bireylerin sağlık hallerinin otomatik olarak iyiye gideceği anlamı taşımamaktadır. E-sağlık hizmetleri eğer onları etkin bir şekilde kullanacak beceriye sahip olamayan kişiler tarafından kullanılıyorsa çok az değer sağlayacaktır (Norman and Skinner, 2006a: 1-2). İçerisinde birçok bilgi bulunan internet ortamında sağlıkla ilgili kalitesiz, yanlış ve yanıltıcı bilgiler de bireylerin çok ciddi sağlık sorunları yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu noktada internette güvenli bir şekilde gezinme ihtiyacının önemi vurgulanmaktadır. Bundan dolayı internetteki sağlık bilgilerini, e-sağlık uygulamaları ve diğer teknolojileri etkili bir şekilde kullanmak için e-sağlık okuryazarlık bir ön koşul olarak görülmektedir (Olayemi and Abolarinwa, 2023: 32).

E-sağlık okuryazarlığı, diğer okuryazarlık türlerinden farklıdır. Bu farkın nedeni e-sağlık okuryazarlığının diğer okuryazarlık türlerinin kabiliyetlerinin çeşitli yanlarını birleştirmesi ve bu kabiliyetlere e-sağlık uygulamalarını entegre etmesidir. E-sağlık okuryazarlığı, bireyin kullandığı teknolojiden, sağlık sorunundan, eğitim durumundan ve bireyin bilgi arama motivasyonundan etkilenmektedir.

E-sağlık okuryazarlığının diğer okuryazarlık türlerine benzer olarak dinamik bir yapısı vardır. Ortaya yeni teknolojiler çıktıkça, bireyin kendisi,

çevresi ve sosyal hayatı değişime uğradıkça zaman içinde gelişim gösteren süreç odaklı bir beceridir. Bireylerinin düşünme ve hareket etme biçimlerini organize eder, onları güçlendirir ve e-sağlık kaynaklarını kullanarak hasta katılımının artmasını sağlamaktadır (Norman and Skinner, 2006b: 2).

Çevresel ve sosyal faktörlerin sağlık üzerinde etkisinin giderek daha çok anlaşılmasıyla sosyal medya daha göz önünde bulundurulması gereken bir konu haline gelmiştir. Sosyal medya, “internet tabanlı internet tabanlı platformlarda özellikle sosyal bileşenler içeren davranış biçimlerinin üretildiği servisler” olarak tanımlanmıştır. Bu servisler geniş kapsamlı içerikler sunmaktadır. İnsanlar bu platformlar üzerinden zengin kaynak paylaşımı yapabilir, bilgiye erişebilir, sosyal ve kişisel etkileşimlerde bulunabilmektedir (Heidemann, 2010: 263). Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal medya kullanımı sonrası ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisi öğreniminin arttığı ve hastalık yönetiminde önemli bir rolü olan özyönetim becerilerini desteklediği görülmüştür (Ruehlman et al., 2012: 328).

Sosyal medya araçlarının sağladığı bu faydaları gören sağlık kurumlarının sosyal medya platformlarından sağlık bilgileri paylaştıkları görülmektedir (Gao et al., 2015: 21). Sosyal medyanın bu şekilde çevrimiçi sosyal paylaşım alanları yaratması sağlık yönetimini doğrudan etkilemekte, hastalığı olanların hastalıkları ile ilgili sağlık bilgisi ve tecrübelerini diğer insanlarla paylaşmasına vesile olmaktadır (Coiera, 2013: 23).

Dünyada kronik hastalığa sahip insan sayısının fazla olması ve bu çok sayıdaki insanın sağlık hizmetine ihtiyacının olması, sosyal medyanın sağlık konusunda kullanımını ön plana çıkaran unsurlardan biri olmuştur. Bu durum sosyal medyanın kritik önemde bir sağlık hizmeti aracı olarak görülmesine neden olmuştur. Sosyal medyanın sağlık hususunda sosyal destek sağlaması ve bu bağlamda kronik hastalıkların yönetimi ve sağlığın geliştirilmesi için sürekli yeni iletişim stratejilerine olan ihtiyaç sosyal medyanın bu konudaki kritik önemini artırmaktadır (Mendi, 2015: 285-286).

Teknoloji gelişim ve değişim gösterdikçe bireylerin sağlık okuryazarlık becerileri için gerekli olan gereksinimler de değişim ve gelişim göstermektedir. Bu değişim ve gelişimin çok hızlı olması sağlık okuryazarlığının da bir yaşam boyu öğrenme süreci haline gelmesine sebep olmuştur. Bu süreç hem yeni ve

geçerli bilgilerin sürekli olarak öğrenilmesini hem de eski ve zararlı bilgilerin unutulmasını içerdiği için etkili e-sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin de devamlı gelişmesini zorunlu bir hale getirmiştir (Xie, 2011: 1797).

Sağlık bilgi teknolojilerinin, sağlık bilgilerini iletme gibi birçok sağlık alanında kullanımının yaygınlaşması bireylerin okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği görülmüştür (Berkman et al., 2010: 11). Yapılan araştırmalar sonunda hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık bilgi teknolojilerinden edindiği bilgilerin sağlık çıktılarıyla bağlantılı olduğu ortaya konmuştur. Daha yüksek e-sağlık okuryazarlık becerisine sahip hastaların hekimleriyle çevrimiçi ortamda daha fazla etkileşim kurduğu ve sağlık davranışlarını yönetme konusunda daha iyi oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Connolly and Crosby, 2014: 45-46; Neter ve Brainin, 2012: 1). Wu ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir başka çalışmada da sosyal medya ağlarından hekimleri takip edip gönderilerine karşı etkileşimde bulunma ile e-sağlık okuryazarlık arasında pozitif bir ilişki.

Yapılan bilimsel araştırmalarda da görüldüğü üzere e-sağlık okuryazarlığı, kişilerin elektronik/çevrimiçi ortamdaki sağlık bilgisi sunan kaynaklardan edinilen bilgilerden faydalanmalarıyla sağlık çıktılarına olumlu yönde artırımları için gerekli olan yeteneklerini doğrudan etkilediği için değeri ve önemi giderek artmaktadır (Zhou and Fan, 2019: 2455).

1. E-Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

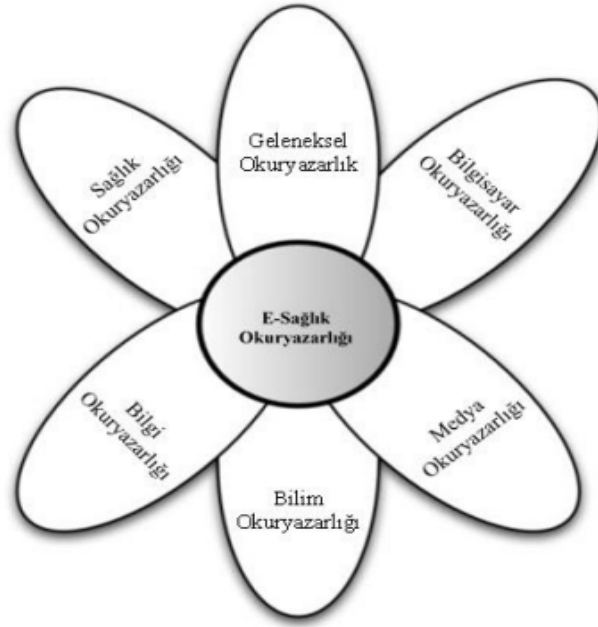
E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin sadece çeşitli sağlık kaynaklarından elde ettiği sağlık bilgilerini okuma ve anlama becerisini aşan çok boyutlu bir yapıdır. Bu yapıların birbiriyle olan bağı farklı modeller aracılığıyla anlatılmaya çalışılmıştır (Aydan, 2021: 41). Bu bölümde Norman ve Skinner (2006) ve Gilstad (2014)'ın modeli anlatılacaktır.

a. Norman ve Skinner'ın Lily (Zambak) Modeli

Norman ve Skinner (2006b), e-sağlık okuryazarlığı için bir metafor olarak zambağı kullanarak Lily (Zambak) modelini geliştirmişlerdir. Bu modelin e-sağlık okuryazarlığı alanında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Lily modeline göre e-sağlık okuryazarlığı altı okuryazarlık becerisinden oluşmaktadır. Bu altı okuryazarlık şunlardır;

- Geleneksel okuryazarlık
- Sağlık okuryazarlığı
- Bilgi okuryazarlığı
- Bilgisayar okuryazarlığı
- Bilim okuryazarlığı
- Medya okuryazarlığı

Şekil 1’de görüldüğü üzere zambağın yaprakları altı okuryazarlığı temsil etmektedir. Merkez yer alan e-sağlık okuryazarlığı bu okuryazarlıkları birbirine bağlamaktadır. Nitekim e-sağlık okuryazarlığının diğer okuryazarlıklardan en bariz farkı bu altı okuryazarlık türünün özelliklerini birleştirmesidir.



Şekil 1. E-sağlık Okuryazarlığı Lily (Zambak Modeli)

Kaynak: (Norman and Skinner, 2006: 3)

Zambak modelinde yaprakları oluşturan okuryazarlıklar iki ana bölümde incelenmektedir. Bu ana bölümler;

- **Analitik:** Geleneksel okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve bilgi okuryazarlığını kapsamaktadır. Konu veya durumdan/bağlamdan bağımsız olarak çok çeşitli bilgi kaynaklarına uygulanabilen becerileri içermektedir (Aydan, 2021: 43).

- **İçeriğe özgü:** Bilgisayar okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığını içermektedir. Daha çok duruma özgü becerilere odaklanmaktadır.

Analitik bileşenler çok çeşitli konuları araştırmak için uygulanabilmektedir. Bağlamsal/içeriğe özgü bileşenler sorunun kendi koşulları içerisinde değerlendirilmesini içermektedir. Örneğin bilgisayar okuryazarlığı, bilgisayarın modeline, içindeki işletim sistemine ve hangi işlevsel amaç için kullanıldığına bağlıdır.

Elektronik sağlık kaynaklarını etkin bir şekilde kullanmak analitik ve içeriğe özgü/baglamsal becerilerin bir arada kullanılmasını gerektirmektedir (Norman and Skinner, 2006: 6).

Aşağıda e-sağlık okuryazarlığını oluşturan altı temel okuryazarlık becerileri kısaca anlatılmıştır.

Geleneksel Okuryazarlık: Metinleri okuyabilme, anlayabilme ve yazabilme becerilerini içermektedir. Temel okuryazarlık becerilerini kapsamaktadır. İnternetteki web siteleri büyük çoğunlukla metin tabanlı olduğu için bu kaynaklardan bilgi elde edebilmek için temel okuma-yazma becerisi önemlidir. Bu noktada geleneksel okuryazarlığın sadece okuma yazma becerisi olarak görülmemesine dikkat edilmelidir. Geleneksel okuryazarlık eleştirel düşünceye izin veren bir anlayışla yazılı metni kavrama anlamına gelmektedir (Aydan, 2021: 43; Content Area Literacy, 2021).

Bilgi Okuryazarlığı: Günümüzde bilginin üretilmesi ve bilgili olunmasının kıymeti, bolluğu ve çeşitliliği çoğalmış bundan dolayı da yaşamakta olduğumuz çağ “bilgi çağı” olarak anılmaya başlanmıştır (Başaran, 2005: 168). İnternet kullanımının yaygınlaşması, bilgi yığınları arasında bilinçli bir şekilde tarama yapma, ihtiyaç duyulan bilgiye ulaşma ve bilgilerin eleştirel bir şekilde değerlendirme beceresine sahip olunmasını gerektirmektedir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010: 293). Bilgi okuryazarlığı tam da bu kapsamda ortaya çıkmıştır ve bireylerin “bilgiye ihtiyaç duyduğunu fark etmesi, ihtiyaç duyulan bilgiye erişmesi, erişilen bilginin yorumlanıp değerlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Kurbanoğlu, 2010: 727). Bilgi okuryazarlığı yalnızca uygulama şeklinde değil, bilginin üretimine de katılan sosyal süreçler olarak da düşünülebilmektedir. Bilgi okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişilerin herhangi bir

konu ile ilgili bilgi edinmek için hangi kaynakları kullanabileceğini, doğru arama metotlarının ne olduğunu ve sonuçları filtreleme kabiliyeti vardır (Norman and Skinner, 2006: 8). Bilgi okuryazarlığı, diğer okuryazarlık türlerinin becerilerini destekler ve geliştirir. Hatta bazılarına göre, diğer okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesi için bilgi okuryazarlığı bir ön koşuldur (Kurbanoglu, 2010: 739). Bu ifade, bilgi okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır ve diğer okuryazarlık alanlarıyla ilişkisinin güçlü olduğunu belirtmektedir.

Medya Okuryazarlığı: Medya okuryazarlığı çeşitli medya türleri ve platformlarındaki görsel, işitsel, basılı gibi farklı medya mesajlarına erişebilme, bu mesajları eleştirel bir bakış açısıyla analiz edebilme ve değerlendirebilme yeteneği olarak ifade edilebilmektedir. Ayrıca, bireylerin kendi medya iletilerini üretebilme becerisine de vurgu yapmaktadır. Solmaz ve Yılmaz (2012) tarafından yapılan tanıma göre ise medya mesajları, kurgusal öğeler içeren, çeşitli değerleri ve ideolojileri taşıyan ve ekonomik, sosyal, estetik çıkarlar doğrultusunda üretilen iletiler şeklinde ifade edilmiştir. Bu mesajlar, televizyon, sinema, internet gibi farklı medya platformlarında yayımlanmakta ve genellikle izleyicilerin düşünce, duygu, inanç ve davranışlarını etkilemeyi amaçlamaktadır. Medya içeriği ve kapsamında, medya okuryazarlığı, bireylerin bilgiyi sosyal ve politik alanda yerleştirmesini ve pazar, gözlemci bağlamında ve medya biçimlerinin, kendi aralarında mesajları nasıl şekillendirdiği gibi, içeriklere önem vermelerini sağlayan bir beceri olarak da tanımlanmaktadır (Feuerstein, 1999: 3).

Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık bilgilerinin doğru bir şekilde anlaşılmasını, erişilebilmesini, değerlendirilmesini ve uygulanmasını gerektiren bir beceri setini içermektedir. Bireylerin sağlıkla ilgili terimleri ve kavramları anlamaları, sağlık bilgilerinin güvenilirliğini ve kaynaklarını değerlendirmeleri, sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmaları ve sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde katılmaları sağlık okuryazarlığı becerilerine örnek olarak verilebilmektedir (Sorensen et al., 2012: 3). Ayrıntılı bir şekilde “Sağlık Okuryazarlığı” bölümünde anlatılmıştır.

Bilgisayar Okuryazarlığı: Bilgisayar artık hayatımın her alanında kullandığımız bir teknoloji haline gelmiştir. Bundan dolayı bilgisayar okuryazarlığı becerilerine sahip olunması son derece önemlidir (Yanık, 2010: 371). Bilgisayarın nasıl açılacağı, klavye ve fare kullanımı gibi basit temel

bilgilerden, internetten güvenli alışveriş yapmaya kadar geniş bir alanı kapsamaktadır (Chan et al., 2009: 86).

Bilim Okuryazarlığı: Bireylerin bilimsel bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneklerini ifade etmektedir. Bu bağlamda kapsamının oldukça geniş olduğu anlaşılmaktadır (Laugksch, 2000: 71). Yeterli eğitime ve bilimsel bakış açısına sahip olmayan kişiler çevrimiçi kaynaklarındaki sağlık bilgilerini anlamada zorluk yaşamaktadır. Bilim okuryazarlığı bu sağlık bilgilerini anlama ve araştırma için ilişkisel olarak, bu bilgilere ihtiyaç duyan bireylerin bilimin sistematiğini, ilerleyen araştırma süreçlerini ve bunun getirilerini ve kısıtlarını anlamasını sağlamaktadır (Norman and Skinner, 2006: 8). Hastaların kendi sağlıkları ile ilgili problemler yaşaması durumunda daha doğru, niteliği yüksek kararlar verebilmeleri için bilimsel okuryazarlıklarının iyi düzeyde olması gerekmektedir (Gilstad, 2014: 66). Bilim dünyası hızla ilerlerken, bilimsel makaleler, araştırma raporları, yayınlar ve bilimsel medya haberleri gibi kaynaklardan bilgiye erişmek önemlidir. Bilim okuryazarlığı seviyesinin artması sayesinde bireylerin, bu kaynakları eleştirel bir gözle değerlendirebilme, doğru ve güvenilir bilimsel bilgiyi ayırt edebilme yeteneğini artacaktır.

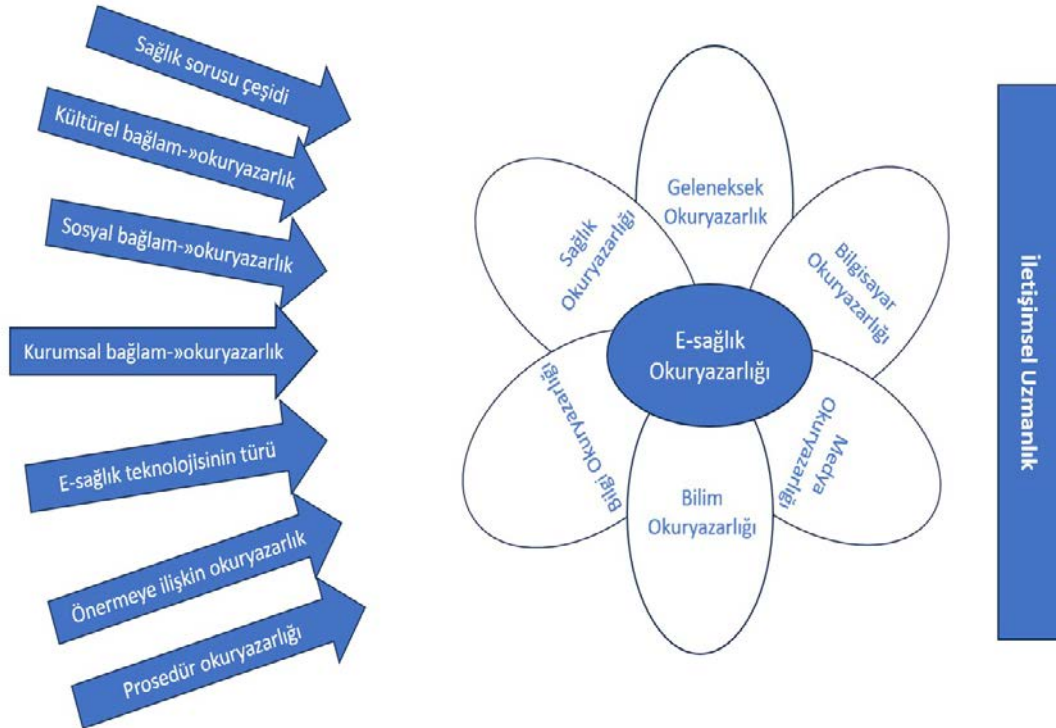
Anlatılan altı okuryazarlık türü bireylerin e-sağlık deneyimlerinin optimize edilmesi açısından birleşmektedir. Bireyler bu altı okuryazarlık türünün becerilerinin hepsinde bir uzmanlığa sahip olamasa da e-sağlık uygulamalarından etkin bir şekilde faydalanmak için kişinin bu okuryazarlıkların hepsinde en az orta seviye okuryazarlık becerisine sahip olması gerekmektedir (Shiferaw et al., 2020: 2). Nitekim herhangi birindeki düşük seviye okuryazarlık bireyin e-sağlık uygulamalarını kullanması için engel teşkil edebilmektedir (Chesser et al., 2016: 2).

Kronik hastalığı olan bireyler ve hastalığa yakalanma şansı fazla olan yaşlılar açısından bakıldığında altı okuryazarlık içerisinde sağlık ve bilgisayar okuryazarlığı daha çok dikkat edilmesi gereken bir konudur. Çünkü bu okuryazarlık türleri statik özelliğe sahip değildir ve bu durum özellikle yaşlı hastalar için dijital uçurumun oluşmasına sebebiyet verebilir (Tennant et al., 2015: 3).

Norman ve Skinner (2006)'nın Lily modelinin hem kendisi hem de başka araştırmacılar tarafından bazı yönlerden eksik kaldığı söylenmiştir (Norman, 2011: 2). Araştırmacılar bu sebeple yeni modeller geliştirmeye çalışmışlardır (van der Vaart et al., 2013; Xie, 2011: 1797). Bu araştırmacıardan biri olan Gilstad, e-sağlık okuryazarlığını “kültürel bağlam”, “kurumsal bağlam” ve “e-sağlık teknolojisi türü” gibi bağlamsal faktörlerle birlikte ele alarak yeni bir model geliştirmiştir (Gilstad, 2014: 67-69).

b. Gilstad'ın E- Sağlık Okuryazarlığı Modeli

Gilstad (2014), Norman ve Skinner'ın ortaya koymuş olduğu “Lily” modelinin, e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili önemli unsurlarını içermesine rağmen bazı önemli unsurları gözardı ettiğini söyleyerek yeni bir model ve tanım önermiştir. Gilstad, kapsamlı bir e-sağlık okuryazarlığı modelinde olması gerektiğini düşündüğü bazı analitik kavramları modele dahil etmiştir. (Aydan, 2021: 44)



Şekil 2. Gilstad (2014)'ın Kapsamlı E-sağlık Okuryazarlığı Modeli

Kaynak: (Gilstad, 2014: 7; Aydan, 2021: 46)

Şekil 2'de görüldüğü üzere Gilstad (2014), Lily modeline, prosedür okuryazarlığı, önerme okuryazarlığı, iletişimsel uzmanlık sosyal bağlam,

kurumsal bağlam ve kültürel bağlam gibi bazı kavramsal okuryazarlıkları, sağlık sorusunun türü ve e-sağlık teknolojisinin türü gibi farklı unsurları eklemiştir.

Bu unsurlardan bazıları aşağıda açıklanmıştır:

Prosedür okuryazarlığı: Teknolojik araçları kullanabilmek ve anlamlandırabilmek için gereklidir. Uygulama yönelik okuryazarlık türü olarak da ifade edilmektedir. Prosedüre ilişkin bilgileri, işlerin nasıl yapılacağını ve nasıl davranılacağını içermektedir. Gilstad, gelecekte teknolojinin gelişmesiyle e-sağlık uygulamalarının nasıl faydalı bir şekilde kullanılacağını bilmek için prosedür okuryazarlığına sahip olunmasını gerektiğini belirtmiştir. Bireylerin e-sağlık teknolojileri ile ilgili yeteneklerine göre kapsamlı eğitim ve öğretim görmeleri gerekmektedir. Çünkü kimi hastalar ışığı yakmak için düğmeye basmak gibi temel el becerisi gerektiren becerilere muhtaçken kimi hastalar kan şekeri düzeylerini ve tansiyonlarını ölçmek için gerekli olan daha kapsamlı tıbbi eğitimden yoksundur (Gilstad, 2014: 5).

Bağlamsal ve kültürel okuryazarlık: Sağlık hizmetleri için kullanılacak olan e-sağlık çözümleri kullanıcıların kültürel özellikleri dikkate alınarak tasarlanmalıdır. Sunulan bilgiler anlaşılabilir ve kullanıcıların günlük yaşantısıyla bağlantılı olmalıdır. Çünkü bireyler sağlık profesyonellerinin verdiği bilgileri ve tavsiyeleri kendi kültürel birikimlerine göre değerlendirmektedir (Aydan, 2021: 45; Sezgin, 2013).

İletişimsel uzmanlık: Bireylerin iletişim becerileri, stratejileri ve teknikleri kullanarak etkili iletişim kurma yeteneğine sahip olma durumunu ifade etmektedir. Farklı iletişim türlerinde (sözlü, yazılı, sözsüz) etkili iletişim becerilerine sahip olmayı gerektirebilir. Ayrıca, insanların duygusal tepkilerini anlamak, empati kurmak gibi sosyal ve duygusal zekâyı da içermektedir. Bu konuda uzman olan kişiler kendilerinin veya yakınlarının sağlık sorunlarını sağlık çalışanlarına daha iyi iletebilirler. E-sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin tüm bu özelliklere sahip olma olasılığının daha fazla olacağı kaçınılmaz bir gerçektir.

Gilstad, ayrıca bir olaya ilişkin yaşanan bedensel deneyimin kişiye özgü olduğunu, başkalarının yaşadığı deneyimlerinin hissedilemeyeceğini belirtmiştir ve bu bakımdan iyi bir e-sağlık okuryazarı olmanın temel unsurun olarak önel

bir sağlık problemini belirleme ve bunu eleştirel olarak bir tür sağlık sorusunu aktarma yeteneği olduğunu söylemiştir (Aydan, 2021: 45).

Gilstad ortaya koyduğu bu model doğrultusunda e-sağlık okuryazarlığını “bir sağlık sorununu tespit edip tanımlamak amacıyla, iletişim kurma, araştırma, anlama, değerlendirme ve e-sağlık bilgileri ile refah teknolojilerini durumsal, sosyal ve kültürel perspektifte uygulayarak edinilen bilgilerin sağlık sorununun çözülmesi için eleştirel bir şekilde kullanma yeteneği” şeklinde ifade etmiştir (Aydan, 2021: 46).

2. E-Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Birbirinden farklı birçok becerinin birleşiminden oluşan e-sağlık okuryazarlığı, kişisel özellikler, davranışsal, ekonomik ve kültürel gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Akomolafe, 2014: 2-3). Kronik hastalığa olan birey sayısının hızlı bir şekilde artması e-sağlık düzeylerini ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin araştırılmasını daha acil ve önemli hale getirmiştir (Shiferaw et al., 2020: 2).

Bu bölümde e-sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir durumu açıklanacaktır.

Yaş: Eysenbach’ın “ters bilgi yasası” genellikle bilgiye erişmede en fazla zorluk yaşayanların bilgiye en fazla ihtiyaç duyanları olduğunu söylemektedir (Eysenbach and Gunther, 2007: 2). Kronik hastalığa sahip olma oranı daha fazla olan yaşlılar, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kronik hastalık yönetimi konusunda sıkıntı yaşamakta ve bundan dolayı sağlık okuryazarlık seviyeleri daha düşük olmaktadır. Yaşlı bireylerin sadece sağlık hizmetlerine ulaşım ve hastalık yönetiminde değil internetten sağlık bilgisi edinme konusunda da sıkıntı yaşadıkları ve bilgisayar okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu grlmştir (Neter and Brainin, 2012: 6). Ancak her ne kadar yapılan çalışmalarda artan yaş ile birlikte e-sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğü ve sağlık okuryazarlığıyla yaş arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı görülse de bazı yaşlıların e-sağlık okuryazarlığı konusunda yüksek derecede yeteneğe sahip olduğu bir gerçektir.

Cinsiyet: Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, zer ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada sağlıkla ilgili bilgi arama oranında kadınların erkeklere nazaran daha fazla sağlık bilgisi aradığı bulunmuştur. Lakin başka

araştırmacıların yapmış olduğu çalışmalarda sonuç tam tersi çıkmıştır. Örneğin van der Vaart ve arkadaşlarının (2013) romatizmal hastalıkları olan hastalarda yaptıkları araştırmada cinsiyet ile e-sağlık okuryazarlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu iki sonuçtan farklı olarak da Robb ve Shellenberger (2014)'ın öğrenciler ile ilgili, Tubaishat ve Habiballah (2016)'ın da hemşirelik öğrencileri ile ilgili yaptığı çalışmada erkek ve kız öğrenciler e-sağlık okuryazarlık düzeyinde anlamlı bir puan farkı olmadığı görülmüştür. Ülkemizde de Biçer ve arkadaşlarının (2019) dijital medya kullanımı ile ilgili yapmış oldukları çalışmada cinsiyetin dijital platformlarda sağlık bilgisi arama davranışında bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Eğitim Düzeyi: Eğitim ve öğretimin düşük sağlık okuryazarlığıyla başa çıkmada çok önemli olduğu ve eğitimin ve öğretim seviyesinin yükselmesiyle internetin sağlık bilgisi aramak için kullanımının arttığı yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Gilstad, 2014: 3). Neter ve Brainin (2012)'in ifade ettiğine göre, eğitim seviyesi yüksek ve sağlıklı kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, düşük eğitim seviyesine ve kronik bir hastalığa sahip kişilere göre daha yüksektir. Lakin literatürdeki bazı çalışmalar eğitim seviyesinin artmasıyla e-sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığını söylememektedir. Bazı eğitim seviyesi yüksek olan bireyler sağlık sistemini anlayamayacak kadar karmaşık bularak kendilerine zarar verebilmektedirler (Mitsutake et al., 2012: 3). Ancak bu çalışmalarda öğrenme yönteminin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde önemli etkisinin olabileceği (Xie, 2011: 1797) ve e-öğrenme çalışmalarının, çevrimiçi sağlık bilgisi arama, bulma ve değerlendirilmesinde yetkinlik düzeyini arttırabileceği belirtilmektedir.

Gelir Düzeyi: Bireylerin sosyo-ekonomik düzeyi bilgi teknolojilerinin ne kadar kullandığının en güçlü belirtilerinden biridir (Hsieh et al., 2011: 234). Gelir düzeyindeki farklıklar insanlar arasında “dijital uçurum” un oluşmasında da önemli bir etkidir. Bilgi teknolojilerine erişimi olan ve bunları kullanan bireyler ile erişimi olmayan ve bunları kullanmayan bireyler arasındaki farka denmektedir (Connolly and Crosby, 2014: 45-46). Yapılan araştırmalarda gelir düzeyinin artmasıyla internet kullanımı ve internette kalış süresinin arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Bu anlamlı ilişkinin nedeninin de gelir düzeyi düşük olan bireylerin interneti veya internete bağlanacakları teknolojileri pahalı

bulup satın alamaması olarak belirtilmiştir. Hsieh ve arkadaşları (2011)'da gelir düzeyinin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu belirtirken, Xie (2011) ve Norman ve Skinner (2006), gelir düzeyinin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtmiştir.

3. E-Sağlık Okuryazarlığındaki Sorunlar

İnternetin ortamındaki çok sayıda platform neredeyse sınırsız denebilecek bir bilgi kaynağı haline gelmiştir ve bu durum bireylerin yanlış, eksik ya da tehlikeli sağlık bilgileriyle karşılaşabilmesine riskini doğurmaktadır (Özer, vd. 2012: 131). Üstelik bu yanlış, eksik ve tehlikeli sağlık bilgilerine çok sayıda kişinin inanması ve güvenmesi endişe verici bir boyut haline gelmektedir (Ivanitskaya, vd., 2006: 2-3). Bu durum bireylerin çok sayıda zorlukla karşılaşma şansını artırmaktadır. Sağlık tüketicilerinin kişisel sağlık hizmetlerinde daha fazla rol almak istemesi (Chan and Kaufman, 2011: 12-13), çevrimiçi kaynaklardan edindiği sağlık bilgilerini yeterli eleştirel düzeyde analiz etme becerisine sahip değilken sağlıklarıyla ilgili karar almada kullanmak istemesi ve e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması bu zorlukların nedeni olarak gösterilebilmektedir.

E-sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan bireyler internet üzerinden sağlıksız ürün ya da hizmetleri satın alabilmektedir (Mitsutake and., 2012: 2). Bunun gibi zararlı riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için özellikle yüksek risk grubundaki kronik hastalığı olan, eğitim düzeyi düşük olan, yaşlı ve engelli bireylerin gerekli eğitimleri almalarını sağlayarak desteklenmesi, e-sağlık teknolojilerine erişimleri yok ise sağlanması ve e-sağlık okuryazarlıklarını artırıcı çözümler sunulması kritik öneme sahiptir. Ayrıca sağlık hizmeti sunucularının, elektronik ortamda sağlık bilgisi sunumunda koruyucu, hasta merkezli ve güncel olmaya dikkat etmesi, bireylere ihtiyaç duydukları anda ve kaliteli hizmet sağlaması yaşanacak zorlukların engellenmesini sağlayacaktır.

Çevrimiçi ortamlardaki sağlık ile ilgili web sitelerinin sayısının hızlı bir şekilde artması rekabet ortamının da doğmasına sebep olmuştur. Bundan dolayı sadece sağlık bilgisi kaynaklarının doğruluğu, güncelliği ve kalitesi değil kullanıcıların kişisel bilgilerinin güvenliği, reklam ve sponsorluk ilişkileri gibi nedenler eleştirilerin konusu olmuştur. Bu bilgilerin denetlenmesinde de başarılı

olunamaması çevrimiçi ortamdaki bilgilerin güvenilirliğini azalmaktadır (Can, vd. 2014: 487).

İnternet ortamında bulunan yanlış ve yanıltıcı sağlık bilgileri bireylerin sağlıklarını kaybetmelerine hatta hayatlarını kaybetmelerine neden olabilmektedir (Ulus ve Gürkan , 2011: 43). Bu nedenle internette güvenli bir şekilde sağlık bilgisi aramak herkes için büyük önem taşımaktadır. Bu olumsuz durumların yaşanması bireylerin e-sağlık okuryazarlığına olan güvenini sarsabilmektedir (Wong and Rigby, 2022: 1; Norman and Skinner, 2006: 2).

İnternette karşılaştığımız başlangıçta yararlı gibi gözükken ancak zararlı içeriklere ve unsurlara günlük hayatta alışveriş yaparken, çevremizdeki insanlarla konuşurken ve güncel sağlık haberlerinde bile rastlayabilmekteyiz. Bu içeriklerin niteliğinin bilgiyi sunan kişiye veya kuruma ait olması, uzmanlar tarafından denetlenmeden ve değerlendirilmeden sunulması hala tamamen çözülmemiş bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler internetten edindikleri sağlık bilgilerini tamamen doğru kabul etmelerinden dolayı hekim ve sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini dikkate almamakta ve iş akışının sekteye uğramasına neden olabilmektedir. Bu ve bunun gibi nedenler internetin sağlık alanında kullanılmasının önündeki en büyük engellerden biri olduğu söylenebilmektedir (Erer, 2013: 26).

Bireyler sağlık durumlarında bir bozulma olduğunda endişelenmekte ve bu endişelerini gidermek için internetteki sağlık kaynaklarına başvurmaktadır. Bulduğu bilgilerle hastalığına tanı koymaya ve tedavi yöntemlerini deneyerek iyileşmeye çalışmaktadır. İşe yaramayan hallerde de günlerce internette gezinmekte ve kaygı bozukluğu yaşamaktadır (Tarhan, vd. 2021: 4257).

Sağlık hizmeti sunan kurumlar, hastaların sadece güncel kişisel ve tıbbi bilgilerine değil geçmişe yönelik bilgilerine de erişmektedir (Varshney, 2007: 115). Bu bilgi ve veriler bireylerin özel bilgileri olduğu için çok iyi korunması gerekmektedir. Çoğu sağlık kurumunda bu bilgi ve veriler e-sağlık bulutu veya geleneksel bilişim sistemleri kullanılarak yönetilmektedir. Verilerin güvenliği özel şifreleme yöntemleri ile sağlanmalı, veri hırsızlığına karşı gerekli tüm önlemler alınmalıdır (Garg et al., 2022: 26874). Ancak bazı durumlarda kişilerin özel bilgi ve verilerinin paylaşılması gerekebilmektedir. Bu durum bireylerde

kişisel mahremiyet ve güvenlik endişesi duymasına sebep olabilir. Bireyler kendi özel bilgilerinin korunması konusunda bilinçli davranmalıdır. Bu da yüksek e-sağlık okuryazarlık yeteneklerine sahip olmakla mümkündür.

Werst ve Hutton-Rogers (2013)'e göre e-sağlık okuryazarlığının hasta güçlendirmeyi olumlu anlamda destekleme potansiyeli vardır. Herkesi kapsayan e-sağlık uygulamaları ortamları geliştirilmesinde başarısız olunması hastaları güçlendirmesi gereken unsurlardan en fazla faydalanması gereken kişilerin geride kalmasını sağlayabilir (Aydan, 2021: 50).

Günümüzde internet bireylere sınırsız miktarda sağlık bilgisine ulaşabilmesine imkan tanımaktadır. Ancak bu bilgi bolluğu nedeniyle bireyler bilgi aşırı yüklenmesi yaşamasına ve birbiriyle çelişen bilgilere maruz kalmasına sebep olabilmektedir. Bundan dolayı bireylerin güvenilir ve doğru bilgiye ulaşması zorlaşabilmektedir. Ayrıca bu e-sağlık kaynaklarından elde edilen sağlık bilgileri teknik, istatistiki ve karmaşık bilgiler içerdiği için e-sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin bu bilgileri doğru anlama ve değerlendirmesinde zorluklar yaşamasına neden olabilmektedir.

Tüm bu sorunların yaratacağı kötü sonuçları en aza indirme için toplumu eğitmek ve farkındalık yaratmak önemlidir. Sağlık profesyonelleri ve uzmanlar toplumu bu konuda aydınlatmak, e-sağlık kaynaklarını kullanma becerilerini geliştirmek için halka yönelik eğitim programları düzenlemelilerdir. Ayrıca bireyler kendi e-sağlık okuryazarlıklarını geliştirmek amacıyla teknolojiyi kullanma, eleştirel düşünme ve bilgiyi değerlendirme yeteneklerini artırmak için bireysel çaba sarf edebilir.

E. Kronik Hastalıklar ve E-Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde kronik hastalıklar sağlık sorunları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Vücut fonksiyonlarında bazı eksikliklere yol açabilen, uzun sürelerde etkisi devam eden ve genellikle tam olarak tedavi edilemeyen hastalık gruplarına kronik hastalıklar denmektedir. Kronik hastalıkların devamlı olarak düzenli ve kontrol edilmesi gerektiğinden dolayı bireylerin sağlıklarını iyi yönetebilmeleri, aradıkları sağlık bilgisine erişebilme ve öz yeterliliğe sahip olma

ile doğrudan bir ilişki halindedir (Çizmecı ve Deniz, 2017: 75). Bu bağlamda kronik hastalıkların yönetilmesi için e-sağlık okuryazarlığı önemli bir faktördür.

Yapılan araştırmalar, Türkiye’de yaşanan ölümlerin en çok kronik hastalıklar nedeniyle olduğunu göstermektedir (Samancı Tekin ve Kara, 2018: 221). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin tüm ölümlere oranının %85, bu %85’inde %49’unu kardiyovasküler, %18’ini kanser, %9’unu akciğer hastalıkları, %2’sini diyabet ve %9’unu diğer kronik hastalıkların oluşturduğu ifade edilmiştir (Koşar ve Besen, 2015: 45). Dünyada da durum pek farklı değildir. Örneğin 2008 yılında dünyada hayatını kaybeden 57 milyon kişi kronik hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmiştir (World Health Organization, 2011). Kronik hastalıkların bu kadar fazla ölüme neden olması hastalıkların başarılı yönetilememesinden dolayı olmaktadır (Koşar, 2015: 20).

Yaşlı nüfus oranının giderek yükselmesi ve yaşam şeklinin değişmesi kronik hastalıklarla mücadeleyi daha da zorlaştıran bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığının korunması için gerekli tüm önlemlerin alınmasını, bakım planlarının yapılmasını zorunlu bir hale getirmektedir (Karaman, vd. 2015: 349).

Sağlık bakımındaki sorumlulukların artması bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenebilme, sağlık hizmet sunucularının verdiği bilgileri anlama ve aynı hastalıktan mustarip kişilere hastalıklarını yönetmede ve bu süreçte kendi sağlık kararlarını alabilmelerine yardım etmek için gerekli olan becerilere sahip olması ve bu becerilere yeni roller eklemesi beklenmektedir. Sağlıklı okuryazarlığı da bu beklentileri karşılayan faktör olarak görülmektedir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016: 69). Sağlık okuryazarlığı bireyin hastalığını tanımlamasından sağlık kaynaklarına nasıl erişebileceğini bilmesine kadar birçok beceriyi içinde barındıran geniş bir kavramdır (Copurlar ve Kartal, 2016: 43). Bu bağlamda e-sağlık okuryazarlığı sağlık okuryazarlığının önemli bir bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireyler kullandıkları ilaçlar ve beslenme gibi merak ettiği ve ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerini öğrenmek için internette arama yapmaktadır (Shiferaw et al., 2020: 2). E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin internet gibi çevrimiçi ortamlarda aradıkları sağlık bilgisi kaynağını nerde bulabileceğini,

doğru ve yanlış bilgilerin neler olduğunu daha iyi değerlendirebilmeleri sonuç olarak da daha iyi bir sağlığa kavuşmalarını sağlayabilmektedir. Anlaşılacağı üzere kronik hastalığı olanların ya da herhangi bir sağlık sorunu olmayan bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisine erişebilmesi için bilgi teknolojilerini kullanabilmeleri önemlidir. Bunun nedenlerinden bir tanesi de günümüzde internetin neredeyse herkesin rahatça erişebileceği ve içerisinde sınırsız sağlık bilgisi bulunan bir kaynak haline gelmesidir. Bu durum sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olan e-sağlık okur yazarlığının giderek daha önemli bir hale gelmesine ve öneminin artmaya devam etmesine sebep olmuştur. Tüm bu sebepler göz önüne alındığında kronik hastalığı olan bireylerin e-sağlık okuryazarlık ve elektronik sağlık kaynaklarına ne düzeyde erişebildiklerini belirlemenin bir zorunluluk haline geldiği ifade edilmektedir (Kurtuğlu, vd. 2022: 128). Yapılan çalışmalara bakıldığında web tabanlı e-sağlık uygulamalarının sağlıklı yaşama olumlu yönde bir etki yaptığı görülmektedir (Nijland et al., 2011: 1).

Artık bireyler yaşadıkları sağlık sorunlarını elektronik ortamdan elde ettiği bilgilerle kendileri tedavi etmek istemektedir. Bu bilgilerin kolay ulaşılabilir olması bireylerin hangi bilginin doğru olduğunu iyi bir şekilde değerlendirmesini gerektirdiği için e-sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemekte ve e-sağlık okuryazarlığının önemini göstermektedir (Zaimoğlu ve Özer, 2023: 13). Yapılan araştırmalara göre e-sağlık uygulamalarının bireylerin hastalıklarını yönetme konusunda öz-yönetim becerilerini geliştirdiğini söylemek mümkündür (Zülfikar, 2014: 47). Öz-yönetim ve bireysel farkındalık sağlık bilgisi kaynaklarını bilinçli kullanımını sağlayarak bireylerin yaşam kalitesini artırabilmektedir (Wu et al., 2022: 2). Kronik hastalığı olan bireyler e-sağlık uygulamaları sayesinde sağlık bilgilerini arttırarak hastalıklarının daha iyi yönetebilir ve özyönetim becerilerini geliştirebilirlerse çift yönlü bir başarı elde etmiş olacak ve kronik hastalıklarla mücadelede sürdürülebilirliğe katkıda bulunmuş olacaklardır.

Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması hem bireysel hem de toplumsal açıdan problemlere neden olabilmektedir. E-sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireyler internette karşılarına çıkan sağlık bilgilerinin yanlış olduğunu bilemeyip uygularsa sağlıklarını kaybedecek tehlikelerle karşı karşıya kalabilirler. Aynı bilgileri çevrelerindeki insanlarla paylaşarak toplumsal bir bilgi

kirliliğini neden olabilirler. Bu nedenle özellikle sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olma riski daha fazla hasta gruplarının e-sağlık okur yazarlık durumlarının bilinmesi ve gerekli e-sağlık okuryazarlık düzeyini artırıcı eğitim programların uygulanması önemlidir (Robin et al., 2015: 691). Nitekim dünyada ve Türkiye’de en sık görülen kronik hastalıklardan olan diyabetle ilgili yapılan bir çalışmada, diyabet hastaları ve sağlıklı olan kişilerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ölçülmüş, araştırmanın sonucunda eğitim seviyesi yüksek bireylerin, diyabet hastalarının ve kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada hastaların güvenli web sitelerinden edindiği sağlık bilgilerinin, hekimlerin hastalarının tedavi etme sürecine olumlu katkılar yapabileceği belirtilmiştir (Çizmeci ve Deniz, 2017).

Bir başka kronik hastalıklardan olan kanser hastalığında sağlık okuryazarlığının konumu daha önemlidir. Çünkü kanser hastalığının tedavisi daha karmaşık prosedürler ve tedavi süreçlerini içermektedir. Sadece kanser hastalarının değil onlara bakan yakınlarının da sağlık okuryazarlık düzeyleri son derece önemlidir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması hastalığın daha kötüye gitmesini ve hastane masraflarının artmasını sebep olabilmektedir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması için mobil sağlık uygulamalarının giderek arttığı görülmektedir (Kim et al., 2019: 3-4).

McMullan (2006), yapmış olduğu çalışmada, hastaların sağlık bilgisine ulaşmak için internet ve bilişim teknolojilerinden yararlanmalarının hastalıklarla mücadele etmede iki önemli sonucu ortaya çıkardığını söylemiştir. Ortaya çıkan sonuçlardan birincisi, hastaların sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına gitmeden önceki süreci kapsamaktadır. Bu süreçte hastalar ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisini çevrim içi ortamlarda arayarak bulur ve bulduğu sağlık bilgisini kullanma konusunda daha aktif davranırlar. Buldukları sağlık bilgisi, ihtiyaçlarını karşılırsa sağlık kurumlarına gitmekten vazgeçebilirler ve hastalıklarını kendileri yönetmeye çalışırlar. Bu durum sağlık kurumlarda gereksiz yoğunluğun oluşmasının önüne geçebilir. İkinci sonuç ise hastaların sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurmalarından sonraki süreci ele almaktadır. Bu süreçte hastalar sağlık kurumlarına başvurduktan sonra eğer sağlık bilgisi ihtiyacı duyarlırsa çevrim içi ortamlardan bu ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Bu durum hastaların tedavisini kendisinin yönetmesine imkan tanımaktadır. Birinci sonuçta

olduğu gibi bu sayede sağlık kurumlarında yoğunluk oluşmasının önüne geçilir ve bireyler bu e-sağlık uygulamalarından yararlanmış olurlar.

Yapılan araştırmalarda e-sağlık okuryazarlığının öz-yeterlilik ve öz-yönetim ile anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalara göre öz-etkililik ve özyönetim becerileri gelişen bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarının da yükseldiği görölmüştür. Ayrıca öz yeterlilik becerileri artan bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyerek yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Öztürk, 2018: 195). Kronik hastalığa sahip bireyler de kendi öz-bakımlarını gerçekleştirmek ve hastalığını etkin bir biçimde yönetebilmek için diyet yönetimi, psikolojik ve ruhsal durumunu değerlendirme ve kendi kendine test etme gibi öz-yönetim becerilerine sahip olmalıdır (Smith et al., 2017: 9-10).

Literatüre bakıldığında kronik hastalığı olan bireylerin, e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesinin çok önemli ve değerli olduğu görölmektedir. E-sağlık okuryazarlık düzeyi artırılarak hastaların genel sağlık durumunda bir iyileşme görülebilir ve sağlık kurumlarının hasta yükü azaltılabilmektedir (Shiferaw et al., 2020: 2). Bu bağlamda bireylerin kendisi, sağlık kurumları ve politika yapıcılar kronik hastalığı olan bireylerin en sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak için eğitici e-sağlık uygulamaları üzerine düşünmesi gerekmektedir. Ancak bu uygulamalar yapılırken verim alınabilmesi için hastaların ve diğer kullanıcıların nitelikleri göz önüne alınarak tasarlanmalıdır. Nitekim hastaların ve kullanıcıların hakim olmadığı bir terminolojinin kullanılarak geliştirilen uygulamaların daha sade bir hale getirilerek hizmete sunulması, hastaların ve kullanıcıların e-sağlık okuryazarlıklarına olumlu etki yapabilecektir.

Kronik hastalığı olan bireylerin elektronik sağlık okuryazarlığını geliştirmek için planlar yapılırken temel amaç öncelikle hastalarının sunulan sağlık bilgilerinin daha iyi anlamasını, sağlık profesyonelleriyle daha iyi bir iletişim kurmasını ve sağlık sisteminde hizmet almak için alacakları yolu bulmalarını kolaylaştırmak olmalıdır. Ayrıca hastaların daha aktif bir rol sergilemesini sağlamak olmalıdır.

Farklı kültürel ortamlarda hastaların e-sağlık okuryazarlığı üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar yüksek düzeyde e-sağlık okuryazarlığa

sahip hastaların genellikle iyi bilgilendirildiğini ve sağlık durumlarıyla daha iyi başa çıkabildiklerini kanıtlamıştır (Khan et al., 2018: 483).

F. Dünyada ve Türkiye’de E-Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

Türkiye’de e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmaların bazıları şöyledir:

Nakas (2017), farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerin e-sağlık okuryazarlıklarının tespit edilmesini amaçlayan çalışmasında hemşirelik bölümü okuyan öğrencilerin daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ancak bölümler arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Aktürk (2018), 18-49 yaş aralığındaki kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ve e-sağlık okuryazarlıklarını etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında e-sağlık okuryazarlık düzeyinin yaş azaldıkça arttığını görmüştür.

Yüksel ve Deniz (2019), bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine yönelik yaptığı araştırmasında sosyo-demografik özelliklerinin bireylerin e-sağlık okuryazarlığında bir fark yaratmadığını ancak eğitim seviyesinin istatistiki olarak bir fark yarattığını tespit etmiştir.

Acar (2021), yaptığı çalışmada sağlık ile ilgili bölümde okuyan üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Özdemir (2021), 15 yaşından büyük bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarını incelediği çalışmasında araştırmaya katılanların genel olarak e-sağlık okuryazarlık seviyelerinin yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Yılmaz vd., (2020)’nin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini öğrenmek için yaptığı çalışmada öğrencilerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta seviyede olduğunu tespit etmiştir.

Kurtoğlu vd., (2022), kronik hastalığı olan bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerini inceleyen çalışmasında, hastaların cinsiyet, yaş ve medeni durumunun e-sağlık okuryazarlıkları üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığını ancak eğitim düzeyi ve gelir durumunun anlamlı bir fark yarattığını bulmuştur. Çalışmaya göre

kronik hastalığı olan bireylerin eğitim seviyesi ve geliri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır.

Dünyada yapılan bazı çalışmalar şöyledir:

Neter and Brainin (2012), yapmış olduğu çalışmada daha genç ve eğitim seviyesi yüksek bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarının yüksek olduğunu, internette her türlü bilgi arama konusunda daha aktif olduklarını ve bilgileri daha dikkatli incelediklerini tespit etmişlerdir.

Tennant et al., (2015), bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerini ve demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, din, meslek ve eğitim seviyesi gibi faktörlerin etkisini incelemiş, 49-69 yaş arasında olan bireylerin 70 ya üstü bireylere göre daha fazla internet kullandığı ve e-sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Levin-Zamir and Bertschi (2018), medya okuryazarlığıyla e-sağlık okuryazarlığını ele aldığı çalışmada bu iki okuryazarlığın simbiyotik bir ilişki içinde olduğunu belirtmiştir.

Cheng et al., (2020), geliri düşük olan bireylerin yüksek olan bireylere oranında daha düşük e-sağlık okuryazarlık oranına sahip olduğunu görmüştür. Bunun nedeninin ise internet gibi uygulamaların günümüzde neredeyse herkes tarafından rahat ulaşılabilir olmasına rağmen geliri düşük bireylerin ulaşamaması olarak tespit etmişlerdir

Mitsutake ve arkadaşlarının (2016) yetişkin internet kullanıcıları arasında e-sağlık okuryazarlığının sağlık davranışıyla ilişkisini incelemek için yapmış olduğu çalışmada e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin ,düşük e-sağlık okuryazarlığa sahip bireylere göre dengeli beslenme gibi sağlıklı davranışlar sergileme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca Mitsutake ve arkadaşları (2012), Japonya'nın e-sağlık okuryazarlık düzeyini ölçtükleri çalışmada ankete katılanların %58,9'unun yüksek, %41,1'inin düşük e-sağlık okuryazarlığa sahip olduğunu bulmuşlardır.

Ivanitskaya ve arkadaşları (2006)'nın üniversite öğrencileriyle ilgili olarak yaptığı e-sağlık okuryazarlığı çalışmasında öğrencilerin internet ortamındaki sağlık bilgilerine güvenmedikleri ve hangi bilginin doğru olup olmadığını değerlendiremediklerini görmüşlerdir. Buna benzer olarak Manafo ve Wong

(2012)'da öğrencilerin sağlık ile ilgili internet sitelerinin doğruluğunu ve kalitesini doğru bir şekilde değerlendiremediklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla öğrencilerin doğru kaynaktan sağlık bilgisi edinememesi, sağlıkla ilgili doğru karar verebilme becerisinin yetersiz kalmasına sebep olmaktadır (Austin, 2012: 7).

Park and Lee (2015), Güney Kore'de hemşirelik bölümü öğrencilerine üzerine yapmış oldukları araştırmada öğrencilerin e-sağlık okuryazarlık puanını 27,06 bularak orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bir benzer çalışmada da Brown ve Dickson (2010) ergoterapi öğrencileri üzere yaptığı çalışmada e-sağlık okuryazarlık puanını 28,45 bulmuştur.

Abdullah and Pauzi (2016), yaptığı araştırmada, birinci basamak hastalarında internet kullanım yaygınlığının yüksek fakat e-sağlık okuryazarlığı becerisinin zayıf olduğunu tespit etmiştir.

Stellefson ve diğerleri (2018), "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ile Yaşayan Hastalarda Web Tabanlı Sağlık Bilgisi Arama ve e-Sağlık Okuryazarlığı" adlı çalışmasında katılımcıların genel olarak orta düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca katılımcıların %70'ten fazlası internetten yararlı sağlık kaynaklarını bulma becerisine güvendiğini ancak yüksek ve düşük kaliteli web tabanlı sağlık bilgisi kaynakları arasında ayırım yapma becerilerine çok daha az güvendiğini belirtmişlerdir.

Olayemi and Abolarinwa (2023), Nijerya'da tüberküloz hastası olan internet kullanıcıları ve e-sağlık okuryazarlıkları ile ilgili yaptığı çalışmada interneti kullanan katılımcıların, sağlık durumları hakkında karar vermelerine yardımcı olma konusunda interneti "çok yararlı ve çok önemli" bulduğunu, en büyük grubu oluşturan %47,6'lık kesimin internette yararlı sağlık kaynaklarının mevcudiyeti ve nerede bulunacağını bildiklerini tespit etmişlerdir. Ancak katılımcıların çoğu internette bulunan yüksek kaliteli ve düşük kaliteli sağlık kaynakları arasında ayırım yapamadıklarını ve bu nedenle, yanıt verenlerin çoğunun internette elde edilen bilgileri kullanma konusunda kendilerine güvenmediklerini belirtmişlerdir.

Shiferaw ve arkadaşları (2020) düşük gelirli bir ülke olan Etiyopya'da kronik hastalar arasında e-sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmasında, yüksek öğrenime sahip, devlet memuru olmak, şehirde ikamet

etmek ve daha yüksek gelir durumu olan kronik hastaların e-sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu sonucunu bulmuştur.

III.SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Kısaca ifade etmek gerekirse, sağlıklı yaşam, bireyin sağlık durumunun gittikçe daha iyi olmasını, hastalığa yakalanma şansını önlemeye çalışmasını ve erken ölüm riskini azaltmaya yönelik bir amaç güderken (Bozkurt, 2014: 10), sağlıklı yaşam farkındalığı bireyin böyle bir yaşam biçiminin farkında olmasıdır (Demirel, 2021: 9).

A. Sağlık Farkındalığı

Farkındalık: Bireylerin çevresinde olan olayları ve durumları bilmesi, anlaması, algılaması ve hissetmesine yönelik beceridir. Herhangi bir şeyin bireyin dikkatini çekmesi ve bireyin dikkatini çeken şeyin ne olduğunu algılaması olarak da tanımlanabilmektedir. Bireylerin duygularını anlamak, önlerine gelen fırsatları değerlendirmek ve çevresel uyarıcıları algılayabilmesi için ilk önce bir şeylerin farkında olmasını gerektirmektedir (Yakar, 2014).

Literatüre bakıldığında farkındalık kavramının iki boyutta incelendiği görülmektedir. Bu boyutlar şunlardır;

- Bilişsel Farkındalık
- Duyuşsal Farkındalık

Bilişsel farkındalık, Bireyin bir şeyi nasıl ve neden öğrenmesi gerektiğinin farkında olmasıyla ilgiliyken duyuşsal farkındalık bireyin kendisinin ve çevresinin farkında olarak olabilecek olaylara karşı hazır olma durumunu içeren bir süreç ile ilgilidir (Yakar, 2014). Örnek vermek gerekirse, kronik hastalığı olan birisinin hastalığıyla ilgili belirtileri ve tedavisinin nasıl olacağını bilmesi bilişsel farkındalık iken hastalığıyla ilgili tutum ve algısı duyuşsal farkındalık ile ilgilidir (Demirel, 2021: 10).

Sağlık Farkındalığı: Deneyim ve bilginin, kişinin sağlığına olumlu katkı yapacak davranış şekline ve bu davranışları sürekli uygulamasıyla gerçekleştirilebilecek davranış kalıbı haline dönüştürülmesi olarak ifade edilmektedir (Seymour, 2018: 30). Kapsam ve içerik açısından kişilerin günlük yaşantısını ve davranış şekillerini etkileyebilecek sağlık bilgilerini başka kişilere doğru ve anlaşılır olarak iletilmesini kapsamaktadır (Ashraah et al., 2013: 197-198). Bireylerin, sağlık ve sağlık problemleri ile ilgili bilgi, tutum ve inançlarından oluşan sağlık farkındalığı (Alonazi et al., 2016: 122), bireylerin davranışlarına doğrudan bir etkisi olmaktadır (Mahgoub et al., 2014: 65).

Sağlık farkındalığının amacı, bireylerin sağlık konusunda bilgilendirmek, sağlıklarını negatif etkileyen davranışları tam tersi yönde değiştirmek için farkındalıklarının artırılmasını ve bireylere sağlıklarını geliştirmesi için faydası olacak alışkanlıkları kazandırmaktır (Mahmoud et al., 2020: 1-2).

Dünyada, olumsuz sağlık davranışları nedeniyle ortaya çıkabilen kronik hastalıkların sayısı giderek artmaktadır. Bunun yanında nüfusun kontrolsüz artması, yetersiz beslenme ve çevre kirliliğine bağlı gelişen sağlık problemlerinin de giderek arttığı görülmektedir. Bu durum bireylerin sağlık farkındalığına sahip olmasını, bireylerde sağlık farkındalığı oluşturulmaya çalışılmasının ve olumsuz sağlık davranışlarının değiştirilmesinin ne kadar önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (Demirel, 2021: 11).

Bireylerde sağlık farkındalığı birçok farklı yolla oluşturulabilir. Bu yollardan bazıları, eğitim, deneyim aktarımı, kişilerarası ilişkiler, medya ve kitle iletişim araçlarıdır (Mahgoub et al., 2014: 66). Kitle iletişim araçlarının bireylere sağlıkla ve hastalıklarla ilgili bilgi vermenin en kolay ve ulaşılabilir yolu olduğu görülmektedir (Biswas, 2011: 1-2). Bu noktada e-sağlık uygulamalarının ve e-sağlık okuryazarlığının öneminden bahsetmek yerinde olacaktır. Herkesin anlayabileceği, rahatlıkla ulaşabileceği ve kullanabileceği e-sağlık çözümleri geliştirmek, e-sağlık okuryazarlıklarını artıracak plan ve programların yapılması bireylerin sağlık farkındalıklarının oluşmasında yararlı olacaktır. Bu sayede bireyler hastalıkları ile ilgili ihtiyaç duydukları sağlık bilgisine ulaşabilir, hastalığını daha etkin yönetebilir ve sağlıklarını geliştirebilirler.

B. Sağlıklı Yaşam

Olumsuz yaşam tarzına bağlı olarak artan sağlık problemleri sağlıklı yaşam kavramının önemini daha kritik bir hale getirmektedir. Araştırmalar, son bir yıl içerisindeki ölümlerin yaklaşık yarısına bireyler sağlık yaşam davranışlarının neden olduğunu göstermektedir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004: 79). Benzer olarak WHO (1999)'nun yaptığı analizlere göre ölüm nedenlerinin büyük bir bölümüne sağlıksız yaşam tarzı davranışları sonucu gelişen hastalıkların sebep olduğu görülmektedir (Bozkurt, 2014: 46). WHO, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeninin, bireyin yaşam tarzından kaynaklanan önlenebilir hastalıklardan dolayı olduğunu ifade etmektedir (Özkan ve Yılmaz, 2008: 91). Tüm bu nedenler bireylerin ve toplumun sağlık farkındalıklarını artırmanın çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlıklı yaşam kavramından ilk defa 1961'de Dr. Halbert Dunn "High Level Wellness" adlı çalışmasında bahsetmiştir. Bundan dolayı Dunn, sağlıklı yaşam hareketinin babası olarak anılmaktadır. Sonraki yıllarda bu hareketin öncülerden olan Dr. Bill Hettler, Dr. John Travis ve Don Ardell gibi insanlar farklı tanımlar yaparak modeller geliştirmişlerdir (Demirel, 2021: 13). Hettler (1984)'e göre sağlıklı yaşam, "insanların daha başarılı ve sağlıklı bir yaşamın farkına vardıkları ve bunun için en doğru seçimi yaptıkları aktif bir süreç" olarak görmektedir ve sağlıklı yaşamın altı boyutunun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu altı boyut; entelektüel, duygusal, sosyal, ruhsal, mesleki ve fizikseldir. Sağlıklı yaşam da bu altı boyutun birbiriyle optimize edilmesiyle ortaya çıkmaktadır (Stoewen, 2015: 983-984).

Sağlıklı yaşam sadece fiziksel iyilik hali değil içine zihin ve ruh sağlığını da içine alan bütünsel bir iyilik halini ifade etmektedir. Dolayısıyla bu bütünsel iyilik haline ulaşmak için fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkilerin iyileştirilmesi ve sağlıklı farkındalığına sahip olma gibi birçok sağlık yaşam biçiminin benimsenmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalar sağlıklı yaşamın, birçok boyutu olduğunu, sağlıklı yaşam halinin devam etmesi için sürekli bir çaba gerektiğini bireysel bir tercih olduğunu ve bireyin sağlık

halinin iyileştirilmesini gaye edinen proaktif bir yaklaşım olduğunu söylemektedir (Bozkurt, 2014: 10).

Sağlıklı yaşam kişisel bir tercihtir fakat bireyin yaşadığı koşul ve çevre bireyin yaşamını etkilemektedir. Örneğin Covid-19 pandemisinde olduğu gibi dünyanın öteki ucunda ortaya çıkan bir virüs kısa sürede yayılarak kişinin sağlığını problemi yaşamasına hatta hayatını kaybetmesine neden olabilmektedir. Aynı şekilde sağlıklı şartlarda yaşamak zorunda kalan bireyler aynı zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedir. Nitekim, iklim değişikliği ve çevre sorunlarına artan vurguyla beraber sağlıklı yaşamın küresel, çevresel ve kültürel yönlerine olan ilgi giderek artmaktadır.

Sağlıklı bir yaşam biçimi kişinin hastalığa yakalanma riskini azaltabilir ve sağlığını iyileştirmesine yardımcı olabilir (Corbin et al., 2010), böylece kişinin yaşam kalitesinin de iyileşme olması sağlanabilmektedir (Oliver et al., 2018: 41-42). Ayrıca, kronik hastalıkların yönetimini kolaylaştırır, bireyin daha uzun süre hastalısız yaşaması sağlayabilir, maliyetleri düşürebilir ve bireyin sadece kendi bedeni ve sağlığı üzerinde değil hayatının tamamında kontrol sahibi olabilir (Kumar, 2017: 2). Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına da örnek olarak sağlıklı ve düzenli beslenmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak, yeterli ve düzenli uyumak ve stresi iyi yönetmek verilebilmektedir (Kris-Etherton et al., 2021: 515).

C. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi “bireyin sağlığını etkileyebilecek olan bütün davranışları kontrol edebilmesi, günlük yapacağı işleri kendi sağlık durumuna uygun davranışlar seçerek düzenleyebilmesi” olarak tanımlanabilmektedir (Esin, 1997: 1).

Bireylerin sağlık farkındalıklarının artırılması sağlıkları üzerinde kontrolü ele almalarını sağlayabilir ve böylece olumsuz yaşam tarzı davranışlarını değiştirerek kendilerine olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilirler (Özyazıcıoğlu, vd. 2011: 279). Bu değişimin olabilmesi ve bireylerin kontrol güçlerinin artması bir süreci gerektirir ve duygu ve düşüncelerin kontrolü, stresi yönetme, düzenli egzersiz, beslenme ve uyku gibi bazı davranışlar ile kazanılmaktadır (Hosseini et al., 2017: 197).

Bireylerin olumsuz sağlık davranışlarının değiştirilmesi konusunda Pender'in "Sağlığı Geliştirme Modeli" dikkate alınmaktadır (Gungor and Beji, 2011: 9). Bireylerin olumsuz sağlık davranışlarını değiştirilmesi konusunda "Sağlığı Geliştirme Modeli" nin kullanılmasının nedenlerinden bazıları olarak sağlığı geliştirme davranışını kolaylaştırması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bireyin sağlığının geliştirilmesi olarak görölmektedir (Özer, 2019: 31).

Pender (2002) modelin amacını "yaşam tarzına bağlı olarak sağlığı geliştirme davranışlarının öğelerini açıklamak, bireyin tecrübelerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek unsurları değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının belirlenmesinde sağlık çalışanlarına yardımcı olmak" olarak açıklamıştır (Başgöl, 2016: 61; Pender et al., 2002). Modelde sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak şunlar yer almaktadır; beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim.

Beslenme: "İnsanın yaşaması, büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürebilmesi için ihtiyaç duyduğu enerji ve besin öğelerini, besin maddelerinden değerini yitirmeden, sağlık için zararlı olmadan en uygun şekilde alması ve kullanması" olarak tanımlanmaktadır (Baysal, 1996: 22). Bireyin yeterli, sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlığının olması obezite, diyabet, kalp-damar hastalıklara yakalanma riskini azaltmaktadır. Bu açıdan bakıldığında yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmenin sağlıklı yaşam biçimi için önemi daha iyi anlaşılmaktadır (Sayan, 1999: 53). Yapılan çalışmalarda tedavi sürecine olumlu bir etki yaptığı ve hatta bazı hastalıkları tedavi ettiği görölmektedir (Kavas, 2000: 97). Dünyada yaşanan hızlı kentleşme ve yaşam biçimindeki değişiklikler insanların beslenme alışkanlıklarının da değişmesine neden olmuştur. Yapılan araştırmalarda insanların eskiye göre daha fazla fast-food yiyecekleri tükettiğini, lifli gıda tüketiminde de azalma olduğu görölmüştür. Ayrıca yeterince sağlıklı ve dengeli beslenmeyen toplumlarda, enfeksiyon ve kronik hastalığa yakalanma sıklığının arttığı belirtilmiştir (Çelik, 2018: 18).

Fiziksel Aktivite ve Egzersiz: Fiziksel aktivite, bireylerin kas ve eklemleri aracılığıyla, enerji kullanarak yaptığı bedensel hareketlerdir. Egzersiz ise fiziksel uygunluğun birkaç ögesini geliştirmeyi hedef alan planlı, sürekli aktivitelerdir.

Fiziksel aktivite ve egzersiz, bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına, kronik hastalıkların rehabilite edilmesine ve hastalıkların önlenmesine yardımcı olan sağlık yaşam biçimi davranışıdır. Nitekim yapılan araştırmalar, yılda iki milyondan fazla insanın hayatını kaybetmesine hareketsiz bir yaşam sürmesinin neden olduğu görülmüştür (Soyuer ve Soyuer, 2008: 221). Fiziksel aktivite ve egzersiz yalnızca bedensel değil ruhsal ve sosyal açıdan da yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde önemlidir. Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapan hastalar, hastalık yönetimini daha kolay başarabilirler (Abu-Moghli et al., 2010: 35-36).

Stres Yönetimi: Stres, "vücuda yüklenen herhangi bir özel olamayan isteme karşı, vücudun tepkisi" şeklinde açıklanabilmektedir (Güçlü, 2001: 92). Sağlığın geliştirilmesi açısından stres yönetimi önem arz etmektedir. Yapılan araştırmalar stresin bireylerin sağlığını kötü yönde etkilediğini göstermektedir. Bundan dolayı bireyler stresi iyi yönetmeleri gerekmektedir. Stres yönetimi sayesinde bireyler stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilir, strese girilen durumlarla baş etmeyi kolaylaştırabilir. Dolayısıyla bireylerin stresi kontrol edebilmeleri sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı bir yaşamın devamı için önemlidir (Çiftçi Kıracı, 2021: 7).

Sağlık Sorumluluğu: "Bireyin iyilik hali için aktif bir sorumluluk bilincinde olması, sağlığı hakkında bilgi sahibi olması ve gerektiğinde profesyonel bir yardım alabilmesidir" (Bahar, vd. 2008: 2). Sağlık sorumluluğuna örnek olarak bireyin düzenli check-up yaptırması, ilaçlarını doğru ve düzenli kullanması ve aktif bir katılım gösterip öz-yeterlilik becerilerinin yüksek olmasıdır (Çiftçi Kıracı, 2021: 6).

Kişilerarası Destek: Bireylerin yaşamına fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan katkı yapmaktadır. Sağlık risklerini, stresi ve stresin sebep olduğu olumsuzlukları azaltarak bireyleri geliştiren ve problem çözme yeteneği kazandıran temel ve sosyal bir ihtiyaçtır (Akın ve Emiroğlu, 2006: 171). Sosyal desteğin mortalite ve morbiditeyi azalttığını gösteren çalışmalar kişilerarası sosyal desteğin sağlığın belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir (House, 1971: 340).

Manevi Gelişim: Bireyin, kendini gerçekleştirme becerilerini, kendisi ile ilgili ne derecede bir farkındalığı olduğunu, hayattaki gayesini ve kendisinden ne kadar memnuniyet duyduğunu göstermektedir (Çetinkaya, vd. 2007: 47). Kişilerin maneviyatı hastalık ve sağlık durumlarında önemli hale gelmektedir. Çünkü maneviyat, bireyin vücut bütünlüğünde bir bozulma durumu olduğunda kişinin rahatlmasını sağlayabilecek bir olgudur. Araştırmalarda, bireylerin hastalıklı ve sağlıklı yaşam davranışları sergilemesinde, yeniden iyileşme umudu bulmasında maneviyatın pozitif bir etkisi olduğu görülmüştür (Bozhüyük, vd. 2012: 18). Bireye karşı karşıya kaldığı fiziki veya psikososyal bir tehlike anında güç vererek sorunla daha kolay başa çıkmasını sağlamaktadır (Kostak, vd. 2010: 218).

IV. HASTA GÜÇLENDİRME

Güçlendirme kavramının popüler hale gelmesi 1970’li yıllarda Paulo Freire sayesinde olmuştur (Agner and Braun, 2018: 2055). Literatüre bakıldığında güçlendirme kavramının genelgeçer bir tanımının olmadığı ancak çok sayıdaki disiplinlerde oldukça fazla bir şekilde kullanılmaktadır (Tekin, vd. 2009: 26). Bu çok sayıdaki disiplinde güçlendirme çalışmaları, bireylerin hem çalıştıkları yerlerde hem de evde yaşam kalitelerini artırabilmek için kişisel ve sosyal yaşantılarında değişiklikler yapabilme becerilerine ve motivasyonuna sahip olmaları gerektiği önermesine dayanmaktadır (Schulz and Nakamoto, 2013: 5).

Bir tanım yapacak olursak; güçlendirme “kişinin kendi kararlarını verebilmesi ve kişisel yaşamı üzerinde büyük oranda kontrol sahibi olmasının sağlanmasıdır” (Schulz et al., 1995: 309). Zimmerman (1995) ise “kişilerin kendilerine olan güvenlerinin bilgi, beceriler, aktif katılım, sosyal destek ağları ile artırılması” şeklinde tanımlamıştır. Güçlendirme çalışmaları, “iş birliği”, “sorun çözme”, “katılım”, “terapötik ilişki”, “eşitlik” ve “karar verme” kavramları kapsamaktadır ve bu kavramlar güçlendirme çalışmalarının felsefesini oluşturur (Barker et al., 2000: 9).

Güçlendirme kavramının ilk kez hastalarla ilişkilendirilmesi 1990’ların ilk başlarında Amerika Birleşik Devletleri’nde olmuştur (Garattini and Padula, 2018: 637).

Avrupa’da sağlık reformlarının önemli bir unsuru olarak kabul edilen "hastaların güçlendirilmesi ve değişimin merkezine hastaların konması" kavramı, Türkiye’de 1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin yayınlanmasıyla ilk kez gündeme geldiği görülmektedir (Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021: 464-465).

A. Hasta Güçlendirme

Funnell ve Anderson (2004), hasta güçlendirmenin tanımını “hasta merkezliliği ve iş birliğini içeren, hastaların içsel kapasitelerini keşfetmeye ve

geliştirmeye yardımcı olma yaklaşımı” şeklinde yapmıştır (Gürdap ve Cengiz, 2023: 75).

Bu yaklaşıma hastaların açısından bakarsak, hastaların öz-yeterlilik, yetkinlik ve kontrol sahibi olarak seçim yapmaları, karar verme sürecine aktif ve etkin bir şekilde katılmaları, ihtiyaç duydukları sağlık bilgisi kaynaklarına erişebilmeleri, başkalarıyla etkili iletişim ve ilişki kurmaları ve bu sayede yaşam kalitelerini iyileştirmek gibi çıktılar elde etmeyi amaçlayan bir süreç olarak görebiliriz. Bundan dolayı, “güçlendirilmiş hasta (empowered patient)”, güçlendirme sürecinin aktif öznesi konumunda olan ve “yapabilir hale gelen-etkinleştiren (enabling)” kişileri ifade etmektedir (Tekin, vd. 2009: 27).

Hastalar çok çeşitli yollarla kendileri veya başkaları tarafından güçlenebilir veya güçlendirilebilirler. Hastalara yönelik sağlık eğitimlerinin ve sağlığı geliştirici programların uygulanması hastaların sağlıklarını daha kontrollü yönetmelerine ve daha doğru seçimler yapmalarına yardımcı olabilmektedir. İnternet, gazete, medya gibi unsurlar da hastaların güçlendirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Bu konuda internetin önemi dikkat çekmektedir. Hastaların internet ortamlarındaki çok sayıdaki sağlık bilgisi kaynaklarından bilgiler elde etmesi hastaların güçlendirme sürecinde çok ciddi bir potansiyele sahip olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca yeni bir sosyal hareket olarak görülen kendi kendine yardım grupları, online destek grupları ve hasta dernekleri hastaları güçlendirme konusunda önemli kaynaklar arasında sayılabilmektedir (Tekin, vd. 2009: 28).

Hasta güçlendirme uygulamalarında yer alan aktörlere bir rol biçmek gerekirse; hastalar, bilgili aktif çalışan, sağlık profesyonelleri de eğitim, uygun bakım önerisi ve uzman tavsiyesi gibi destek yollarıyla hastaların hedeflerine ulaşmalarına ve bilinçli, doğru seçimler yapmalarına yardımcı rollerini oynamaktadır (Funnell and Anderson, 2004: 124).

Uzun dönem bakım gerektiren hastalıklarda güçlendirme hastalığa değil hastaya ve ailesine odaklı olmalıdır. Bu sayede hastalar sağlık sisteminin her seviyesinde yer alabilir ve ihtiyaçlarının daha iyi karşılanması için bakım hizmetlerinin tasarlanmasında iş birliği yapmalarına imkan sağlar (Kaya ve Işık, 2018: 30).

Hastaların güçlendirilmesi hem hastalar için hem de sağlık hizmeti sunucularına çeşitli faydalar sağlamaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Funnell and Anderson, 2004; Aujoulat et al., 2007; Kaya, 2018; Lambrinou et al., 2019; Ağlamış, 2021: 18):

- Hasta memnuniyeti artar
- Sağlık hizmetlerinde kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlar
- Sunulan bakım hizmetlerinin standartlaşmasını sağlar
- Hastalarda duygusal refahı artırır
- Hasta odaklı yaklaşımı artırır
- Sağlığın iyileştirilmesi sağlar
- Sağlık hizmetlerinde gereksiz iş yükünü azaltır
- Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iş birliğini geliştirir
- Hastalarda sağlık sorumluluğu bilincinin oluşmasını ve gelişmesini sağlar
- Hastaların öz-yönetim becerilerini artırır
- Hastalık yönetimini kolaylaştırır
- Tedavi sürecinin daha etkili olmasını sağlar
- Hastaların hastalığa karşı kontrolü elinde bulundurmalarını sağlar
- Hastalarda öz-yeterlilik duygusunu artırır
- Tedavi sürecinde hasta katılımı ve aktif hasta rolünü geliştirir
- Maliyetlerin ve sağlık harcamalarının azalmasını sağlar
- Uyumlu ilaç kullanımını artırır
- Hastalık bakımını kolaylaştırır
- Hastaların tedavi sürecine bağlılıklarını artırır
- Hastaların kendilerini daha rahat ifade edebilmelerini sağlar

- Hastalar ve sağlık profesyonellerinin daha etkili ve g¼c¼l¼ iletişim kurmasını sağlar
- Hastaların sağlıkları ile ilgili teknolojik gelişmeleri takip etme ve kullanma becerisi kazandırır

Hasta g¼c¼lendirme çalışmalarının d¼nyada genellikle hasta dernekleri tarafından yapıldığı g¼r¼lmektedir. T¼rkiye’de ise bu yaklaşımın daha yeni yeni ortaya çıktığı ve dolayısıyla hasta g¼c¼lendirme çalışmalarına daha az rastlanıldığı tespit edilmiştir. T¼rkiye’de yapılan çalışmalarına ‘‘T.C. Sağlık Bakanlığı’’, ‘‘T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu’’ ve ‘‘Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği’’ arasında yapılan iş birliği ile ‘‘Diyabette Hasta ve Yakınlarını G¼c¼lendirme Programı’’ ¼rnek verilebilir. Ayrıca literat¼re bakıldığında, çeşitli kronik hastalıkları olan bireylerin g¼c¼lendirme d¼zeyleri ile ilgili birçok çalışma olduğu g¼r¼lm¼řt¼r (Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021: 465).

Ancak g¼n¼m¼zde sağlık hizmeti sunan kurumların finansal açıdan zorluklar yaşadığı g¼r¼lmektedir. Yaşanan bu finansal zorluklar kurumların s¼rd¼r¼lebilirliđini kaybetmesine neden olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların bu ve bunun gibi zorluklarla baş edebilmesi için yenilikçi ¼z¼mler bulmaları gerekmektedir. Bu bağlamda hasta odaklı bakım, aktif hasta katılımı ve ¼z-y¼netim gibi unsurlar bu yenilikçi ¼z¼mleri tasarlarken ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde daha da ¼nemli bir hale gelmiştir (Vainauskien¼ and Vaitkien¼, 2021: 1). Hasta g¼c¼lendirme, hasta odaklı bakımın ¼n koşulu olarak g¼r¼lmektedir ve hasta g¼c¼lendirme sağlık sisteminin her seviyesinde katılım, politika oluşturma ve bakım hizmetlerinin ortak tasarımında aktif hasta katılımını sağlamaya odaklanmaktadır (G¼rdap ve Cengiz, 2023: 76).

B. Hasta G¼c¼lendirmeyi Etkileyen Fakt¼rler

Hastaların g¼c¼lendirilmesinde ¼z bakım y¼netimi, hasta katılımı ve hasta odaklı/merkezli bakım gibi fakt¼rlerin olumlu bir etkisinin olduğu d¼ř¼n¼lmektedir (Kaya ve Işık, 2018: 29). Bundan dolayı hastaların sağlık bakımı davranışlarını ve sağlık sonuçlarını ¼l¼lebilir değişiklere d¼n¼řt¼rmeyi amalan hasta g¼c¼lendirme, politika yapıcılar ortak karar alma, hasta odaklı bakım ve sağlık hizmetlerinin birlikte tasarlanmasını teşvik edici politikalar ve

stratejiler geliştirmeli veya bunları desteklemelidir (Coulter and Oldham, 2016: 114).

1. Öz Bakım Yönetimi

Öz bakım bireylerin “mevcut sağlık durumlarını daha iyi hale getirmek ve mevcut sağlık durumlarının daha kötüye gitmesini önlemek amacıyla bireyin yapması gereken mesuliyetleri yerine getirmesi” olarak ifade edilmektedir (İstek ve Karakurt, 2018: 179). Öz yönetim ise “bireyin bir görevi uygun şekilde yönetmesi için gözlemlene, kararlar alma, gerçekçi tepkiler verme süreci” olarak tanımlanmaktadır (Ağlamış, 2021: 23-24).

Güçlendirilmiş hastalardan hastalıklarını kendi kendine yönetebilme yeteneği ve sağlık durumları üzerinde verecekleri kararların daha bilgili ve özgüvenli olması beklenmektedir (Roter et al., 2001: 83-84). Kronik hastalığa sahip bireylerde öz yönetim, bireylerin günlük yaşantısında hastalıklar sebebiyle ihtiyacı olan gereksinimi gidererek hastalığa karşı daha güçlü edebilmesini amaçlamaktadır (Şentürk, 2021: 10). Bu yüzden öz-yönetimin geliştirilmesi bilhassa kronik hastalar açısından büyük önem taşımaktadır (Ağlamış, 2021: 24).

2. Hasta Odaklı/Merkezli Bakım

Literatüre bakıldığında birçok çalışmada hasta güçlendirmenin hasta odaklı/merkezli olmayla özdeşleştirildiği görülmektedir. Hasta odaklı/merkezli olmadaki amaç sağlık hizmeti veren kişi ya da kurumların hizmet verirken hastanın beklenti ve ihtiyaçlarını göz önüne alarak verdikleri hizmetin kaliteli olmasını sağlamaktır (Holmström and Röing, 2010: 171). Ayrıca hasta odaklı/merkezli olma hastanın istek, tercih ve değerlerine saygı gösterilmesini de kapsamaktadır (Bakır ve Demir, 2020: 110).

Araştırmalar, bu yaklaşımın maliyetleri azalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azalttığı ve sağlık çıktılarının iyileşmesine katkı sağladığı görülmüştür (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020: 98).

Hasta odaklı/merkezli bakımın sekiz ilkesi vardır be bu ilkeler “Picker İlkeleri” olarak anılmaktadır. Picker İlkeleri 1987 yılında ABD’de yürütölen bir araştırmada ortaya çıkmıştır. Halen de kullanılmaktadır (Picker Institute, Impact Report, 2019).

Picker (1987)'a göre hasta merkezli/odaklı olmanın başarılabilmesi için gerekli olan sekiz ilke şunlardır:

- Güvenilir sağlık kaynaklarına erişimde hızlı olma
- Sağlık hizmeti sunumunda güvenilir profesyoneller ile etkili tedavi uygulama
- Kararlara katılım ve tercihlere saygı duyma
- Bakım sürekliliği ve sorunsuz düzelme
- Kişisel bakım için açık bilgi, iletişim ve destek olma
- Hastanın ailesi ve refakatçileri için katılım ve destek olma
- Duygusal destek olma ve empati kurabilme
- Fiziksel ve çevresel ihtiyaçlara dikkat etme

Sonuç olarak zaman zaman birbirleri yerine de kullanılan hasta katılımı, hasta merkezlilik/odaklılık ve hasta güçlendirme kavramlarının birbirini desteklediğini görülmektedir (Dalkılıç, 2022: 61).

3. Hasta Katılımı

Hasta katılımı bireysel ve kolektif hasta katılımı olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireysel hasta katılımı, tedaviyi etkileme, ortak karar verme sürecine katılma hakkını ve sorumluluğunu içermektedir. Hastalara verilen ilk öz-yönetim eğitimi, sürekli destek ve bilgilendirilmiş katılım güçlendirme sürecinin temel basamaklarından biridir. Kolektif hasta katılımı ise “hem yerel hem de ulusal düzeylerde sağlık hizmetlerinin, sosyal hizmetlerin, toplum kaynaklarının ve politikaların şekillendirilmesinde hastaların katkısı” olarak tanımlanmaktadır (Funnell, 2016: 1921).

Başka bir deyişle “hastaların tedavisinin her adımında verilecek kararlar, eğitim programları vb. gibi etkinliklerde aktif bir şekilde katılmasıdır” denebilmektedir (Ağlamış, 2021: 31).

Zhang et al., (2017), hasta katılımının, başarılı sağlık yönetimi ve hasta merkezli/odaklı bakımın temel bileşeni olduğunu söylemektedir. Bilhassa kronik hastalığı olan bireylerde memnuniyetin arttığını, ilaç yönetiminin iyileştiğini,

yaşam kalitelerinin arttığını ve sağlık hizmeti maliyet ve harcamalarının azaldığını ifade etmiştir (Zhang et al., 2017: 2).

Diyabet hastaları üzerine yapılan araştırmalarda, aktif bir hasta katılımı gösteren hastaların sağlık profesyonelleri ile daha rahat iletişim kurduğunu, üç aylık kan şekerelelerinin daha düşük olduğu ve hastalıklarını daha başarılı bir şekilde kontrol ettikleri sonucu bulunmuştur (Roter et al., 2001: 83). Buna ilaveten aktif hasta katılımının, hasta güvenli konusunda da olumlu bir etki yapacağı düşünülmektedir (Palteki, 2018: 17).

Sonuç olarak hasta katılımı sayesinde daha iyi bakım kalitesi, erişebilirlik, artan hasta güvenliği, artan hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sağlayıcılarında daha fazla empati ve daha iyi iletişim becerileri, bilgilendirilmiş ve güçlendirilmiş hasta beklenmektedir (Castro et al., 2016: 1930).

C. Kronik Hastalıklar ve Hasta Güçlendirme

Güçlendirme, “sağlık profesyonelleriyle hastalar arasındaki rollerin, ilişkilerin ve hasta özerkliğinin güçlendirilerek desteklenmesi, hastaların tedavilerine ait kararlara dâhil edilmesi” olarak tanımlanabilmektedir. Araştırmalar, “güçlendirme modeli”nin kronik hastalıklarla mücadele etmeye karşı oldukça etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Hastaların güçlendirilmesi sürecinde bilgi, beceri ve güvenin aktarım yönü sağlık profesyonelinden hastalara doğrudur. Bu başarılabilirse hastalar kendilerini idare etme konusunda uzunca bir süre sağlık profesyonellerine ihtiyaç duymayabileceklerdir (Olgun ve Ulupınar, 2004: 58).

Dünyada ortalama yaşam süresinin artmasıyla kronik hastalık yükü de giderek artmış, ülkeler ekonomi anlamında büyük bir tehlikeyle baş başa bırakmıştır. Bu durum kronik hastalıkların bakımı ve yönetimiyle ilgili çeşitli programların oluşturulmasını zorunlu hale getirmiştir (Davis et al., 1999: 1090). Kronik hastalık yönetimi sadece tedavi sürecini kapsamamaktadır. Bundan çok daha fazlasını ifade etmektedir. Hasta güçlendirme, hastalara öz-yönetim becerisi kazandırmak için birçok farklı eğitim-öğretim yöntemiyle yetiştirilip güçlendirilmesini kapsamaktadır (Beaglehole et al., 2008: 943). Dünya Sağlık Örgütü’ü dünyada insanların hastalıklarına karşı güçlendirilmesini önemli

stratejilerinden biri olarak açıklamıştır. Bu sayede hastaların hastalıklarıyla başa çıkabilmeleri, planlar geliştirerek kendilerine özgü kararlar alabilmeleri ve yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir (Dashiff and Bartolucci, 2002: 96).

Hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimde hastanın güçlendirilmesi genellikle kronik rahatsızlıkları olan kişileri güçlendirmeye odaklanmıştır (Holmström and Röing, 2010: 169). Hasta güçlendirme, hastaların kendi hastalığını yöneterek sağlık kontrolünü kazanarak kronik bir rahatsızlığa uyum sağladığı bir süreci ifade eder. Güçlendirme birtakım hastaların iyi bilinen öngörücüsüdür. Bundan dolayı kronik hastalıklarda güçlendirmeyi artıran müdahaleler sağlık çıktılarını iyileştirmek için yaygın olarak kullanılan araçlar haline gelmiştir (Náfrádi et al., 2008: 511).

Hasta güçlendirmenin kavramsal çerçevesi çeşitli unsurlar içermektedir. Bu unsurlara örnek olarak hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimi vurgulaması, hastaya psikolojik destek sağlama ve hasta bilgilendirmesi verilebilmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu gün geçtikçe hekim odaklı yaklaşımdan hasta odaklı yaklaşıma doğru evrilmekte, hatta bu paradigma değişimi bir zorunluluk haline gelmektedir. Bu değişim sağlık hizmetinin en önemli tüketicisi konumunda olan hastalar ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkinin sınırlarını yeniden belirlemekte, hastalarında tedavi sürecine dahil edilmesiyle ve kararlara katılımının sağlanmasıyla hasta güçlendirme kavramı içerisinde değerlendirilmektedir (Kaya ve Işık, 2019: 29).

Günümüzde kronik hastalık yükünün artması toplumu, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğine teşvik etmektedir. Bunun yanında bireyleri hastalık yönetiminde aktif bir rol sağlayan stratejiler geliştirmeye ve bu stratejileri uygulamaya zorlamaktadır (Acuña Mora et al., 2018: 2).

Hasta güçlendirme uygulamalarında karar verme süreci çok önemlidir. Akut hastalıklarda, hastalar tarafından verilecek kararlar sınırlı olmakta ve bu hastalıklar kısa sürmektedir. Ancak kronik hastalığı olan hastalar için verilecek kararlar hastaların tüm yaşamlarını etkilemekte ve bu hastalıklar uzun yıllar hatta ömür boyu sürebilmektedir. Araştırmalar kronik hastalıkları olan hastaların tedavi sürecine dahil olmasının ve bu hastaları güçlendirmenin olumlu hasta sonuçları ile hasta memnuniyetini artırdığını ortaya koymuştur (Jørgensen et al., 2018:

293). Bunun dışında hasta güçlendirme uygulamalarının kronik hastalıklar üzerinde çok çeşitli olumlu sonuçları ortaya koyan çalışmalar vardır. Örneğin Yılmaz ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları çalışmada hasta güçlendirme uygulamalarının kronik hastalığa sahip bireylerde yaşam kalitesini artıracığı sonucu gözlemlenmiştir. Bilhassa kronik hastalığı olan hastaların güçlendirilmesi bu hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırmaktadır. (Yılmaz, vd. 2020: 97).

Diabetes Mellitus (DM) ve hasta güçlendirme uygulaması üzerine Anderson ve arkadaşları (1995) bir çalışma da hastaların güçlendirme programına katılması sonucunda psikososyal öz-yeterliliklerinde ve DM ile ilgili tutumlarında iyileşme sağlanıp sağlanamayacağı ve hastaların kan şekerinde azalma ile sonuçlanıp sonuçlanmayacağını belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapmıştır. Araştırmanın sonucunda da hastanın güçlendirilmesinin DM ile yaşamının psikososyal yönlerini ele almak için eğitimsel müdahaleler geliştirmede etkili bir yaklaşım olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca hastanın güçlendirilmesinin kan şekeri kontrolünün iyileştirilmesine de yardımcı olduğu tespit edilmiştir. Etkili bir kişisel bakım kapasitesi gerektiren astım ve DM gibi kronik hastalıkların yönetiminde güçlendirme uygulaması merkezi bir öneme sahiptir (Segal, 1998: 31).

Kronik hastalıkların tedavisinde bazen hastalar uzmanlarca önerilen tavsiyelere aykırı bir öz-bakım uygulaması gerçekleştirmektedir. Sağlık uzmanlarının bu konuya tepki göstermesinden çekinerek itirazlara veya eleştirilere maruz kalmamak için kendi öz bakımları hakkında bazı bilgileri gizlemeyi veya bazı bilgiler konusunda yalan söylemeyi tercih etmektedir (Paterson, 2001: 578). Bu gibi olumsuz durumların ortaya çıkmasını engellemek hastanın tedavi sürecine şeffaf bir şekilde katılımını sağlamak la mümkün olabilir. Çünkü hastalara verilen tavsiyelerin hastalar tarafından uygulanıp uygulanamayacağı sorusunun sürecin en başında cevap bulunması tedavi sırasında süreci şeffaf bir hale getirecektir. Kısaca kronik hastalığa sahip bireylerin kronik hastalıklarını daha iyi kontrol etme ve yönlendirme yeteneği söz konusu hastaların güçlendirilmesi ile mümkün olabilmektedir (Ağlamış, 2021: 21)

D. Hasta Güçlendirmenin Sonuçları

Hasta güçlendirme sonucunda, bireylerin yalnızca hastalıklarını yönetmede değil sosyal hayatlarında da pozitif sonuçlar ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu sosyal hayatta ortaya çıkan olumlu çıktılara şunlar örnek verilebilmektedir; negatif duygularla başa çıkma potansiyelinin artması, etrafındaki insanlarla kurduğu ilişkilerde iyileşme, karar ve davranış değişikliklerinin uygulanması, sorumluluk duygularında artış ve gelişmiş kontrol yeteneklerinin artması (Aujoulat et al., 2007: 16). Ayrıca psikolojik sağlığı , hekim ile hasta arasındaki iletişimi, sağlıklı beslenme ve öz-yeterliliği geliştirmektedir (Barr et al., 2015: 2). Yapılan çalışmalarda hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylere hasta güçlendirme tekniklerinin öğretilip uygulanmasının yaşam kalitelerinde bir artışa neden olduğu belirtilmektedir (Yılmaz, vd. 2020: 97). Arnold et al., (1995), geleneksel tıbbi bakım modelinin, diyabet hastalığı olan bireylerin yaşantısının “duygusal”, “psikolojik”, “sosyal” ve “bilişsel” yönlerini dikkate almadığını belirterek; hasta güçlendirme programının, “hastaların hedef belirleme, problem çözme, stres yönetimi ,hastalıkla başa çıkma, sosyal destek olma ve motive etme konularında beceri ve öz farkındalık geliştirmelerine yardımcı olarak bu psikososyal alanları da ele aldığını” ifade etmektedir (Dalkılıç ve Kurtoglu, 2021: 462).

Hasta güçlendirme programlarının sonucunda beklenen sonuçlardan bazıları da aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Aujoulat et al., 2007: 17):

- Hastaların memnuniyet düzeylerinin artması
- Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin artması
- Hastalar ile hizmet sağlayıcıların etkileşiminin artması
- Hastaların soru sormada öz-yeterliliklerinin artması
- Hasta katılımının artması
- Hastaların depresyon, anksiyete ve duygusal sıkıntı düzeylerinin düşmesi
- Hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesi

- Hastaların olumsuz sağlık davranışlarında değişiklikler yapması
- Hastalık üzerindeki kontrolün artması

Sağlık sistemi tarafından beklenen sonuçları ise şöyledir (Bridges et al., 2008):

- Hastalara saygının artması
- Bağlılığın artması
- Maliyetlerde azalma

Hastalar güçlendikçe; daha fazla sağlıklarının farkında olacak, sağlık profesyonelleri ile daha etkili bir iletişim kurabilecek, kullanması gereken ilaçları düzenli ve doğru kullanacak, daha olumlu sağlık davranışları benimseyecek, haklarının daha fazla farkında olacak ve sağlıklarıyla ilgili aktif ve katılımcı bir role geçerek doğru zamanda doğru sağlık kurumunu seçebilecek, hastalığı konusunda tanı ve tedavi sürecinde üzerine düşeni yapacak, koruyucu önlemlerin ve sağlığı geliştirici faktörlerin farkında olacaktır.

Hasta olacak güçlendirilmiş bir birey için önkoşul değildir. Hastalıklara karşı koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması sadece bireylerin kendisinin değil yakınlarının ve toplumun olumlu sağlık davranışları geliştirmesi ve dolayısıyla sağlıklı yaşamın artırılması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca hasta güçlendirme sayesinde gereksiz hastane ziyaretlerin de azalma ve sağlık profesyonellerinin çalışma şartlarının düzelmesi gibi çeşitli sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.

Hastaların, güçlendirmenin boyutlarından olan “öz-yeterlilik”, “kontrol” ve “yetkinlikler”e sahip olması; hastayı, hekimi amacına ulaşmak için sadece bir araç olarak görme gibi bir sığ düşünce içine girmesine sebep olabilmektedir. Bu düşünceye girmesi sonucu olumsuz bir hasta-hekim iletişimi meydana gelebilir. Hekim-hasta iletişimi, hekimin sahip olduğu kurumsal otoriteden ve bilgiden dolayı asimetrik bir yapıya sahiptir (Şengün, 2016: 41). Olumsuz iletişim sonrasında öfke ve reddetme, kasıtlı olarak otoriteyi baltalama, hastalığı simüle etme, etkili bir rol üstlenmeye çalışma gibi davranışlar ortaya çıkabilecektir (Petrič et al., 2017: 2). Bu durum hastanın sağlık probleminin daha iyiye gitmesini sağlamayacaktır. Tam tersine daha kötüye gitmesine sebep olacaktır.

Sağlık okuryazarlığı bu noktada 6n plana 6ıkmaktadır. Hastaların g6çlendirilmesi y6ksek sağlık okuryazarlığı ile dengelendiğinde daha etkili olacaktır. Y6ksek derecede hasta g6çlendirmesi olmadan y6ksek d6zeyde sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık 6alışanlarına gereksiz bir bağımlılık yaratırken, sağlık okuryazarlığı derecesi olmadan y6ksek derecede g6çlendirme, tehlikeli sağlık tercihleri riskini doğurmaktadır (Dalkılı6 ve Kurtoğlu, 2021: 468; Schulz and Nakamoto 2013: 4).

V.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amaç ve önemi, araştırmanın deseni, güç analizi, evreni, örnekleme, varsayımları, kısıtları, veri toplama araçları, güvenilirlik analizi, hipotezleri ve yapılan istatistiksel analizleri ile ilgili bilgiler verilecektir.

A. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu tezin amacı günümüzde giderek daha önemli bir hale gelen e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirmenin ulusal ve uluslararası literatürde birlikte ele alındığı bir çalışmanın olmaması ve bundan dolayı gelecekte konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara ışık tutarak rehberlik etmesidir.

Günümüzde bireylerin sağlıkları ile ilgili kararları kendilerinin alabilmesi ve sağlıklarını aktif bir şekilde yönetebilmesi gereklidir. Bu durum kronik hastalığa sahip bireyler için daha kritik bir önem taşımaktadır. Çünkü kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarını ve tedavi süreçlerini etkin bir şekilde yönetmek için ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine erişebilmede daha fazla zorluk yaşamaktadır. E-sağlık uygulamaları, hastaların ihtiyaç duyduğu bu bilgilere erişimi kolaylaştırabilmektedir. Ancak elektronik ortamlarda bulunan bu bilgiler bireylerin yanlış kararlar verebilmelerine hatta sağlıklarını kaybetmelerine neden olabilmektedir. Bu bağlamda gerek kaynakların etkin ve verimli kullanılması gerekse de hastalıkların daha başarılı yönetilmesinde e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirmenin anahtar bir rol oynadığı düşünülmektedir.

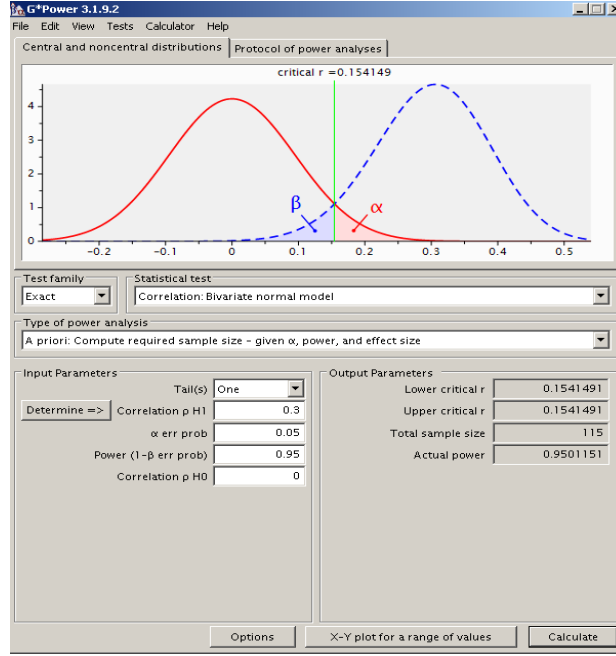
Bu çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerde e-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığına etkisinde hasta güçlendirmenin düzenleyici (moderatör) rolü olup olmadığı araştırılmıştır.

B. Araştırmanın Deseni

Bu çalışma, deneysel olmayan nicel tarama yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma nicel tarama yöntemlerinden tarama deseni ile yapılmıştır. Tarama deseni, bir evren içinden örneklem seçilmesi ve örneklem üzerinde çalışmalar yapılmasıyla evrendeki genel eğilimlerin, tutumların ve görüşlerin nicel olarak betimlenebilmesini sağlamaktadır. Tarama deseni, belirli bir konu veya sorun hakkındaki görüşleri bir dizi soruyla belirlemek için seçilen bir örneklem üzerinde çalışmalar yapmayı içermektedir. Seçilen gruptaki bireylerden, grubun mevcut durumunu belirlemek ve görüşleri, inançları ve tutumları hakkında bilgi edinmek amaçlanmaktadır. Örneklem yöntemi seçkili örneklem yöntemlerinden basit tesadüfi (rastsal) örneklem yöntemidir.

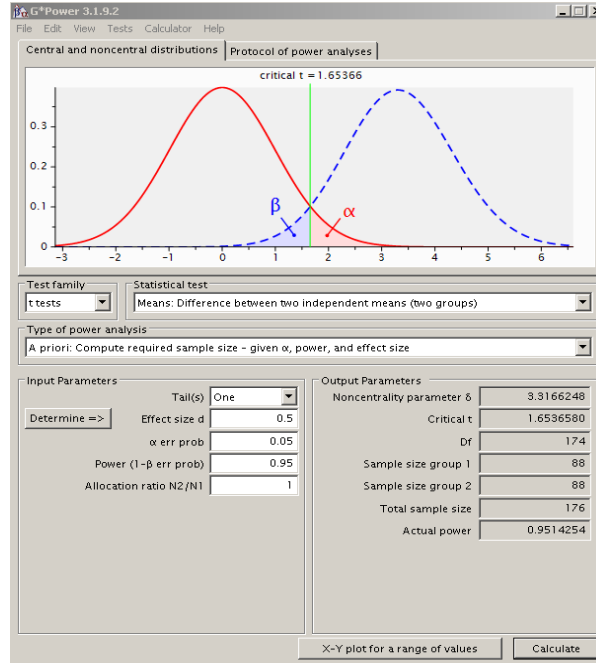
Bu araştırmanın evreni, İstanbul'da yaşayan ve en az bir kronik hastalığa sahip bireylerdir. Araştırmanın örneklemini ise, bu koşula uygun ve çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 18-70 yaş arasındaki 322 bireyden oluşmaktadır. Kronik hastalığı olan birey sayısı İstanbul ili için herhangi bir kaynakta yer almadığı için, evren sayısı net biçimde bilinmemektedir.

Bu çalışmada, ilişki ve grup farklılıkları analizi yapılacağından dolayı bu iki yönetime yönelik güç analizi (Power Analiz) yapılmış ve en az kaç örneklem ihtiyacı duyulacağı belirlenmiştir. Güç analizi, G*POWER 3.1 sürümü kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Cohen (1988) ve Parajapati vd. (2010) çalışmalarında, istatistiksel gücün $1-\beta=0.80$ 'nin yeterli olduğu ifade edilmiştir. Bu oran bu çalışmada daha da yüksek tutularak $1-\beta=0.95$ üzerinden korelasyonlar ve grup farklılığı hesaplanacağı belirtilerek sonuçların elde edilmesi sağlanmıştır. İstatistik anlamlılık $\alpha=0.05$ alınmıştır.



Şekil 3. İlişki Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı

Güç analizi yapılarak ilişki analizinin geçerli sayılabilmesi için en az 115 örneklem gerektiği saptanmıştır. Bu çalışmada 322 örneklem ile çalışılmıştır. Bu durumda çalışmanın geçerliliği, çalışılan örneklem gerekli örneklemden büyük olduğu için sağlanmıştır.



Şekil 4. Grup Farklılığı Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı

Güç analizi yapılarak grup farklılığı analizlerinin geçerli sayılabilmesi için en az 176 örneklem gerektiği saptanmıştır. Bu çalışmada 322 örneklem ile

çalışılmıştır. Bu durumda çalışmanın geçerliliği, çalışılan örneklem gerekli örneklemden büyük olduğu için sağlanmıştır.

C. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları

Anket çalışmasına katılan katılımcıların, ankette bulunan demografik bilgiler ve ölçeklerde yer alan sorulara tamamen gerçek duygu ve düşünceleri ile cevap verdikleri varsayılmıştır. Tüm katılımcıların ankete isteyerek katıldığı ve bütün sorulara doğru ve eksiksiz cevap verdiği kabul edilmiştir. Aynı zamanda, tüm katılımcıların soruların gerçek anlamını anladığı varsayılmıştır. Örneklem sayısını arttırmada zorluklarla karşılaşmış olup anket çalışması sırasında mail kontrolü yapmayan kişiler örnekleme dahil edilmemiştir. Anket, İstanbul ilinde yaşayanlar ve kronik hastalığı olanlar ile sınırlandırılmıştır.

D. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veriler 4 kısımdan oluşan anket formu ile elde edilmiştir. Anketin birinci bölümü, katılımcıların demografik bilgilerini içeren 5 sorudan (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, genellikle hizmet aldığı sağlık kurumu) oluşmaktadır. İkinci bölümü, “E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (“1:Kesinlikle katılmıyorum-5:Kesinlikle katılıyorum”), üçüncü bölümü, “Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği” (“1:Kesinlikle katılmıyorum-5:Kesinlikle katılıyorum”) ve dördüncü bölümü, “Hasta Güçlendirme Ölçeği” (“1:Kesinlikle katılmıyorum-5:Kesinlikle katılıyorum”) olarak “5’li Likert” biçiminde yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümünde yer alan “E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Tamer Gencer, (2017) tarafından yapılmıştır. Toplam 8 sorudan oluşan ölçek; tek boyutlu olup, iç tutarlık katsayısı 0,863, test-tekrar test güvenilirliği 0,886’dır. Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı orijinal çalışmada 0,91; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik yapılan çalışmada da 0,91 olarak yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Anketin üçüncü bölümünde yer alan “Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği”, Özer ve Yılmaz, (2020) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 4 alt boyut (değişim,

sosyalleşme, sorumluluk, beslenme) ve 15 sorudan oluşmaktadır. Cronbach alfa değeri 0,813 ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,849 olarak tespit edilmiş ve ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. Ölçekten alınacak en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Ölçekten yüksek puan alınması sağlıklı yaşam farkındalığı düzeyinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Anketin dördüncü bölümünde yer alan "Hasta Güçlendirme Ölçeği", Small vd. (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kaya ve Işık (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5 alt boyut ("kimlik/özdeşleşme", "kişisel kontrol", "karar alma", "bilme ve anlama", "başkaları ile etkileşim") ve 37 sorundan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ölçek geneli için 0,920 olarak hesaplanmıştır. Bu durum ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

E. Verilerin İstatistiksel Analizi

Bu araştırmada yararlanılan ölçeklerden gelen verilerin analizi için IBM SPSS 27.0 sürümü kullanılmıştır. İlk aşamada, anketteki demografik ve genel bilgileriyle ilgili bölümü için yüzde ve sıklık dağılımları sunulmuştur. Ayrıyeten ölçeklere yönelik verilen cevaplara ilişkin yüzde ve sıklık dağılımları ile ortalama cevap ve standart sapma değerleri verilmiştir. Dağılımların normal olup olmaması analizlerde faydalanılacak olan yöntemlerin belirlenmesini sağlamaktadır. Bundan dolayı, ölçek boyutlarına Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik sınamaları yapılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edildiğinden, gruplar arasındaki farklılıkları test etmek için her bir ikili grup için Mann-Whitney-U testi ve üçlü ve daha fazla grup için Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır. Ortaya çıkan gruplar arasındaki farkların kaynağının ne olduğunu bulabilmek amacıyla ortalama sıra (mean rank) değerleri incelenmiştir. Ölçek dağılımı normal dağılıma uygun olmadığı için ilişki analizlerinin sınanmasında Kendall's tau_b korelasyon analizi kullanılmıştır. En son adımda, ilişkilerin belirlenmesi ve hipotezlerin test edilmesi için regresyon analizi yapılmış ve en küçük kareler algoritmasının varsayımlarını sağlamak amacıyla Newey-West algoritmasıyla çözümler elde edilmiştir.

F. Anketin Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirlik sınaması için kullanılan testler şunlardır: "Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)". Tüm kriterler için elde edilen sonuçlar %70'i aştığında iç tutarlık ve güvenilirlik sağlanmış olmaktadır. Çizelge 1'de görüldüğü üzere, 4 kriterin sonuçları %70 değerini aşmış ve güvenilirlik sağlanmış olarak ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, analiz çıktılarının da güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 1. Çizelge 1. Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

Kriterler	Anketin Güvenirlilik Sonuçları
Cronbach_Alpha	0.898
Split	0.896-0.899
Parelel	0.898
Strict	0.899

G. Araştırmanın Hipotezleri ve Model

Araştırmada sınanacak hipotezler şöyledir;

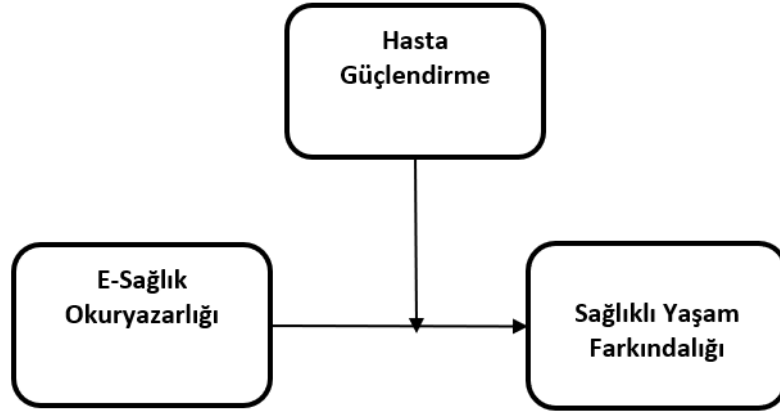
H1: E-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam farkındalığı istatistik anlamlı ilişkilidir.

H2: E-sağlık okuryazarlığı ile hasta güçlendirme istatistik anlamlı ilişkilidir.

H3: Hasta güçlendirme ile sağlıklı yaşam farkındalığı istatistik anlamlı ilişkilidir.

H4: E-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığına etkisinde hasta güçlendirmenin düzenleyici (moderatör) rolü vardır.

H5: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, genellikle hizmet aldığı sağlık kurumu açısından e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirme için anlamlı farklılık vardır.



Şekil 5. Araştırmanın Modeli

VI. BULGULAR

Bu kısımda ankete katılım gösteren hastaların demografik ve genel bilgilerine ilişkin yüzdeler, ölçek sorularına verilen cevapların yüzdeler ve ortaya konan hipotezlerin sınanmasına yönelik grup farklılığı ve ilişki analizi yapılmış sonucu ortaya çıkan bulgular yer almaktadır.

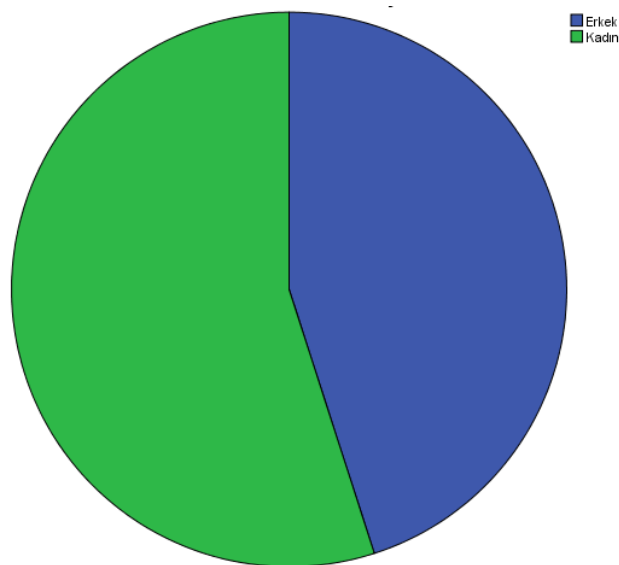
A. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Örneklem grubundaki katılımcıların anketin ilk kısmındaki demografik ve genel özelliklerine yönelik bilgileri şöyledir:

Çizelge 2. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım

Cinsiyetiniz	<i>f</i>	%
Erkek	145	45,0
Kadın	177	55,0
Toplam	322	100,0

Katılımcıların %45'i erkek, %55'i ise kadındır.

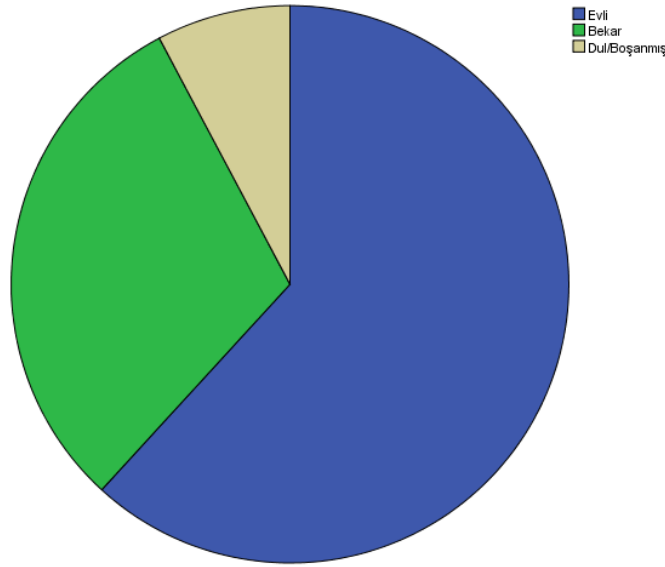


Şekil 6. Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 3. Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım

Medeni Durum	<i>f</i>	%
Evli	199	61,8
Bekar	98	30,4
Dul/Boşanmış	25	7,8
Toplam	322	100,0

Katılımcıların %61,8'i evli, %30,4'ü bekar, %7,8'i dul/boşanmıştır.

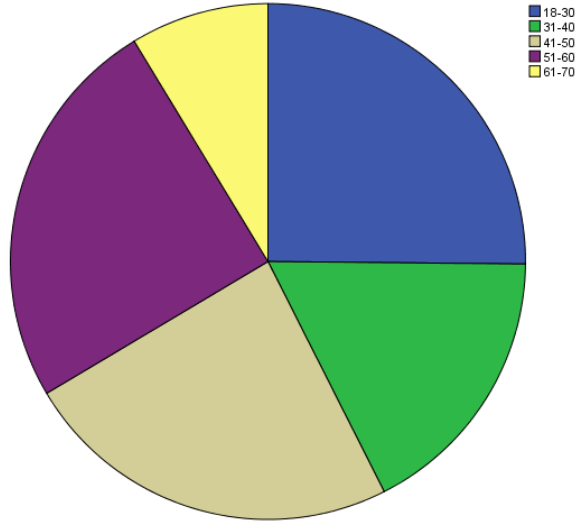


Şekil 7. Medeni Durum Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 4. Katılımcıların Yaş Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım

Yaş	<i>f</i>	%
18-30 yaş arası	81	25,2
31-40 yaş arası	56	17,4
41-50 yaş arası	77	23,9
51-60 yaş arası	80	24,8
61-70 yaş arası	28	8,7
Toplam	322	100,0

Katılımcıların %25,2'si 18-30 yaş arasında, %17,4'ü 31-40 yaş arasında, %23,9'u 41-50 yaş arasında, %24,8'i 51-60 yaş arasında, %8,7'si ise 61-70 yaş arasındadır.

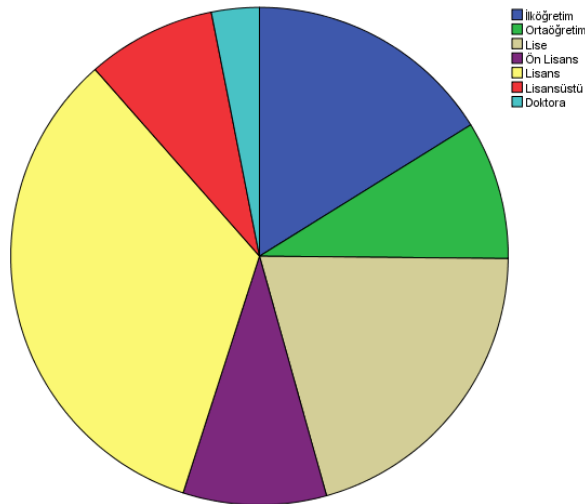


Şekil 8. Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 5. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım

Eğitim Durumu	<i>f</i>	%
İlköğretim	52	16,1
Ortaöğretim	29	9,0
Lise	66	20,5
Ön Lisans	30	9,3
Lisans	108	33,5
Lisansüstü	27	8,4
Doktora	10	3,1
Toplam	322	100,0

Katılımcıların %16,1'i ilköğretim, %9'u ortaöğretim, %20,5'i lise, %9,3'ü ön lisans, %33,5'i lisans, %8,4'ü lisansüstü, %3,1'i ise doktora eğitimine sahiptir.

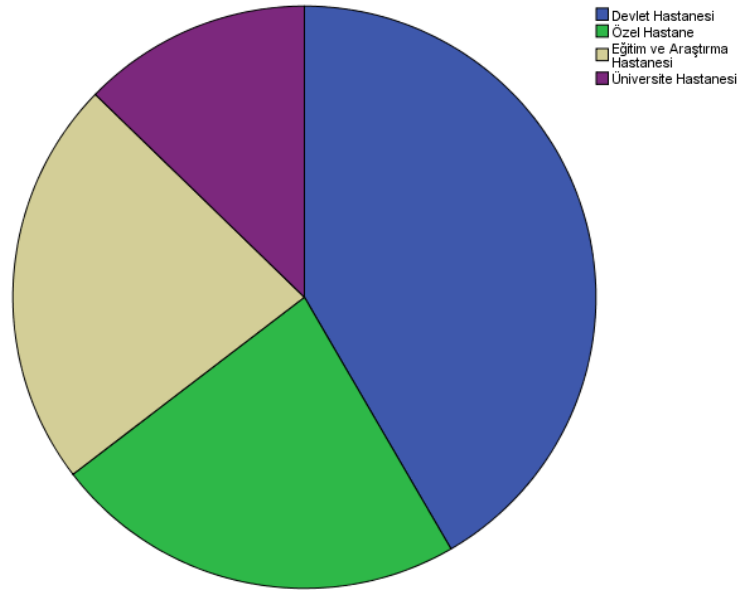


Şekil 9. Eğitim Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 6. Katılımcıların Tercih Ettiği Sağlık Kurumu Değişkenine İlişkin Yüzde Dağılım

Tercih Edilen Sağlık Kurumu	<i>f</i>	%
Devlet Hastanesi	134	41,6
Özel Hastane	74	23,0
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	22,7
Üniversite Hastanesi	41	12,7
Toplam	322	100,0

Katılımcıların %41,6'sı devlet hastanesini, %23'ü özel hastaneyi, %22,7'si eğitim ve araştırma hastanesini, %12,7'si ise üniversite hastanesini tercih etmiştir.



Şekil 10. Tercih Edilen Sağlık Kurumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

B. Ölçeklere Yönelik Yüzde Dağılım Bilgileri

Çalışmanın bu aşamasında, kullanılan ölçeklere yönelik cevap yüzdeleri ve cevap ortalamalarına yer verilmiştir.

Çizelge 7. . E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler						Ort. ± Ss.	
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		
1 İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.	6,2	14,3	21,7	41,9	15,8	3,47	± 1,11
2 İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.	7,5	11,5	21,1	43,5	16,5	3,50	± 1,12
3 İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.	7,1	12,1	18,9	45,7	16,1	3,52	± 1,12
4 Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.	5,3	8,4	19,3	47,8	19,3	3,67	± 1,05
5 İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.	4,3	9,6	19,6	49,7	16,8	3,65	± 1,01
6 İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.	4,3	7,5	21,4	49,1	17,7	3,68	± 0,99
7 İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.	3,4	7,1	19,3	52,2	18,0	3,74	± 0,95
8 Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum.	5,3	9,0	19,9	50,6	15,2	3,61	± 1,02
E-Sağlık Okuryazarlığı Boyutu Genel Ortalama	3,61						

Önerme 1: “İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.” Önermesine katılımcıların %6,2’si “Hiç Katılmıyorum”, %14,3’ü “Katılmıyorum”, %21,7’si “Kararsızım”, %41,9’u “Katılıyorum”, %15,8’i “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,47 ve standart sapma ise 1,11 olarak bulunmuştur.

Önerme 2: "İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum." Önermesine katılımcıların %7,5'i "Hiç Katılmıyorum", %11,5'i

"Katılmıyorum", %21,1'i "Kararsızım", %43,5'i "Katılıyorum", %16,5'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,50 ve standart sapma 1,12 olarak bulunmuştur.

Önerme 3: "İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum." Önermesine katılımcıların %7,1'i "Hiç Katılmıyorum", %12,1'i "Katılmıyorum", %18,9'u "Kararsızım", %45,7'si "Katılıyorum", %16,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,52 ve standart sapma 1,12 olarak bulunmuştur.

Önerme 4: "Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum." Önermesine katılımcıların %5,3'ü "Hiç Katılmıyorum", %8,4'ü "Katılmıyorum", %19,3'ü "Kararsızım", %47,8'i "Katılıyorum", %19,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,67 ve standart sapma 1,05 olarak bulunmuştur.

Önerme 5: "İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum." Önermesine katılımcıların %4,3'ü "Hiç Katılmıyorum", %9,6'sı "Katılmıyorum", %19,6'sı "Kararsızım", %49,7'si "Katılıyorum", %16,8'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,65 ve standart sapma 1,01 olarak bulunmuştur.

Önerme 6: "İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim." Önermesine katılımcıların %4,3'ü "Hiç Katılmıyorum", %7,5'i "Katılmıyorum", %21,4'ü "Kararsızım", %49,1'i "Katılıyorum", %17,7'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,68 ve standart sapma 0,99 olarak bulunmuştur.

Önerme 7: "İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim." Önermesine katılımcıların %3,4'ü "Hiç Katılmıyorum", %7,1'i "Katılmıyorum", %19,3'ü "Kararsızım", %52,2'si "Katılıyorum", %18,0'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,74 ve standart sapma 0,95 olarak bulunmuştur.

Önerme 8: "Sağlığa ilişkin kararlar verirken internette bilgi kullanımında kendime güveniyorum." Önermesine katılımcıların %5,3'ü "Hiç Katılmıyorum", %9,0'i "Katılmıyorum", %19,9'u "Kararsızım", %50,6'sı "Katılıyorum", %15,2'si

"Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,61 ve standart sapma 1,02 olarak bulunmuştur.

Çizelge 8. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler						Ort. ± Ss.	
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		
1							
Sosyalleşme Alt Boyutu							
Sosyal medyada sağlıklı ilgili paylaşımlar gördüğümde okumaya ya da izlemeye dikkat ederim.	3,1	9,6	14,6	50,0	22,7	3,80	± 1,00
2							
Televizyonda sağlıklı ilgili programlar veya haberler gördüğümde izlemeye dikkat ederim.	5,9	9,0	15,5	49,7	19,9	3,69	± 1,07
3							
Sağlıkla ilgili konuların konuşulduğu ortamlara dikkatimi veririm.	1,6	5,0	11,8	55,3	26,4	4,00	± 0,85
4							
Yakın çevremın sağlığım hakkında verdiği tavsiyeleri dikkatlice dinlerim.	3,7	8,7	15,8	51,9	19,9	3,75	± 0,99
5							
Sorumluluk Alt Boyutu							
Olumsuz sağlık davranışlarımın bedenimde nasıl bir etki yarattığını fark ederim.	0,6	0,9	10,9	57,8	29,8	4,15	± 0,69
6							
Duygu ve düşüncelerimin sağlığımı nasıl etkilediğine dikkat ederim.	0,9	1,6	10,9	57,5	29,2	4,12	± 0,73
7							
Sağlığıma zarar veren davranışlarda bulunduğumda, onları hemen fark ederim.	0,9	1,9	10,2	57,8	29,2	4,12	± 0,73
Değişim Alt Boyutu							

Çizelge 8. (devamı) Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler	Ort. ± Ss.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	
8 Vücudumdaki fiziksel değişiklikleri fark ederim.	0,9	0,6	6,2	56,2	36,0	4,26 ± 0,68
9 Sağlığımda bir değişiklik yaşadığımda, bu durumu tarif edebilirim.	0,3	0,9	5,6	60,9	32,3	4,24 ± 0,62
10 Bana sıkıntı veren duygu ve düşüncelere sahip olduğumda, onları hemen fark ederim.	0,9	2,2	8,1	56,2	32,6	4,17 ± 0,74
11 Stresin bedenim üzerindeki etkisini fark ederim.	0,6	1,6	10,2	48,4	39,1	4,24 ± 0,75
12 Vücudumda ortaya çıkan hastalık belirtilerini fark ederim.	0,6	1,2	6,2	55,9	36,0	4,25 ± 0,68
Beslenme Alt Boyutu						
13 Yemeğimin miktarına dikkat ederek yerim.	5,0	11,5	20,2	42,2	21,1	3,63 ± 1,09
14 Beslenme şeklimin sağlığım üzerindeki etkisine dikkat ederim.	2,5	7,1	18,0	48,1	24,2	3,84 ± 0,95
15 Kendi kendime sağlıklı ve dengeli beslenmem gerektiğini söylerim.	1,6	5,0	10,2	54,7	28,6	4,04 ± 0,85
Sağlıklı yaşam farkındalığı genel cevap ortalaması	4,00					

Önerme 1: “Sosyal medyada sağlıkla ilgili paylaşımlar gördüğümde okumaya ya da izlemeye dikkat ederim.” Önermesine katılımcıların %3,1’i “Hiç Katılmıyorum”, %9,6’sı “Katılmıyorum”, %14,6’sı “Kararsızım”, %50,0’ı “Katılıyorum”, %22,7’si “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,80 ve standart sapma ise 1,00 olarak bulunmuştur.

Önerme 2: "Televizyonda sağlıkla ilgili programlar veya haberler gördüğümde izlemeye dikkat ederim." Önermesine katılımcıların %5,9'u "Hiç Katılmıyorum", %9,0'ı "Katılmıyorum", %15,5'i "Kararsızım", %49,7'si "Katılıyorum" ve %19,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,69 ve standart sapma 1,07 olarak bulunmuştur.

Önerme 3: "Sağlıkla ilgili konuların konuşulduğu ortamlara dikkatimi veririm." Önermesine katılımcıların %1,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %5,0'si "Katılmıyorum", %11,8'i "Kararsızım", %55,3'ü "Katılıyorum" ve %26,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,00 ve standart sapma 0,85 olarak bulunmuştur.

Önerme 4: "Yakın çevremın sağlığım hakkında verdiği tavsiyeleri dikkatlice dinlerim." Önermesine katılımcıların %3,7'si "Hiç Katılmıyorum", %8,7'si "Katılmıyorum", %15,8'i "Kararsızım", %51,9'u "Katılıyorum" ve %19,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,75 ve standart sapma 0,99 olarak bulunmuştur.

Önerme 5: "Olumsuz sağlık davranışlarımın bedenimde nasıl bir etki yarattığını fark ederim." Önermesine katılımcıların %0,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %0,9'u "Katılmıyorum", %10,9'u "Kararsızım", %57,8'i "Katılıyorum" ve %29,8'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,15 ve standart sapma 0,69 olarak bulunmuştur.

Önerme 6: "Duygu ve düşüncelerimin sağlığımı nasıl etkilediğine dikkat ederim." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %1,6'sı "Katılmıyorum", %10,9'u "Kararsızım", %57,5'i "Katılıyorum" ve %29,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,12 ve standart sapma 0,73 olarak bulunmuştur.

Önerme 7: "Sağlığıma zarar veren davranışlarda bulunduğumda, onları hemen fark ederim." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %1,9'u "Katılmıyorum", %10,2'si "Kararsızım", %57,8'i "Katılıyorum" ve %29,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,12 ve standart sapma 0,73 olarak bulunmuştur.

Önerme 8: "Vücudumdaki fiziksel değişiklikleri fark ederim." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %0,6'sı "Katılmıyorum", %6,2'si

"Kararsızım", %56,2'si "Katılıyorum" ve %36,0'ı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,26 ve standart sapma 0,68 olarak bulunmuştur.

Önerme 9: "Sağlığımda bir değişiklik yaşadığımda, bu durumu tarif edebilirim." Önermesine katılımcıların %0,3'ü "Hiç Katılmıyorum", %0,9'u "Katılmıyorum", %5,6'sı "Kararsızım", %60,9'u "Katılıyorum" ve %32,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,24 ve standart sapma 0,62 olarak bulunmuştur.

Önerme 10: "Bana sıkıntı veren duygu ve düşüncelere sahip olduğumda, onları hemen fark ederim." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %2,2'si "Katılmıyorum", %8,1'i "Kararsızım", %56,2'si "Katılıyorum" ve %32,6'sı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,17 ve standart sapma 0,74 olarak bulunmuştur.

Önerme 11: "Stresin bedenim üzerindeki etkisini fark ederim." Önermesine katılımcıların %0,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %1,6'sı "Katılmıyorum", %10,2'si "Kararsızım", %48,4'ü "Katılıyorum" ve %39,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,24 ve standart sapma 0,75 olarak bulunmuştur.

Önerme 12: "Vücudumda ortaya çıkan hastalık belirtilerini fark ederim." Önermesine katılımcıların %0,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %1,2'si "Katılmıyorum", %6,2'si "Kararsızım", %55,9'u "Katılıyorum" ve %36,0'ı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,25 ve standart sapma 0,68 olarak bulunmuştur.

Önerme 13: "Yemeğimin miktarına dikkat ederek yerim." Önermesine katılımcıların %5,0'sı "Hiç Katılmıyorum", %11,5'i "Katılmıyorum", %20,2'si "Kararsızım", %42,2'si "Katılıyorum" ve %21,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,63 ve standart sapma 1,09 olarak bulunmuştur.

Önerme 14: "Beslenme şeklimin sağlığım üzerindeki etkisine dikkat ederim." Önermesine katılımcıların %2,5'i "Hiç Katılmıyorum", %7,1'i "Katılmıyorum", %18,0'i "Kararsızım", %48,1'i "Katılıyorum" ve %24,2'si

"Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,84 ve standart sapma 0,95 olarak bulunmuştur.

Önerme 15: "Kendi kendime sağlıklı ve dengeli beslenmem gerektiğini söylerim." Önermesine katılımcıların %1,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %5,0'si "Katılmıyorum", %10,2'si "Kararsızım", %54,7'si "Katılıyorum" ve %28,6'sı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,04 ve standart sapma 0,85 olarak bulunmuştur.

Çizelge 9. Hasta Güçlendirme Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler							Ort. ± Ss.	
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		
1	Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.	0,9	5,0	16,5	59,0	18,6	3,89	± 0,79
2	Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var.	1,2	6,8	14,9	50,9	26,1	3,94	± 0,89
3	Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum.	2,2	5,6	18,9	52,8	20,5	3,84	± 0,89
4	Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum.	0,9	3,1	8,4	55,9	31,7	4,14	± 0,77
5	Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim.	1,6	5,3	14,9	52,8	25,5	3,95	± 0,87
6	Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum.	0,9	2,2	13	57,8	26,1	4,06	± 0,75
7	Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.	1,2	3,4	11,2	55,3	28,9	4,07	± 0,80
8	Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.	1,6	4,3	15,8	58,1	20,2	3,91	± 0,82
9	Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum.	0,9	2,8	7,1	52,2	37,0	4,21	± 0,77
10	Kişisel Kontrol Alt Boyutu Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim.	1,2	5,6	16,5	54,3	22,4	3,91	± 0,85
11	Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum.	1,2	5,9	17,1	57,1	18,6	3,86	± 0,83

Çizelge 9. (devamı) Hasta Güçlendirme Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler							Ort. ± Ss.		
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum				
12	Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim.	1,2	6,2	23,6	52,5	16,5	3,77	± 0,84	
13	Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.	1,2	6,2	19,9	55,3	17,4	3,81	± 0,84	
14	Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.	2,2	5,3	15,5	58,7	18,3	3,86	± 0,85	
15	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum.	1,9	4,0	13,7	54,0	26,4	3,99	± 0,86	
16	Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum.	1,2	4,7	18,3	53,1	22,7	3,91	± 0,84	
17	Karar Alma Alt Boyutu Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim.	4,7	17,4	21,1	39,8	17,1	3,47	± 1,11	
18	Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım.	1,2	11,8	22,7	49,7	14,6	3,65	± 0,91	
19	Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım.	1,2	9,0	14,6	54,3	20,8	3,84	± 0,90	
20	Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim.	2,5	7,5	17,4	45,7	27,0	3,87	± 0,98	
21	Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim.	0,9	1,9	10,2	57,8	29,2	4,12	± 0,73	
22	Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum.	1,6	2,5	10,9	58,7	26,4	4,06	± 0,78	
23	Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılıyorum.	0,9	4,3	8,4	57,5	28,9	4,09	± 0,79	
24	Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim.	5,9	16,5	25,5	38,2	14,0	3,38	± 1,10	
25	Bilme ve Anlama Alt Boyutu Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim.	2,2	7,1	17,4	52,2	21,1	3,83	± 0,92	
26	Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.	1,9	1,6	7,8	56,5	32,3	4,16	± 0,78	

Çizelge 9. (devamı) Hasta Güçlendirme Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler						Ort. ± Ss.	
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		
27 Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim.	1,2	2,8	16,8	55,3	23,9	3,98	± 0,79
28 Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.	3,7	6,2	23,0	47,8	19,3	4,08	± 0,79
29 Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum.	3,7	10,6	15,2	48,4	22,0	3,75	± 1,03
30 Sağlık durumumu anlıyorum.	0,9	2,2	6,2	59,0	31,7	4,18	± 0,72
31 Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyacım olan tüm bilgiye sahibim	0,9	2,8	13,4	52,8	30,1	3,73	± 0,97
32 Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum.	1,9	7,5	16,1	52,5	22,0	3,85	± 0,91
Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu							
33 Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.	2,8	7,5	20,2	50,6	18,9	3,75	± 0,94
34 Sağlık durumumla başa çıkmadaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım.	2,8	6,8	10,6	58,4	21,4	3,89	± 0,91
35 Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım.	3,7	9,6	18,6	52,5	15,5	3,66	± 0,98
36 Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım.	2,2	3,7	12,7	57,5	23,9	3,97	± 0,84
37 Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler.	4,3	8,4	14,9	53,7	18,6	3,74	± 1,00
Hasta Güçlendirme Genel Cevap Ortalaması	3,89						

Önerme 1: “Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.” Önermesine katılımcıların %0,9’u “Hiç Katılmıyorum”, %5,0’i “Katılmıyorum”, %16,5’i “Kararsızım”, %59,0’i “Katılıyorum”, %18,6’sı “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,89 ve standart sapma ise 0,79 olarak bulunmuştur.

Önerme 2: "Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %6,8'i "Katılmıyorum", %14,9'u "Kararsızım", %50,9'u "Katılıyorum", %26,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,94 ve standart sapma ise 0,89 olarak bulunmuştur.

Önerme 3: "Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum." Önermesine katılımcıların %2,2'si "Hiç Katılmıyorum", %5,6'sı "Katılmıyorum", %18,9'u "Kararsızım", %52,8'i "Katılıyorum", %20,5'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,84 ve standart sapma ise 0,89 olarak bulunmuştur.

Önerme 4: "Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %3,1'i "Katılmıyorum", %8,4'ü "Kararsızım", %55,9'u "Katılıyorum", %31,7'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,14 ve standart sapma ise 0,77 olarak bulunmuştur.

Önerme 5: "Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim." Önermesine katılımcıların %1,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %5,3'ü "Katılmıyorum", %14,9'u "Kararsızım", %52,8'i "Katılıyorum", %25,5'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,95 ve standart sapma ise 0,87 olarak bulunmuştur.

Önerme 6: "Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %2,2'si "Katılmıyorum", %13'ü "Kararsızım", %57,8'i "Katılıyorum", %26,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,06 ve standart sapma ise 0,75 olarak bulunmuştur.

Önerme 7: "Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %3,4'ü "Katılmıyorum", %11,2'si "Kararsızım", %55,3'ü "Katılıyorum", %28,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,07 ve standart sapma ise 0,80 olarak bulunmuştur.

Önerme 8: "Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim." Önermesine katılımcıların %1,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %4,3'ü "Katılmıyorum",

%15,8'i "Kararsızım", %58,1'i "Katılıyorum", %20,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,91 ve standart sapma ise 0,82 olarak bulunmuştur.

Önerme 9: "Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %2,8'i "Katılmıyorum", %7,1'i "Kararsızım", %52,2'si "Katılıyorum", %37,0'ı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,21 ve standart sapma ise 0,77 olarak bulunmuştur.

Önerme 10: "Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %5,6'sı "Katılmıyorum", %16,5'i "Kararsızım", %54,3'ü "Katılıyorum", %22,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,91 ve standart sapma ise 0,85 olarak bulunmuştur.

Önerme 11: "Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %5,9'u "Katılmıyorum", %17,1'i "Kararsızım", %57,1'i "Katılıyorum", %18,6'sı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,86 ve standart sapma ise 0,83 olarak bulunmuştur.

Önerme 12: "Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %6,2'si "Katılmıyorum", %23,6'sı "Kararsızım", %52,5'i "Katılıyorum", %16,5'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,77 ve standart sapma ise 0,84 olarak bulunmuştur.

Önerme 13: "Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %6,2'si "Katılmıyorum", %19,9'u "Kararsızım", %55,3'ü "Katılıyorum", %17,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,81 ve standart sapma ise 0,84 olarak bulunmuştur.

Önerme 14: "Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim." Önermesine katılımcıların %2,2'si "Hiç Katılmıyorum", %5,3'ü "Katılmıyorum", %15,5'i "Kararsızım", %58,7'si "Katılıyorum", %18,3'ü

"Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,86 ve standart sapma ise 0,85 olarak bulunmuştur.

Önerme 15: "Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum." Önermesine katılımcıların %1,9'u "Hiç Katılmıyorum", %4,0'ı "Katılmıyorum", %13,7'si "Kararsızım", %54,0'ı "Katılıyorum", %26,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,99 ve standart sapma ise 0,86 olarak bulunmuştur.

Önerme 16: "Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %4,7'si "Katılmıyorum", %18,3'ü "Kararsızım", %53,1'i "Katılıyorum", %22,7'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,91 ve standart sapma ise 0,84 olarak bulunmuştur.

Önerme 17: "Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim." Önermesine katılımcıların %4,7'si "Hiç Katılmıyorum", %17,4'ü "Katılmıyorum", %21,1'i "Kararsızım", %39,8'i "Katılıyorum", %17,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,47 ve standart sapma ise 1,11 olarak bulunmuştur.

Önerme 18: "Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %11,8'i "Katılmıyorum", %22,7'si "Kararsızım", %49,7'si "Katılıyorum", %14,6'sı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,65 ve standart sapma ise 0,91 olarak bulunmuştur.

Önerme 19: "Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %9,0'ı "Katılmıyorum", %14,6'sı "Kararsızım", %54,3'ü "Katılıyorum", %20,8'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,84 ve standart sapma ise 0,90 olarak bulunmuştur.

Önerme 20: "Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim." Önermesine katılımcıların %2,5'i "Hiç Katılmıyorum", %7,5'i "Katılmıyorum", %17,4'ü "Kararsızım", %45,7'si "Katılıyorum", %27,0'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,87 ve standart sapma ise 0,98 olarak bulunmuştur.

Önerme 21: "Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %1,9'u "Katılmıyorum", %10,2'si "Kararsızım", %57,8'i "Katılıyorum", %29,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,12 ve standart sapma ise 0,73 olarak bulunmuştur.

Önerme 22: "Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum." Önermesine katılımcıların %1,6'sı "Hiç Katılmıyorum", %2,5'i "Katılmıyorum", %10,9'u "Kararsızım", %58,7'si "Katılıyorum", %26,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,06 ve standart sapma ise 0,78 olarak bulunmuştur.

Önerme 23: "Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılıyorum." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %4,3'ü "Katılmıyorum", %8,4'ü "Kararsızım", %57,5'i "Katılıyorum", %28,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,09 ve standart sapma ise 0,79 olarak bulunmuştur.

Önerme 24: "Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim." Önermesine katılımcıların %5,9'u "Hiç Katılmıyorum", %16,5'i "Katılmıyorum", %25,5'i "Kararsızım", %38,2'si "Katılıyorum", %14,0'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,38 ve standart sapma ise 1,10 olarak bulunmuştur.

Önerme 25: "Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim." Önermesine katılımcıların %2,2'si "Hiç Katılmıyorum", %7,1'i "Katılmıyorum", %17,4'ü "Kararsızım", %52,2'si "Katılıyorum", %21,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,83 ve standart sapma ise 0,92 olarak bulunmuştur.

Önerme 26: "Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum." Önermesine katılımcıların %1,9'u "Hiç Katılmıyorum", %1,6'sı "Katılmıyorum", %7,8'i "Kararsızım", %56,5'i "Katılıyorum", %32,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,16 ve standart sapma ise 0,78 olarak bulunmuştur.

Önerme 27: "Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim." Önermesine katılımcıların %1,2'si "Hiç Katılmıyorum", %2,8'i

"Katılmıyorum", %16,8'i "Kararsızım", %55,3'ü "Katılıyorum", %23,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,98 ve standart sapma ise 0,79 olarak bulunmuştur.

Önerme 28: "Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur." Önermesine katılımcıların %3,7'si "Hiç Katılmıyorum", %6,2'si "Katılmıyorum", %23,0'u "Kararsızım", %47,8'i "Katılıyorum", %19,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,08 ve standart sapma ise 0,79 olarak bulunmuştur.

Önerme 29: "Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum." Önermesine katılımcıların %3,7'si "Hiç Katılmıyorum", %10,6'sı "Katılmıyorum", %15,2'si "Kararsızım", %48,4'ü "Katılıyorum", %22,0'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,75 ve standart sapma ise 1,03 olarak bulunmuştur.

Önerme 30: "Sağlık durumumu anlıyorum." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %2,2'si "Katılmıyorum", %6,2'si "Kararsızım", %59,0'ı "Katılıyorum", %31,7'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,18 ve standart sapma ise 0,72 olarak bulunmuştur.

Önerme 31: "Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyacım olan tüm bilgiye sahibim." Önermesine katılımcıların %0,9'u "Hiç Katılmıyorum", %2,8'i "Katılmıyorum", %13,4'ü "Kararsızım", %52,8'i "Katılıyorum", %30,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,73 ve standart sapma ise 0,97 olarak bulunmuştur.

Önerme 32: "Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum." Önermesine katılımcıların %1,9'u "Hiç Katılmıyorum", %7,5'i "Katılmıyorum", %16,1'i "Kararsızım", %52,5'i "Katılıyorum", %22,0'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,85 ve standart sapma ise 0,91 olarak bulunmuştur.

Önerme 33: "Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim." Önermesine katılımcıların %2,8'i "Hiç Katılmıyorum", %7,5'i "Katılmıyorum", %20,2'si "Kararsızım", %50,6'sı "Katılıyorum", %18,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,75 ve standart sapma ise 0,94 olarak bulunmuştur.

Önerme 34: "Sağlık durumumla başa çıkmaktaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım." Önermesine katılımcıların %2,8'i "Hiç Katılmıyorum", %6,8'i "Katılmıyorum", %10,6'sı "Kararsızım", %58,4'ü "Katılıyorum", %21,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,89 ve standart sapma ise 0,91 olarak bulunmuştur.

Önerme 35: "Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım." Önermesine katılımcıların %3,7'si "Hiç Katılmıyorum", %9,6'sı "Katılmıyorum", %18,6'sı "Kararsızım", %52,5'i "Katılıyorum", %15,5'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,66 ve standart sapma ise 0,98 olarak bulunmuştur.

Önerme 36: "Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım." Önermesine katılımcıların %2,2'si "Hiç Katılmıyorum", %3,7'si "Katılmıyorum", %12,7'si "Kararsızım", %57,5'i "Katılıyorum", %23,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,97 ve standart sapma ise 0,84 olarak bulunmuştur.

Önerme 37: "Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler." Önermesine katılımcıların %4,3'ü "Hiç Katılmıyorum", %8,4'ü "Katılmıyorum", %14,9'u "Kararsızım", %53,7'si "Katılıyorum", %18,6'sı "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,74 ve standart sapma ise 1,00 olarak bulunmuştur.

C. Korelasyon Analizi

Çalışmada ana boyut ve alt boyut ilişkilerinin belirlenmesi amaçlı korelasyon analizi uygulanmıştır.

Çizelge 10. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve E-Sağlık Okuryazarlık ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki Analizi

		Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu	Kişisel Kontrol Alt Boyutu	Karar Alma Alt Boyutu	Bilme ve Anlama Alt Boyutu	Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu	Hasta Güçlendirme Genel Boyutu
Sosyalleşme Alt Boyutu	r	0,195*	0,220*	0,294*	0,264*	0,390*	0,309*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sorumluluk Alt Boyutu	r	0,358*	0,417*	0,393*	0,394*	0,324*	0,420*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Değişim Alt Boyutu	r	0,335*	0,379*	0,351*	0,360*	0,238*	0,354*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Beslenme Alt Boyutu	r	0,272*	0,288*	0,337*	0,349*	0,295*	0,329*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu	r	0,339*	0,393*	0,439*	0,414*	0,402*	0,445*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
E-Sağlık Okuryazarlık Genel Boyutu	r	0,304*	0,365*	0,318*	0,405*	0,179*	0,344*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*0,05 için anlamlı ilişki

Sosyalleşme alt boyutu ile kimlik/özdeşlik alt boyutu %19,5 ($r=0,195, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Kişisel kontrol alt boyutu ile %22 ($r=0,220, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Karar alma alt boyutu ile %29,4 ($r=0,294, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Bilme ve anlama alt boyutu ile %26,4 ($r=0,264, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Başkaları ile etkileşim alt boyutu ile %39 ($r=0,390, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Hasta güçlendirme genel boyutu ile %30,9 ($r=0,309, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

Sorumluluk Alt Boyutu, Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu ile %35,8 ($r=0,358, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile %41,7 ($r=0,417, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Karar Alma Alt Boyutu ile %39,3 ($r=0,393, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Bilme ve Anlama Alt Boyutu ile %39,4 ($r=0,394, p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu ile %32,4 ($r=0,324, p=0,000$) oranında pozitif yönde

anlamli bir iliskiye sahiptir. Hasta Guclendirme Genel Boyutu ile %42,0 ($r=0,420$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir.

Değışim Alt Boyutu, Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu ile %33,5 ($r=0,335$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile %37,9 ($r=0,379$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Karar Alma Alt Boyutu ile %35,1 ($r=0,351$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Bilme ve Anlama Alt Boyutu ile %36,0 ($r=0,360$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu ile %23,8 ($r=0,238$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Hasta Guclendirme Genel Boyutu ile %35,4 ($r=0,354$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir.

Beslenme Alt Boyutu, Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu ile %27,2 ($r=0,272$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile %28,8 ($r=0,288$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Karar Alma Alt Boyutu ile %33,7 ($r=0,337$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Bilme ve Anlama Alt Boyutu ile %34,9 ($r=0,349$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu ile %29,5 ($r=0,295$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Hasta Guclendirme Genel Boyutu ile %32,9 ($r=0,329$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir.

Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu, Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu ile %33,9 ($r=0,339$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile %39,3 ($r=0,393$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Karar Alma Alt Boyutu ile %43,9 ($r=0,439$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Bilme ve Anlama Alt Boyutu ile %41,4 ($r=0,414$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu ile %40,2 ($r=0,402$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Hasta Guclendirme Genel Boyutu ile %44,5 ($r=0,445$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir.

E-Sağlık Okuryazarlık Genel Boyutu, Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu ile %30,4 ($r=0,304$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde anlamli bir iliskiye sahiptir. Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile %36,5 ($r=0,365$, $p=0,000$) oraninda pozitif yonde

anlamli bir ilişkiye sahiptir. Karar Alma Alt Boyutu ile %31,8 ($r=0,318$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli bir ilişkiye sahiptir. Bilme ve Anlama Alt Boyutu ile %40,5 ($r=0,405$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli bir ilişkiye sahiptir. Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu ile %17,9 ($r=0,179$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli bir ilişkiye sahiptir. Hasta Güçlendirme Genel Boyutu ile %34,4 ($r=0,344$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli bir ilişkiye sahiptir.

Çizelge 11. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki Analizi

		Sosyalleşme Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Değişim Alt Boyutu	Beslenme Alt Boyutu	Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu
E-Sağlık	r	0,172*	0,236*	0,264*	0,166*	0,260*
Okuryazarlık Genel Boyutu	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

**0,01 için anlamli ilişki

E-Sağlık okuryazarlık genel boyutu, sosyalleşme alt boyutu ile %17,2 ($r=0,172$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli ilişkilidir. Sorumluluk alt boyutu ile %23,6 ($r=0,236$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli ilişkilidir. Değişim alt boyutu ile %26,4 ($r=0,264$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli ilişkilidir. Beslenme alt boyutu ile %16,6 ($r=0,166$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli ilişkilidir. Sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu ile %26,0 ($r=0,260$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde anlamli ilişkilidir.

D. Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin e-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığına etkisinde hasta güçlendirmenin düzenleyici rolü regresyon analizi yardımıyla ele alınacaktır. Çalışmada, e-sağlık okuryazarlığı (bağımsız değişken), sağlıklı yaşam farkındalığı (bağımlı değişken) ve hasta güçlendirme (moderatör-düzenleyici değişken) olarak ele alınacaktır.

Düzenleyici değişken, diğer adı ile moderatör değişken, bir bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye dahil edildiğinde, mevcut ilişkiyi güçlendiren, zayıflatan ya da tersine çeviren değişken anlamına gelmektedir. Düzenleyicilik etkisi ise, düzenleyici değişkenin bağımsız değişken

ile bağımlı değişken arasındaki ilişki üzerinde yaptığı etkidir. Düzenleyici değişken analizini, yani; bir değişkenin düzenleyici değişken olup olmadığını farklı yöntemler ile tespit etmek mümkündür. Bunlardan ilki geleneksel yol olarak da nitelendirilen regresyon analizleri yöntemidir.

Düzenleyici etkinin analiz edilmesi için, Baron ve Kenny (1986) analiz yöntemi kullanılmıştır. Düzenleyici etkiyi analiz etmek için düzenleyici değişken ile bağımsız değişkenin çarpılması ile yeni bir değişkenin (etkileşim değişkeni) elde edilmesi gerekmektedir. Eğer etkileşim değişkeni anlamlı ise, düzenleyici etkinin varlığından söz edilebilir.

Diğer yandan, regresyon tahmin katsayılarının yorumlanabilir özellikte olması için t testi H_1 , F testi H_1 ve R^2 belirginlik katsayısı değerinin yüksek olması yanısıra; hata payı normal dağılımlı olmalı, otokorelasyon bulunmamalı, heteroskedasite olmamalı gibi varsayımların da sağlanması gerekmektedir. Ancak bu koşullar altında katsayılar güvenilir ve yorumlanabilir özellikte olacaktır.

Çizelge 12. E-Sağlık Okuryazarlığı Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Üzerinde Hasta Güçlendirme'nin Düzenleyici Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		t istatistiği	p
	β	Std. Hata	β	β katsayısı		
Sabit	3.114	.113			27.527	.000*
e-sağlık okuryazarlığı	.247	.031	.412		8.085	.000*
Moderatör değişken (e-sağlık okuryazarlığı* hasta güçlendirme)	.627	.040	.656		15.556	.000*

$R^2 = 0.619$ $F_{hesap} = 29.12$ $F_{anlamlılık} = 0.000$, Harvey test (p) = 0.114, LM test (p) = 0.123
Jarque-Bera (p) = 0.249

Bağımlı Değişken: Sağlıklı Yaşam Farkındalığı

*0.05 için anlamlı değişken

Çizelge 12'deki regresyon denkleminde, e-sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam farkındalığı üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır (p<0.05). Moderatör değişken (e-sağlık okuryazarlığı* hasta güçlendirme) sağlıklı yaşam farkındalığı üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıktığı (p<0.05) için "düzenleyici" nitelikte bir değişken olduğu belirlenmiştir.

E-sağlık okuryazarlığı ve Moderatör değişken yaşam farkındalığı üzerinde $R^2 = \%61.9$ açıklama gücüne sahiptir. E-sağlık okuryazarlığı algısı 1 birim arttığında sağlıklı yaşam farkındalığı algısı 0.412 birim artış gösterecektir. Moderatör değişken 1 br. arttığında yaşam farkındalığı algısı 0.656 birim artış gösterecektir.

Modelin varsayımları sınamaları için ilk olarak normallik varsayımı Jarque-Bera testi ile sınanmıştır ve $p > 0.05$ olduğundan normal dağılımı belirten H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Otokorelasyon sınaması için LM testi uygulanmıştır ve $p > 0.05$ olduğundan otokorelasyon bulunmadığını belirten H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Heteroskedasite probleminin sınanmasında Harvey testi uygulanmıştır ve $p > 0.05$ olduğundan homoskedasiteyi belirten H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

E. Boyutlara Yönelik Normallik Sınaması ve Tanımsal İstatistik Bilgiler

Çizelge 13. Boyutlara Yönelik Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler ve Normallik Test Sonuçları

Boyutlar	Ortalama	St.Sapma	Asimetri	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
					ist	p	ist	p
E-Sağlık Okuryazarlık Genel Boyutu	3,606	0,864	-0,729	0,680	0,125	0,000	0,947	0,000
Sosyalleşme Alt Boyutu	3,809	0,763	-0,864	1,114	0,176	0,000	0,931	0,000
Sorumluluk Alt Boyutu	4,134	0,642	-0,995	3,244	0,210	0,000	0,867	0,000
Değişim Alt Boyutu	4,233	0,571	-0,814	2,857	0,183	0,000	0,885	0,000
Beslenme Alt Boyutu	3,838	0,857	-0,820	0,724	0,190	0,000	0,917	0,000
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu	4,003	0,517	-0,960	3,795	0,074	0,000	0,948	0,000
Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu	4,002	0,600	-1,017	3,007	0,137	0,000	0,933	0,000
Kişisel Kontrol Alt Boyutu	3,873	0,639	-0,849	2,267	0,111	0,000	0,942	0,000
Karar Alma Alt Boyutu	3,811	0,565	-0,701	2,418	0,102	0,000	0,957	0,000
Bilme ve Anlama Alt Boyutu	3,945	0,627	-1,070	3,383	0,114	0,000	0,929	0,000
Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu	3,804	0,716	-1,069	2,142	0,147	0,000	0,927	0,000
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	3,887	0,541	-0,967	3,978	0,075	0,000	0,941	0,000

Görüleceği üzere, her iki normallik testi sonucunda $p < 0.05$ olduğundan normal dağılımın sağlanmadığını belirten H_1 hipotezi kabul edilir. Bu durumda grup farklılığı analizlerinde non-parametrik yöntemler kullanılacaktır.

F. Grup Farklılığı Analizleri

Grup farklılıklarının analizinde 2 grup için Mann-Whitney-U testi ile 3 ve üzeri grup için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakılmıştır.

Çizelge 14. Cinsiyet Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Cevap Ortalaması	Mann-Whitney U	p
E-Sağlık	Erkek	145	168,71	3,58	11787,0	0,207
Okuryazarlığı	Kadın	177	155,59	3,64		
Genel Boyutu						
Sosyalleşme Alt	Erkek	145	170,77	3,89	11191,0	0,039*
Boyutu	Kadın	177	150,18	3,71		
Sorumluluk Alt	Erkek	145	159,23	4,17	12503,5	0,680
Boyutu	Kadın	177	163,36	4,09		
Değişim Alt	Erkek	145	160,03	4,26	12619,0	0,792
Boyutu	Kadın	177	162,71	4,20		
Beslenme Alt	Erkek	145	151,43	3,93	11372,5	0,073
Boyutu	Kadın	177	169,75	3,73		
Sağlıklı Yaşam	Erkek	145	151,50	4,06	11382,0	0,081
Farkındalığı Genel	Kadın	177	169,69	3,93		
Boyutu						
Kimlik/Özdeşlik	Erkek	145	164,43	3,99	12407,0	0,607
Alt Boyutu	Kadın	177	159,10	4,02		
Kişisel Kontrol Alt	Erkek	145	165,24	3,87	12290,0	0,512
Boyutu	Kadın	177	158,44	3,88		
Karar Alma Alt	Erkek	145	165,34	3,81	12275,5	0,501
Boyutu	Kadın	177	158,35	3,81		
Bilme ve Anlama	Erkek	145	158,89	3,96	12454,0	0,647
Alt Boyutu	Kadın	177	163,64	3,93		
Başkaları ile	Erkek	145	159,09	3,83	12482,5	0,671
Etkileşim Alt	Kadın	177	163,48	3,78		
Boyutu						
Hasta Güçlendirme	Erkek	145	164,81	3,89	12352,0	0,563
Genel Boyutu	Kadın	177	158,79	3,88		

* $p < 0.05$ anlamlı farklılık

Sosyalleşme alt boyutu cinsiyet grupları açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakıldığında

sosyalleşme alt boyutu için farkın, ortalama değeri en yüksek olan erkek katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir.

Çizelge 15. Medeni Durum Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
E-Sağlık Okuryazarlığı Genel Boyutu	Evli	199	151,51	3,51	6,046	0,034*
	Bekar	98	177,53	3,77		
	Dul/Boşanmış	25	178,18	3,75		
Sosyalleşme Alt Boyutu	Evli	199	165,00	3,83	4,693	0,096
	Bekar	98	147,56	3,71		
	Dul/Boşanmış	25	188,32	4,00		
Sorumluluk Alt Boyutu	Evli	199	158,83	4,12	0,492	0,782
	Bekar	98	165,14	4,14		
	Dul/Boşanmış	25	168,46	4,21		
Değişim Alt Boyutu	Evli	199	157,82	4,22	2,308	0,315
	Bekar	98	172,42	4,27		
	Dul/Boşanmış	25	147,96	4,18		
Beslenme Alt Boyutu	Evli	199	165,71	3,88	5,863	0,059
	Bekar	98	145,63	3,71		
	Dul/Boşanmış	25	190,22	4,03		
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu	Evli	199	163,78	4,01	1,933	0,380
	Bekar	98	152,41	3,96		
	Dul/Boşanmış	25	178,94	4,10		
Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu	Evli	199	159,37	4,00	4,207	0,122
	Bekar	98	156,58	3,96		
	Dul/Boşanmış	25	197,78	4,17		
Kişisel Kontrol Alt Boyutu	Evli	199	157,54	3,84	3,549	0,170
	Bekar	98	161,11	3,87		
	Dul/Boşanmış	25	194,54	4,10		
Karar Alma Alt Boyutu	Evli	199	158,64	3,80	4,400	0,111
	Bekar	98	157,79	3,78		
	Dul/Boşanmış	25	198,84	4,01		
Bilme ve Anlama Alt Boyutu	Evli	199	159,30	3,51	7,401	0,025*
	Bekar	98	153,81	3,77		
	Dul/Boşanmış	25	209,16	3,75		
Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu	Evli	199	160,99	3,83	2,199	0,333
	Bekar	98	156,11	3,71		
	Dul/Boşanmış	25	186,68	4,00		
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	Evli	199	157,67	4,12	5,764	0,056
	Bekar	98	158,33	4,14		
	Dul/Boşanmış	25	204,42	4,21		

E-sağlık okuryazarlığı genel boyutu ve bilme ve anlama alt boyutu medeni durum grupları açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakıldığında e-sağlık okuryazarlığı genel boyutu ve bilme ve anlama alt boyutu için farkın, ortalama değeri en yüksek olan dul/boşanmış katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir.

Çizelge 16. Yaş Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
E-Sağlık Okuryazarlığı Genel Boyutu	18-30 yaş arası	81	166,12	3,67	10,729	0,030*
	31-40 yaş arası	56	161,09	3,60		
	41-50 yaş arası	77	180,08	3,78		
	51-60 yaş arası	80	155,58	3,57		
	61-70 yaş arası	28	114,77	3,06		
Sosyalleşme Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	147,17	3,68	8,719	0,069
	31-40 yaş arası	56	156,03	3,78		
	41-50 yaş arası	77	185,23	4,01		
	51-60 yaş arası	80	152,34	3,71		
	61-70 yaş arası	28	174,82	3,97		
Sorumluluk Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	146,48	4,01	8,698	0,069
	31-40 yaş arası	56	173,51	4,25		
	41-50 yaş arası	77	182,08	4,28		
	51-60 yaş arası	80	150,76	4,06		
	61-70 yaş arası	28	155,02	4,05		
Değişim Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	159,02	4,18	6,476	0,166
	31-40 yaş arası	56	182,06	4,39		
	41-50 yaş arası	77	169,73	4,29		
	51-60 yaş arası	80	148,14	4,17		
	61-70 yaş arası	28	143,05	4,10		
Beslenme Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	134,23	3,57	14,023	0,007*
	31-40 yaş arası	56	167,58	3,90		
	41-50 yaş arası	77	176,34	3,97		
	51-60 yaş arası	80	157,93	3,82		
	61-70 yaş arası	28	197,61	4,18		
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu	18-30 yaş arası	81	134,17	3,86	16,148	0,003*
	31-40 yaş arası	56	171,81	4,08		
	41-50 yaş arası	77	189,58	4,14		
	51-60 yaş arası	80	150,93	3,94		
	61-70 yaş arası	28	172,93	4,07		
Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	152,56	3,94	5,550	0,235
	31-40 yaş arası	56	154,72	3,98		
	41-50 yaş arası	77	174,78	4,10		
	51-60 yaş arası	80	171,26	4,05		
	61-70 yaş arası	28	136,5	3,82		
Kişisel Kontrol Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	149,55	3,79	2,969	0,563
	31-40 yaş arası	56	158,43	3,89		
	41-50 yaş arası	77	174,28	3,96		
	51-60 yaş arası	80	164,29	3,88		
	61-70 yaş arası	28	159,11	3,83		
Karar Alma Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	147,33	3,70	6,056	0,195
	31-40 yaş arası	56	149,33	3,79		
	41-50 yaş arası	77	173,46	3,90		
	51-60 yaş arası	80	164,54	3,82		
	61-70 yaş arası	28	185,23	3,92		
Bilme ve Anlama Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	139	3,83	10,188	0,037*
	31-40 yaş arası	56	154,44	3,91		
	41-50 yaş arası	77	183,01	4,07		
	51-60 yaş arası	80	170,78	3,98		
	61-70 yaş arası	28	155,05	3,89		

Çizelge 16. (devamı) Yaş Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
Başkalari ile Etkileşim Alt Boyutu	18-30 yaş arası	81	140,97	3,68	5,769	0,217
	31-40 yaş arası	56	171,93	3,91		
	41-50 yaş arası	77	166,34	3,78		
	51-60 yaş arası	80	165,18	3,82		
	61-70 yaş arası	28	176,21	3,99		
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	18-30 yaş arası	81	144,88	3,79	4,825	0,306
	31-40 yaş arası	56	155,72	3,90		
	41-50 yaş arası	77	174,49	3,96		
	51-60 yaş arası	80	168,87	3,91		
	61-70 yaş arası	28	164,38	3,89		

Beslenme ve bilme ve anlama alt boyutları ile e-sağlık okuryazarlığı genel boyutu ve sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu yaş grupları açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakıldığında e-sağlık okuryazarlığı genel boyutu için farkın, ortalama değeri en yüksek olan 41-50 yaş arası katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyut ve bilme ve anlama alt boyutu için farkın, ortalama değeri en yüksek olan 41-50 yaş arası katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedirken, beslenme alt boyutu için farkın, ortalama değeri en yüksek olan 61-70 yaş arası katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir.

Çizelge 17. Eğitim Durumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
E-Sağlık Okuryazarlığı Genel Boyutu	İlköğretim	52	112,94	3,11	31,211	0,000*
	Ortaöğretim	29	136,03	3,28		
	Lise	66	165,21	3,66		
	Ön Lisans	30	187,00	3,88		
	Lisans	108	174,49	3,73		
	Lisansüstü	27	158,24	3,70		
	Doktora	10	255,35	4,35		
Sosyalleşme Alt Boyutu	İlköğretim	52	184,51	3,98	18,181	0,006*
	Ortaöğretim	29	193,84	4,02		
	Lise	66	175,73	3,94		
	Ön Lisans	30	164,52	3,84		
	Lisans	108	142,26	3,68		
	Lisansüstü	27	122,35	3,51		
	Doktora	10	158,55	3,60		
Sorumluluk Alt Boyutu	İlköğretim	52	154,98	4,02	11,639	0,071
	Ortaöğretim	29	170,29	4,21		
	Lise	66	168,42	4,21		
	Ön Lisans	30	173,20	4,23		
	Lisans	108	154,20	4,09		
	Lisansüstü	27	135,80	4,04		
	Doktora	10	237,35	4,40		

Çizelge 17. (devamı) Eğitim Durumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
Değişim Alt Boyutu	İlköğretim	52	133,44	4,05	13,740	0,033*
	Ortaöğretim	29	161,34	4,23		
	Lise	66	168,25	4,30		
	Ön Lisans	30	157,68	4,26		
	Lisans	108	165,86	4,25		
	Lisansüstü	27	156,00	4,22		
	Doktora	10	242,50	4,48		
Beslenme Alt Boyutu	İlköğretim	52	164,73	3,88	9,064	0,170
	Ortaöğretim	29	184,47	4,05		
	Lise	66	165,23	3,86		
	Ön Lisans	30	130,15	3,58		
	Lisans	108	153,47	3,79		
	Lisansüstü	27	172,22	3,86		
	Doktora	10	205,30	4,10		
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Genel Boyutu	İlköğretim	52	166,76	3,98	12,993	0,043*
	Ortaöğretim	29	181,19	4,12		
	Lise	66	173,79	4,08		
	Ön Lisans	30	150,00	3,98		
	Lisans	108	148,44	3,95		
	Lisansüstü	27	138,26	3,91		
	Doktora	10	234,20	4,15		
Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu	İlköğretim	52	152,71	3,92	7,412	0,284
	Ortaöğretim	29	174,14	4,08		
	Lise	66	163,09	4,02		
	Ön Lisans	30	178,28	4,10		
	Lisans	108	157,65	4,00		
	Lisansüstü	27	137,61	3,88		
	Doktora	10	215,80	4,17		
Kişisel Kontrol Alt Boyutu	İlköğretim	52	155,13	3,76	19,521	0,003*
	Ortaöğretim	29	181,02	4,00		
	Lise	66	166,94	3,91		
	Ön Lisans	30	177,52	3,98		
	Lisans	108	153,07	3,84		
	Lisansüstü	27	120,17	3,73		
	Doktora	10	256,75	4,31		
Karar Alma Alt Boyutu	İlköğretim	52	159,05	3,75	19,353	0,004*
	Ortaöğretim	29	197,40	4,01		
	Lise	66	160,36	3,83		
	Ön Lisans	30	155,33	3,81		
	Lisans	108	152,55	3,77		
	Lisansüstü	27	135,85	3,69		
	Doktora	10	262,05	4,29		
Bilme ve Anlama Alt Boyutu	İlköğretim	52	147,10	3,78	16,491	0,011*
	Ortaöğretim	29	186,91	4,06		
	Lise	66	162,78	3,97		
	Ön Lisans	30	167,60	3,98		
	Lisans	108	155,02	3,94		
	Lisansüstü	27	141,70	3,90		
	Doktora	10	259,35	4,36		
Başkaları ile Etkileşim Alt Boyutu	İlköğretim	52	181,10	3,92	13,624	0,034*
	Ortaöğretim	29	186,91	3,92		
	Lise	66	171,38	3,89		
	Ön Lisans	30	153,37	3,79		
	Lisans	108	144,04	3,69		
	Lisansüstü	27	135,54	3,64		
	Doktora	10	203,80	3,94		

Çizelge 17. (devamı) Eğitim Durumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	İlköğretim	52	162,65	3,82	19,312	0,004*
	Ortaöğretim	29	189,52	4,01		
	Lise	66	163,74	3,93		
	Ön Lisans	30	166,02	3,93		
	Lisans	108	151,47	3,85		
	Lisansüstü	27	123,11	3,77		
	Doktora	10	257,90	4,21		

Sosyalleşme, değişim, kişisel kontrol, karar alma, bilme ve anlama ve başkaları ile etkileşim alt boyutları ile e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirme genel boyutları eğitim durumu grupları açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakıldığında sosyalleşme alt boyutu için farkın, ortalama değeri en yüksek olan ortaöğretim eğitim durumuna sahip katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedirken, e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirme genel boyutları ile değişim, kişisel kontrol, karar alma, bilme ve anlama ve başkaları ile etkileşim alt boyutları için farkın ortalama değeri en yüksek olan doktora eğitim durumuna sahip katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir.

Çizelge 18. Tercih Edilen Sağlık Kurumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
E-Sağlık Okuryazarlığı Genel Boyutu	Devlet Hastanesi	134	145,19	3,42	8,989	0,029*
	Özel Hastane	74	184,06	3,84		
Sosyalleşme Alt Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	168,88	3,70	2,371	0,499
	Üniversite Hastanesi	41	160,94	3,63		
	Devlet Hastanesi	134	155,31	3,74		
	Özel Hastane	74	156,57	3,80		
Sorumluluk Alt Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	170,45	3,87	4,835	0,184
	Üniversite Hastanesi	41	174,72	3,93		
	Devlet Hastanesi	134	154,79	4,06		
	Özel Hastane	74	180,14	4,28		
Değişim Alt Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	152,41	4,09	4,065	0,255
	Üniversite Hastanesi	41	165,96	4,20		
	Devlet Hastanesi	134	153,30	4,17		
	Özel Hastane	74	179,43	4,36		
Beslenme Alt Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	160,28	4,21	9,835	0,020*
	Üniversite Hastanesi	41	158,11	4,26		
	Devlet Hastanesi	134	146,57	3,68		
	Özel Hastane	74	186,73	4,06		
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	167,53	3,95		
	Üniversite Hastanesi	41	154,04	3,73		

Çizelge 18. (devamı) Tercih Edilen Sağlık Kurumu Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ortalama Sıra	Ortalama	Kruskal-Wallis	p
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	Devlet Hastanesi	134	146,45	3,91	8,665	0,034*
	Özel Hastane	74	185,91	4,13		
Genel Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	164,27	4,03	4,918	0,178
	Üniversite Hastanesi	41	161,71	4,03		
Kimlik/Özdeşlik Alt Boyutu	Devlet Hastanesi	134	150,89	3,93	1,912	0,591
	Özel Hastane	74	168,18	4,05		
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	160,66	4,00		
Kişisel Kontrol Alt Boyutu	Üniversite Hastanesi	41	185,62	4,15	4,725	0,193
	Devlet Hastanesi	134	157,38	3,82		
	Özel Hastane	74	161,57	3,91		
Karar Alma Alt Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	158,76	3,85	7,781	0,059
	Üniversite Hastanesi	41	179,70	4,01		
	Devlet Hastanesi	134	149,81	3,72		
Bilme ve Anlama Alt Boyutu	Özel Hastane	74	168,81	3,87	1,686	0,640
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	163,77	3,84		
	Üniversite Hastanesi	41	182,45	3,95		
Başkalari ile Etkileşim Alt Boyutu	Devlet Hastanesi	134	147,19	3,83	3,037	0,386
	Özel Hastane	74	175,66	4,03		
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	159,73	3,97		
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	Üniversite Hastanesi	41	185,85	4,11	162,92	4,02
	Devlet Hastanesi	134	156,64	3,78		
	Özel Hastane	74	157,07	3,74		
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	172,67	3,89	161,51	3,91
	Üniversite Hastanesi	41	165,48	3,85		
	Devlet Hastanesi	134	154,14	3,82		
Hasta Güçlendirme Genel Boyutu	Özel Hastane	74	162,92	3,92	182,98	4,02
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73	161,51	3,91		
	Üniversite Hastanesi	41	182,98	4,02		

E-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutları ile beslenme alt boyutu tercih edilen sağlık kurumu grupları açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakıldığında e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutları ile beslenme alt boyutu için farkın ortalama değeri en yüksek olan “özel hastane” cevabı veren katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir.

VII. TARTIŞMA

Günümüzde bireylerin sağlıkları ile ilgili kararları kendilerinin alabilmesi ve sağlıklarını aktif bir şekilde yönetebilmesi gereklidir. Bu durum kronik hastalığa sahip bireyler için daha kritik bir önem taşımaktadır. Çünkü kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarını ve tedavi süreçlerini etkin bir şekilde yönetmek için ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine erişebilmede daha fazla zorluk yaşamaktadır. E-sağlık uygulamaları, hastaların ihtiyaç duyduğu bu bilgilere erişimi kolaylaştırabilmektedir. Ancak elektronik ortamlarda bulunan bu bilgiler bireylerin yanlış kararlar verebilmelerine hatta sağlıklarını kaybetmelerine neden olabilmektedir. Bu bağlamda gerek kaynakların etkin ve verimli kullanılması gerekse de hastalıkların daha başarılı yönetilmesinde e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirmenin anahtar bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışmada, e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirmenin ulusal ve uluslararası literatürde birlikte ele alındığı bir çalışmanın olmaması ve bundan dolayı gelecekte konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara ışık tutarak rehberlik etmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerde e-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığına etkisinde hasta güçlendirmenin düzenleyici (moderatör) rolü olup olmadığı araştırılmış ve sonuç olarak kronik hastalığı olan bireylerin, e-sağlık okuryazarlıklarının sağlıklı yaşam farkındalığına etkisinde hasta güçlendirmenin moderatör rolü olduğu tespit edilmiştir.

Cavacece, vd., (2019), yapmış oldukları çalışmada internet kullanımının hasta güçlendirme ve e-sağlık okuryazarlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu, internet kullanımının hasta güçlendirme üzerindeki etkisinin yaklaşık %81'ine e-sağlık okuryazarlığının aracılık ettiği sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Dalkılıç (2022) ise internet kullanımının hasta güçlendirme üzerinde olumsuz, e-sağlık okuryazarlığı üzerinde olumlu etkisi olduğunu ve internet kullanımının hasta güçlendirme düzeyi üzerindeki etkisinde e-sağlık

okuryazarlığının aracılık ettiğini ortaya koymuştur. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin e-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalıklarına etkisinde hasta güçlendirmenin moderatör rolü olduğu görülmüştür.

Ağlamış (2021), yapmış olduğu “Kronik Hastalarda Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin hasta güçlendirme düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlık düzeylerinin de arttığını gözlemlemiştir.

Kronik hastalar ile ilgili yapılan çalışmalarda hasta güçlendirme ile cinsiyet faktörüne bakıldığında; Bıyıklıoğlu (2017) ve Yıldız (2016)’nın tip 2 diyabetli hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada, cinsiyet faktörünün anlamlı bir fark yaratmadığı sonucunu bulmuştur. Acuña Mora vd., (2019)’nin konjenital kalp hastalığı olan gençlerin hasta güçlendirmesi ile ilgili yaptığı araştırmasında cinsiyet faktörüyle hasta güçlendirme arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yılmaz vd., (2020)’nin hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ilişkisini araştırdığı çalışmada ve Coşkun (2023), Covid-19 ve hasta güçlendirme ile ilgili yapmış olduğu çalışmada cinsiyet faktörüyle hasta güçlendirme arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiştir. Ağlamış (2021)’in yapmış olduğu çalışmada ise cinsiyet ile hasta güçlendirme arasında anlamlı bir fark olduğu ve kadınların hasta güçlendirme düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat Chiauzzi vd, (2016) yapmış olduğu çalışmada erkeklerin hasta güçlendirme düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da cinsiyet faktörü ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönde anlamlı bir fark bulunmasada erkeklerin hasta güçlendirme düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Medeni durum ve hasta güçlendirme ile ilgili bulunan sonuçlara bakıldığında; Ağlamış (2021)’in kronik hastalarda hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini araştırdığı çalışmada ve Bıyıklıoğlu (2017)’nin tip 2 diyabetli hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların hasta güçlendirme düzeyleri ile medeni durumu arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bizim çalışmamızda ise hasta güçlendirme alt boyutundan “bilme ve anlama” alt boyutunda anlamlı bir farklılığın olduğu ve bu farkın dul/boşanmış

hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Ancak hasta güçlendirme genel boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hasta güçlendirme ve yaş faktörü arasındaki ilişkiye bakacak olursak; Acuña Mora vd, (2019) konjenital kalp hastalığı olan gençlerin hasta güçlendirmesi ile ilgili yaptığı araştırmasında ve Chiauzzi vd, (2016)'nin yapmış olduğu çalışmada hastaların yaşının ilerlemesiyle hasta güçlendirme düzeylerinin arttığı görülmüştür. Ancak Yılmaz vd., (2020) ve Ağlamış (2021)'in yapmış oldukları çalışmada yaş ilerledikçe hasta güçlendirme düzeyinin düştüğü sonucunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise hasta güçlendirme ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamasına karşın 41-50 yaş arasındaki hastaların hasta güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bıyıklıoğlu (2017)'da yaptığı çalışmada hasta güçlendirme ve yaş ile anlamlı bir fark ortaya koyamamıştır.

Çalışmamızda eğitim durumu ve hasta güçlendirme ilişkisiyle ilgili anlamlı farkların olduğu görülmüştür. Bu anlamlı farkı doktora mezunu hastalardan kaynakladığı görülmektedir. Ayrıca ortaöğretim mezunlarının, ilköğretim, lise, önlisans ve lisans mezunlarına kıyasla hasta güçlendirme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ağlamış (2021) ve Chiauzzi vd, (2016)'nın kronik hastalar ile ilgili yapmış oldukları çalışmada ise eğitim düzeyinin artmasıyla hasta güçlendirmenin de arttığı görülmüştür. Aynı şekilde Yıldız (2016), tip 2 diyabetli hastalarda hasta güçlendirilmesini ve ilişkili parametreleri değerlendirdiği çalışmasında eğitim durumu düşük hastaların hasta güçlendirmelerinin de düşük seviyede olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Coşkun (2023)'ün salgın hastalıklar (covid-19) ile hasta güçlendirme ile ilgili yapmış olduğu çalışmada, eğitim durumu ilkokul ve ortaokul olan bireylerin lisans mezunu bireylere oranla hasta güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. Ayrıca eğitim düzeyinin artmasıyla hasta güçlendirmenin de düşüşe geçtiğini belirtmektedir.

Kaya ve Işık (2019)'ın hastalar üzerinde yaptığı çalışmada özel hastanelerden hizmet alan hastaların kamu hastanelerinden hizmet alan hastalara göre hasta güçlendirme boyutundaki sorulara daha olumlu yanıtlar verdiği görülmüştür. Ancak bizim çalışmamızda üniversite hastanelerinden hizmet alan

kronik hastalığı olan bireylerin hasta güçlendirme alt boyutları ve genel boyutuna daha olumlu yanıtlar verdiği sonucu bulunmuştur.

Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında; güçlendirme eğitimlerinin hastaların güçlendirilmesine olumlu yönde katkı yaptığı görülmektedir. Bu çalışmalara örnek olarak şu çalışmalar verilebilir: Raheb vd., (2018)'in diyaliz merkezinden hizmet alan hastalar üzerinde yaptığı güçlendirme çalışması sonucunda hastaların yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur. Forlani vd., (2006), hasta güçlendirme eğitimlerinin hastaların kendi sağlık bakımları konusunda daha aktif ve etkili olmalarına ve daha normal bir yaşam sürmelerine yardımcı olduğu sonucunu bulmuşlardır. Guo vd, (2023), yaptıkları çalışma sonucunda karaciğer nakli olan hastalara hasta güçlendirme eğitimi verilmesinin rutin sağlık eğitimi verilmesine göre daha etkili olduğunu ve bu hastaların öz-yönetim ve öz-yeterliliklerinin geliştirilmesinde iyi bir yol olduğunu belirtmişlerdir.

Kuijpers vd., (2013), yaptıkları çalışmada web tabanlı, etkileşimli müdahalelerin, çeşitli kronik rahatsızlıkları olan kişilerde hasta güçlendirme ve fiziksel aktivite üzerinde yararlı bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedir.

Khowaja vd., (2023), tip 2 diyabet hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, ilaç uyumunun artmasının hasta güçlendirmeyi artırdığı ve diyabetle ilgili bilgi arttıkça diyabetli hastaların güçlendirilme düzeylerinin de artış gösterdiğini ifade etmişlerdir.

Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıklarını ölçen çalışmalar çok az sayıdadır. Spesifik hastalığı olan bireyle ilgili yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Aşağıda bu tarz çalışmaların sonuçları verilmiştir.

Evgin ve Kılıç (2023) ergenlerde sağlıklı yaşam farkındalığı, obezite farkındalığı, duygusal yeme ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında, sağlıklı yaşam farkındalığının obezite farkındalığına olumlu yönde anlamlı bir etki yaptığı sonucunu bulmuştur. Ayrıca sağlıklı yaşam farkındalığının artmasıyla stresle başa çıkma düzeylerinin de artış gösterdiğini belirtmişlerdir.

Özer ve Yılmaz (2021), y kuşağının sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerini incelediği çalışmasında, sağlıklı yaşam farkındalığının tüm alt boyutlarıyla ilgili

verilen cevaplarda kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı olmayanlara göre daha olumlu cevaplar verdiği görülmüştür.

Gökkaya ve Alpaslan (2023) sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, sağlıklı yaşam farkındalığı ile sağlık okuryazarlığının tüm alt boyutları arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Gökkaya ve Alpaslan'ın çalışmasında ortaya çıkan sonucuna benzer olarak akademik personelin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlıklı yaşam farkındalıklarına etkisini araştıran Uğur ve Güder (2021), sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığını açıklamada önemli bir değişken olduğunu belirtmiş ve sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığı alt boyutlarından “sosyalleşmeyi %12”, “sorumluluk alt boyutunu %21”, “değişim alt boyutunu %35” ve “beslenme alt boyutunu %22” oranında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada da e-sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığının alt boyutlarından “sosyalleşme alt boyutunu %17.2”, “sorumluluk alt boyutunu %23.6”, “değişim alt boyutunu %26.4” ve “beslenme alt boyutunu %16.6” oranında pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu sonucu çıkmıştır.

Aydın ve Güner (2021) Covid-19 döneminde çalışan kadınlarda pandeminin psikolojik etkileri ve sağlıklı yaşam farkındalıklarını incelediği çalışmasında 40 yaş üzeri olan kadınların sağlıklı yaşam farkındalığı alt boyutundan değişim boyutu puanlarının daha yüksek olduğunu ve bu yaş grubundaki kadınların salgın hastalık gibi ani gelişen durumlarda pozitif davranış değişimlerine daha hazır olabileceklerini belirtmiştir. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu ve beslenme alt boyutunda yaş değişkeni açısından pozitif yönde anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutunda pozitif yönde anlamlı farkı yaratan grubun yaşı 41-50 arasında olan hastaların olduğu, beslenme alt boyutunda pozitif yönde anlamlı farkı yaratan grubun ise yaşı 61-70 arasında olan hastalardan dolayı olduğu görülmüştür. Ayrıca Aydın ve Güner (2021) yaptıkları çalışma sonucunda evli olan bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının bekar olan çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise sağlıklı yaşam farkındalığı ve medeni durum değişkeni arasında pozitif yönde

anlamli bir fark görülmemiştir ancak sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutunda dul/boşanmiş hastaların puanının daha yüksek olduğu ifade edilebilmektedir.

Çınar vd., (2022) coronavirus pandemisi döneminde kadınların sağlıklı yaşam farkındalığı ve meme kanseri taramasına yönelik tutumları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, kadınlarda yaşın ilerledikçe sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerinin düştüğünü, eğitim durumu ve gelir durumunun artmasıyla da sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerinde de artışın olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu ve beslenme alt boyutunda yaş değişkeni açısından pozitif yönde anlamli bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutunda pozitif yönde anlamli farkı yaratan grubun yaşı 41-50 arasında olan hastaların olduğu, beslenme alt boyutunda pozitif yönde anlamli farkı yaratan grubun ise yaşı 61-70 arasında olan hastalardan dolayı olduğu grlmştir. Eğitim durumu değişkenine baktığımız zaman ise sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu, sosyalleşme alt boyutu ve değişim alt boyutunda pozitif yönde anlamli farkların olduğu ortaya çıkmıştır. Bu farkı yaratan grupların ise sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu ve değişim alt boyutunda eğitim durumu doktora düzeyinde olan bireylerden kaynaklandığı, sosyalleşme alt boyutunda ise eğitim durumu ortaöğretim düzeyinde olan bireylerden kaynaklandığı grlmştir.

Demir Doğan ve Elik (2023) “niversite ğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri, sağlıklı yaşam farkındalıkları ve etkileyen faktörler hakkındaki bilgi düzeyleri” adlı çalışmasında, Sosyalleşmeye ilişkin sağlıklı yaşam farkındalığı kadınlarda erkeklere göre anlamli olarak daha yüksek bulunmuştur. Bizim alışmamızda da sosyalleşme alt boyutu ile cinsiyet arasında pozitif yönde anlamli bir fark olduğu grlmştir. Ancak bizim çalışmamızda bu anlamli farkı yaratanın erkek katılımcılar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yaptığımız çalışmada ve Altaş vd. (2022)’nin yaptığı çalışmada, e-sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet arasında anlamli bir ilişki bulunamamış ancak erkeklerin e-sağlık okuryazarlığı kadınlardan daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak izmecici ve Deniz (2017)’in Türkiye’deki diyabetli hastaların ve sağlıklı bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili yaptığı çalışmada diyabetli kadınların e-sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, Kurtoğlu vd, (2022) “Kronik hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerine bir araştırma”

adlı çalışmasında, e-sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir.

Literatüre bakıldığında e-sağlık okuryazarlığının yaş ile ters orantılı olduğu görülmektedir. Özden ve Çevik Aktura (2023), Zaimoğlu ve Özer (2023), Yüce (2022), Yun vd., (2022) ve Altaş (2022) yapmış oldukları çalışmada hastaların yaşlarının ilerledikçe e-sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğünü ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise 41-50 yaş arasındaki hastaların e-sağlık okuryazarlıklarının pozitif yönde anlamlı bir fark yarattığı sonucu bulunmuştur.

Shiferaw vd. (2020), Kurtoğlu vd. (2022), Çizmecci ve Deniz (2017) ve Yüce (2022) kronik hastalığı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyinin artmasıyla e-sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamız da bunu destekler niteliktedir. Çalışmamızda eğitim durumu doktora düzeyinde olan hastaların pozitif yönde anlamlı fark yarattıkları ortaya çıkmıştır.

Zaimoğlu ve Özer (2023), e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça hasta aktifliğinin arttığını, Kurtoğlu vd. (2022) e-sağlık okuryazarlığın geliştirilmesinde sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına internetten erişmenin önemli ve yararlı olduğunu, Çizmecci ve Deniz (2017) Türkiye’de kronik hastalığı olan bireylerin, interneti, sağlık bilgisi elde etmek için sağlıklı bireylere göre daha fazla kullandığını, internette güvenilir kaynaklar bulunduğu takdirde hekimlerin ve hastaların tedavi süreçlerinde çok daha iyi sonuçlar alabileceğini, Yüce (2022) sağlık bilgisi edinmek için Facebook ve Twitter kullanan kronik hastaların, e-sağlık okuryazarlık becerilerinin, kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu, Altaş vd. (2022) e-sağlık okuryazarlığı daha yüksek olan bireylerin öz-yönetim yoluyla hastalıklarını daha iyi kontrol edebileceklerini ifade etmişlerdir.

VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiş ve sonuçlar doğrultusunda bireylere ve politika yapıcılara öneriler sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların, %45'i erkek, %55'i kadındır, %61,8'i evli, %30,4'ü bekar, %7,8'i dul/boşanmıştır, %25,2'si 18-30 yaş arasında, %17,4'ü 31-40 yaş arasında, %23,9'u 41-50 yaş arasında, %24,8'i 51-60 yaş arasında, %8,7'si ise 61-70 yaş arasındadır, %16,1'i ilköğretim, %9'u ortaöğretim, %20,5'i lise, %9,3'ü ön lisans, %33,5'i lisans, %8,4'ü lisansüstü, %3,1'i ise doktora eğitimine sahiptir, %41,6'sı devlet hastanesini, %23'ü özel hastaneyi, %22,7'si eğitim ve araştırma hastanesini, %12,7'si ise üniversite hastanesini tercih etmiştir.

E-sağlık okuryazarlığı boyutu genel ortalaması 3,61, sağlıklı yaşam farkındalığı genel cevap ortalaması 4,00, hasta güçlendirme genel cevap ortalaması 3,89 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ve e-sağlık okuryazarlık ile hasta güçlendirme arasındaki ilişki analizi sonucuna göre; sosyalleşme alt boyutu, kimlik/özdeşlik alt boyutunu %19,5, kişisel kontrol alt boyutunu %22, karar alma alt boyutunu %29,4, bilme ve anlama alt boyutunu %26,4, başkaları ile etkileşim alt boyutunu %39 ve hasta güçlendirme genel boyutunu %30,9 oranında pozitif yönde etkilemiştir.

Sorumluluk alt boyutu, kimlik/özdeşlik alt boyutunu %35,8, kişisel kontrol alt boyutunu %41,7, karar alma alt boyutunu %39,3, bilme ve anlama alt boyutunu %39,4, başkaları ile etkileşim alt boyutunu %32,4 ve hasta güçlendirme genel boyutunu %42,0 oranında pozitif yönde etkilemiştir.

Değişim alt boyutu, kimlik/özdeşlik alt boyutunu %33,5, kişisel kontrol alt boyutunu %37,9, karar alma alt boyutunu %35,1, bilme ve anlama alt boyutunu %36,0 başkaları ile etkileşim alt boyutunu %23,8 ve hasta güçlendirme genel boyutunu %35,4 oranında pozitif yönde etkilemektedir.

Beslenme alt boyutu, kimlik/özdeşlik alt boyutunu %27,2, kişisel kontrol alt boyutunu %28,8, karar alma alt boyutunu %33,7, bilme ve anlama alt boyutunu %34,9, başkaları ile etkileşim alt boyutunu %29,5 ve hasta güçlendirme genel boyutu ile %32,9 oranında pozitif yönde etkilemektedir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutu, kimlik/özdeşlik alt boyutunu %33,9, kişisel kontrol alt boyutunu %39,3, karar alma alt boyutunu %43,9, bilme ve anlama alt boyutunu %41,4, başkaları ile etkileşim alt boyutunu %40,2 ve hasta güçlendirme genel boyutunu %44,5 oranında pozitif yönde etkilemektedir.

E-Sağlık okuryazarlık genel boyutu, kimlik/özdeşlik alt boyutunu %30,4, kişisel kontrol alt boyutunu %36,5, karar alma alt boyutunu %31,8, bilme ve anlama alt boyutunu %40,5, başkaları ile etkileşim alt boyutunu %17,9 ve hasta güçlendirme genel boyutunu %34,4 oranında pozitif yönde etkilemektedir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki analizi sonuçlarına göre ise; e-sağlık okuryazarlık genel boyutu, sosyalleşme alt boyutunu %17,2, sorumluluk alt boyutunu, %23,6, değişim alt boyutunu %26,4, beslenme alt boyutunu %16,6 ve sağlıklı yaşam farkındalığı genel boyutunu %26,0 oranında pozitif etkilemektedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam farkındalığı üzerinde pozitif yönde anlamlı ilişkili çıkmıştır ($p<0.05$). Moderatör değişken (e-sağlık okuryazarlığı* hasta güçlendirme) sağlıklı yaşam farkındalığı üzerinde pozitif yönde anlamlı ilişkili çıktığı ($p<0.05$) için “düzenleyici” nitelikte bir değişken olduğu belirlenmiştir.

E-sağlık okuryazarlığı algısı 1 birim arttığında yaşam farkındalığı algısı 0.412 birim artmaktadır. Moderatör değişken 1 birim arttığında yaşam farkındalığı algısı 0.656 birim artış göstermektedir.

Yapılan grup farklılığı analizinde; erkeklerin sosyalleşme ile ilgili sorulara daha olumlu yanıtlar verdiği, 41-50 yaş arasındaki bireylerin e-sağlık okuryazarlığı genel boyutu, bilme ve anlama boyutları ile ilgili sorulara daha olumlu yanıtlar verdiği beslenme ile ilgili sorulara ise 61-70 arasındaki bireylerin olumlu yanıtlar verdiği görülmektedir. Ayrıca ortaokul mezunu bireylerin sosyalleşme ile ilgili anlamlı fark yarattıkları, doktora mezunlarının da e-sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam farkındalığı ve hasta güçlendirme, değişim, kişisel

kontrol, karar alma, bilme ve anlama ve başkaları ile etkileşim konularında daha iyi oldukları ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti almak için genellikle özel hastaneyi tercih eden bireylerin beslenmelerine daha dikkat ettiği, e-sağlık okuryazarlık ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ortaya çıkan sonuca göre eğitimin seviyesinin yükselmesinin, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı düzeyini açık bir biçimde artırdığı, güçlendirilmiş hasta olma oranını yükselttiği ve değişim, kişisel kontrol, karar alma, bilme ve anlama ve başkaları ile etkileşim konularında daha iyi bir düzeye getirdiği görülmüştür. Bundan dolayı kronik hastaların eğitimine yönelik planlamalar yapılmalı, eğitime aktif bir şekilde katılmaları için motive ve teşvik edilmeleri gerekmektedir.

Genellikle sağlık hizmeti almak için özel hastaneyi tercih eden bireylerin ve 41-50 yaş arasındaki bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarının daha iyi olduğu görülmüştür. Bu durum gelir durumu ile ilişkilendirilebilmektedir. Gelir durumunun yükselmesi e-sağlık okuryazarlığını artıracaktır. Aynı şekilde özel hastaneyi tercih eden bireylerin daha sağlıklı beslendiği ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha iyi olduğu görülmektedir.

Ayrıca beslenme ile ilgili daha çok yaşlıların dikkat ettiği gençlerin ise beslenme konusunda daha dikkatsiz davrandığı görülmüştür. Bunun için gençlere yönelik kötü beslenme alışkanlıklarını değiştirmeye yönelik bilgilendirici içerikler hazırlanıp sunulmalıdır.

Bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarını, sağlıklı yaşam farkındalıklarını artırmak ve güçlendirilmiş hasta haline gelmeleri için hem kendilerinin yapacağı hem politika yapıcıların yapacağı bazı öneriler şunlardır:

Bireylerin kendisinin yapabileceği öneriler;

- İnternet ortamında güvenilir ve güncel sağlık kaynaklarından yararlanmak
- Uygun olduğunda sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve uzmanlar arasında aktif bir şekilde bilgi paylaşımında bulunmak
- Sağlıkla ilgili mobil uygulamaları keşfetmek ve bu uygulamaları kullanarak bilgilenmek

- Sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konularında bilinçli olmak ve haklarını öğrenmek
- İnternet üzerindeki sağlık forumlarına katılmak ve diğer kullanıcıların deneyimlerinden yararlanmak
- Düzenli sağlık kontrollerine yaptırmak
- E-sağlıkla ilgili web seminerleri veya online eğitimlere katılmak
- Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlarla ilgili puanlama ve yorumlama sistemlerini kullanarak deneyimleri değerlendirmek ve geri bildirimde bulunmak
- Sosyal medyada sağlıkla ilgili güvenilir hesapları takip etmek
- Sağlık hizmetlerinde ikinci bir görüş almak veya farklı uzmanlardan danışmanlık almak
- Sağlık içeriklerini daha iyi anlamak için hastalıkla ilgili tıbbi terimleri ve kısaltmaları öğrenmek
- Sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemek için düzenli fiziksel aktivite yapmak, dengeli beslenmek ve stresten uzak durmak
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşların mobil uygulamalarını kullanarak randevu almak ve sağlık kayıtlarını takip etmek
- Sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla açık ve etkili iletişim kurmak, sorular sormak ve endişeleri paylaşmak
- Kendi sağlık kayıtlarını tutmak ve takip etmek için elektronik sağlık kayıt sistemlerini kullanmak
- Sağlık durumu ve tedavi planı hakkında notlar almak ve doktor randevularına hazırlıklı gitmek
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak haklarını ve seçeneklerini öğrenmek ve savunmak için hasta hakları konusunda bilinçlenmek

Politika yapımcıları için öneriler:

- Eğitim programları oluşturmak ve e-sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için kampanyalar düzenlemek

- Sağlık hizmeti sağlayıcılarına e-sağlık konusunda eğitim vermek ve bilinçlendirmek
- Kamu sağlık kuruluşları aracılığıyla güvenilir ve anlaşılır e-sağlık bilgileri sunmak
- E-sağlık platformlarının geliştirilmesine destek vermek ve erişilebilirliği artırmak
- E-sağlıkla ilgili araştırma ve geliştirme çalışmalarını desteklemek ve fon sağlamak
- E-sağlık uygulamalarının veri güvenliği ve gizliliği konusunda düzenlemeler yapmak
- Sağlık profesyonellerine e-sağlık kullanımı konusunda rehberlik etmek ve standartlar belirlemek
- İnternet erişiminin yaygınlaştırılmasını sağlamak ve dijital uçurumu azaltmak
- Halka yönelik e-sağlık okuryazarlığını artırmak için bilgilendirici kampanyalar düzenlemek
- Hasta-odaklı e-sağlık uygulamalarının geliştirilmesine destek vermek ve kullanıcı geri bildirimlerini dikkate almak
- E-sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için telemedicine ve uzaktan sağlık hizmetlerini teşvik etmek
- E-sağlık konularında standartlar ve yönergeler geliştirmek ve bu standartların uygulanmasını sağlamak
- E-sağlık okuryazarlığını artırmak için okullarda ve eğitim kurumlarında eğitim programlarına yer vermek
- E-sağlık kullanımıyla ilgili verileri toplamak, analiz etmek ve politika geliştirme süreçlerinde kullanmak
- Hasta mahremiyeti ve veri koruma konularında sıkı düzenlemeler getirmek.

- Halka açık e-sağlık kaynaklarının güvenilirliğini sağlamak için doğrulama ve akreditasyon mekanizmaları oluşturmak.
- E-sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve yaygınlaştırmak için teşvikler sunmak
- Hasta haklarını koruyan yasal düzenlemeler yapmak ve bunların uygulanmasını sağlamak
- Hastaların sağlık kararlarına katılımını teşvik etmek ve bilgilendirilmiş onay sürecini güçlendirmek
- Hasta memnuniyetini değerlendirmek ve geri bildirimleri dikkate alarak sağlık hizmetlerini iyileştirmek
- Hastaların kendi sağlık kayıtlarını erişebilmelerini ve yönetebilmelerini sağlayacak elektronik sağlık kayıt sistemlerini teşvik etmek
- Hastaların sağlık hizmetleri sunucularıyla etkileşimlerinde iletişim ve karar verme süreçlerinde aktif rol alabilmeleri için eğitim ve destek programları sağlamak
- Hastaların sağlık hizmetlerinde deneyimlerini paylaşabilecekleri geribildirim mekanizmalarını sağlamak ve bu geri bildirimleri kullanarak iyileştirmeler yapmak
- Hasta-odaklı sağlık hizmetlerini teşvik etmek ve hasta memnuniyetini ön planda tutan sağlık politikaları geliştirmek
- Hasta hakları savunuculuk gruplarını desteklemek ve katılımını teşvik etmek
- Hastaların sağlık bilgilerini anlayabilmelerini sağlamak için sağlık okuryazarlığı eğitimi sunmak
- Hasta eğitim materyallerini ve kaynaklarını yabancı dillerden tercüme ettirilerek halkın anlayabileceği seviyeye getirmek
- Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumunu desteklemek ve hasta güvenini artırmak için kalite standartlarını belirlemek ve izlemek

- Hasta dernekleri ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapmak

IX. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AYDAN, S. (2021). **E-Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Sektöründe Yenilikçi Teknolojiler** (s. 29-54). içinde Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- BAYSAL, A. (1996). **Genel Beslenme (6 b.)**. Ankara, Hatipoğlu Yayıncılık.
- CAVACECE, Y., TARTAGLIONE, A. M., & RUSSO, G. (2019). **Patient Empowerment In Internet Era: The Role of E-health Literacy**. J. Leroux içinde, *Psychological Perspectives* (s. 77-105). Nova Science Publishers, Inc.
- CORBİN, C., WELK, G., CORBİN, W., & WELK, K. (2010). “**Concepts Of Fitness And Wellness: A Comprehensive Lifestyle Approach (9 B.)**”, St. Louis: McGraw-Hill Higher.
- DİKMETAŞ, E., & YABANA ,B. (2018). “**Health Informatics: E-Health Telemedicine ve M-Health**”, Sofia, St. Kliment Ohridski University Press.
- ERDAĞ, G. (2015). **Sağlık Okuryazarlığı**. F. Yıldırım, & A. Keser (Dü) içinde, **Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı (s. 1-14)**. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- GÖZLÜ, K. (2021). **E-Sağlık**. C. Korku (Dü.) içinde, **Sağlık Sektöründe Yenilikçi Teknolojiler**. Ankara, Türkiye, Nobel Akademik Yayıncılık.
- HAYRAN, O. (2012). **Teletıp ve Hasta Güvenliği**, Ankara, Sage Yayıncılık, 2. Baskı.
- İLERİ, Y. (2018). **Sağlık Yönetim Bilişim Sistemleri**. Konya, Çizgi Yayını.
- KAVAS, A. (2000). **Sağlıklı Yaşam için Doğru Beslenme**. İstanbul, Literatür Yayıncılık.

- SEZGİN, D. (2011). **Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık (1 b.)**. İstanbul, Kayhan Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
- SEZGİN, D. (2013). **Sağlık Okuryazarlığını Anlamak**. (İ. Çınarlı , & H. Yücel, Dü) **Sağlık İletişimi**, s. 73-92. İstanbul, Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını.
- YAKAR, A. (2014). **Farkındalık**. M. Girgin (Dü.) içinde, **Pedagojik değerler (2 b., s. 105-110)**. Ankara, Vize Yayıncılık.

MAKALELER

- ABU-MOGLİ, F., KHALAF, I., & BARGHOTİ, F. (2010). “The Influence Of A Health Education Programme On Healthy Lifestyles And Practices Among University Students”, **Int J Nurs Prac**, 16, 1, ss.35-42.
- ACUÑA MORA, M., LUYCKX, K., SPARUD-LUNDİN, C., PEETERS, M., VAN STAA, A., SATTOE, J., & MOONS, P. (2018). “Patient Empowerment In Young Persons With Chronic Conditions: Psychometric Properties Of The Gothenburg Young Persons Empowerment Scale (GYPES)”, **PloS One**, 13, 7, e.0201007. doi: 10.1371/journal.pone.0201007.
- ACUÑA MORA, M., SPARUD-LUNDİN, C., BURSTRÖM, Å., HANSEUS, K., RYDBERG, A., MOONS, P., & BRATT, E.-L. (2019). “Patient Empowerment And Its Correlates In Young Persons With Congenital Heart Disease”, **European Journal of Cardiovascular Nursing**, 5, 18, ss.389–398.
- AGNER, J., & BRAUN, K. (2018). “Patient Empowerment: A Critique Of Individualism And Systematic Review Of Patient Perspectives”, **Patient Education And Counseling**, 101, 12, ss. 2054-2064.
- AKIN, B., & EMİROĞLU, O. N. (2006). “Evde Yaşayan Yaşlılarda Sosyal Destek Yapısı, Sağlık Durumu Ve Yetiyitimi İlişkisi”, **Türk Geriatri Dergisi**, 9, 3, ss.170-176.

- AKOMOLAFE, M. O. (2014). “An Evaluation Of Breast Cancer Website: Assessing The Readability Of Breast Cancer Websites For The Public”, **Information and Knowledge Management**, 3, 4, ss.1-14.
- AKTAŞ, H. (2018). “Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı: Sağlık Okuryazarlığı”, **Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi**, 1, 1, ss. 12-16.
- 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, ss.52-58.
- ALBABTAİN, A., ALMULHİM, D., YUNUS, F., & HOUSEH, M. (2014). “The Role Of Mobile Health İn The Developing World: A Review Of Current Knowledge And Future Trends”, **Journal of Selected Areas in Health Informatics**, 42, ss.10-15.
- ALMOAJEL, A., ALSHAMRANİ, S., & ALYABSİ, M. (2022). “The Relationship Between e-Health Literacy and Breast Cancer Literacy Among Saudi Women”, **Frontiers in Public Health**, 10, s.841102.
- ALONAZİ, W., ALBAİZ, A., ALBEJAİDİ, F., & ALENAZİ, F. (2016). “Health Awareness Among Female Undergraduate Medical Students İn Saudi Arabia”, **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, 47, 1, ss.121- 130.
- ALTAŞ, Z. M., HIDIROĞLU, S., SOLMAZ, C., EL QADİRİ, I. M., & BOLHASSANİ, I. (2022). “The Association Between Electronic Health Literacy And Self-Care”, **Progress in Health Sciences; Bialystok**, 2, 12, ss.1-7.
- ASHRAAH, M., MAHASNEH, A., AL-SAWALMEH, A., & ABUSHEİKH, A. (2013). “Health Awareness Among University Students İn Jordan”, **Review of European Studies**, 5, 5, ss. 197-204.
- ASİ , Y., & WİLLİAMS, M. (2018). “The Role Of Digital Health İn Making Progress Toward Sustainable Development Goal (SDG) 3 İn Conflict-Affected Populations”, **International Journal of Medical Informatics**, 114, ss.114-120.

- ASLANTEKİN, F., & YUMRUTAĞ, M. (2014). “Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 4, 8, ss.327-334.
- ATKINSON, N., & GOLD, R. (2002). “The Promise And Challenge Of Ehealth Interventions”, **American Journal of Health Behavior**, 26, 6, ss.494-503.
- AUJOULAT, I., D’HOORE, W., & DECCACHE, A. (2007). “Patient Empowerment In Theory and Practice: Polysemy Or Cacophony?” **Patient Education and Counseling**, 66, 1, ss.13-20.
- AUSTİN, R. (2012). “e-Health Literacy for Older Adults”, **ANIA-CARING News Part I**, 27, ss.7-9.
- AYDIN, A., & GÜNER, Ö. (2021). “Psychological Effects of the Pandemic and Healthy Lifestyle Awareness among Working Women”, **TJFMPC**, 3, 15, ss.602-609.
- BAHAR, Z., BEŞER, A., GÖRDES, N., ERSİN, F., & KISSAL, A. (2008). “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, **C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 12, 1, ss.1-13.
- BAKIR, N., & DEMİR, C. (2020). “Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği”, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 3, 5, ss.109-117.
- BARKER, P., STEVENSON, C., & LEAMY, M. (2000). “The Philosophy of Empowerment”, **Mental Health Nursing**, 20, 9, ss. 8-12.
- BARR, P., SCHOLL, I., BRAVO, P., FABER, M., E. G., & MCALLISTER, M. (2015). “Assessment of Patient Empowerment - A Systematic Review of Measures”, **Plos ONE**, 10, 5, ss. 1-24.
- BARRETT , S., & PURYEAR , J. (2006). “Health Literacy: Improving Quality Of Care İn Primary Care Settings”, **Journal of Health Care For The Poor And Underserved**, 17, 4, ss. 690-697.
- BAŞGÖL, Ş. (2016). “Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önleme: Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Sağlıklı Yaşam Biçimi

Davranışları”, **Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi**, 3, 1, ss. 57-65.

BEAGLEHOLE, R., Epping-Jordan, J., Patel, C. M., Ebrahim, S., & Kidd, M. (2008). “Improving The Prevention and Management Of Chronic Disease In Low-Income And Middle Income Countries: A Priority For Primary Health Care”, **Lancet**, 372, ss. 940–949.

BERKMAN , D., DAVIS , T., & MCCORMACK, L. (2010). “Health Literacy: What Is It?”, **Journal of Health Communication**, 15, ss. 9-19.

BETZ , L., RUCCIGONE, K., MEESKE, K., & CHANG, N. (2008). “Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern”, **Pediatric Nursing**, 34, 3, ss. 231–239.

BHUIYAN, M., SHENG, J., GHAZALI, F., AL MUGHASBI, F., ARNOUS, M., MAZIZ, M., KADIR, S. (2017). “Health-Promoting Lifestyle Habits Among Preclinical Medical Students”, **Journal Of Medical Health Sciences**, 11, 2, ss. 490-495.

BİÇER , B. E., DAŞLI , Y., & GENCER , Z. (2019). “Sağlık İletişiminde Yeni Yaklaşımlar: Dijital Medya Kullanımı”, **Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi**, 22, 1, ss. 42-52.

BISWAS, S. (2011). “Role Of Mass Communication In Health Awareness A Study Of Mass Media Strategies For Urban And Rural Settings In Tripura”, **Assam University Department of Mass Communication**, ss. 225.

BOZHÜYÜK, A., ÖZCAN, S., KURDAK, H., AKPINAR, E., SAATÇI, E., & BOZDEMİR, N. (2012). “Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Aile Hekimliği”, **Turkish Journal of Family Medicine**, 6, 1, ss.13-21.

BRIDGES, J., LOUKANOVA, S., & CARRERA, P. (2008). “Patient Empowerment In Health Care”, **International Encyclopedia of Public Health** ss. 17-28. içinde San Diego: Elsevier Inc. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00583-9>

BROWN, C., & DICKSON, R. (2010). “Healthcare Students E-Literacy Skills”, **Journal of Allied Health**, 39, 3, ss. 179-184.

- CAN, A. B., SÖNMEZ, E., ÖZER, F., AYVA, G., BACI, H., KAYA, H. E., & ASLAN, D. (2014). “Sağlık Arama Davranışı Olarak İnternet Kullanımını İnceleyen Bir Araştırma”, **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, 36, s. 486-494.
- CASTRO, E. M., VAN REGENMORTEL, T., VANHAECHT, K., SERMEUS, W., & VAN HECKE, A. (2016). “Patient Empowerment, Patient Participation and Patient-Centeredness in Hospital Care: A Concept Analysis Based on a Literature Review”, **Patient Education and Counseling**, 99, 12, ss. 1923-1939.
- CHAN, C., & KAUFMAN, R. (2011). “A Framework for Characterizing eHealth Literacy Demands and Barriers”, **Journal of Medical Internet Research**, 13, 4, e.94, doi:10.2196/jmir.1750.
- CHAN, C., MATTHEWS, L., & KAUFMAN, D. (2009). “A Taxonomy Characterizing Complexity Of Consumer Ehealth Literacy”, **AMIA Annu Symposium Proceedings Archive**, 2009, ss. 86-90.
- 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, ss. 18476.
- CHESSER, A., BURKE, A., REYES, J., & ROHRBERG, T. (2016). “Navigating The Digital Divide: A Systematic Review Of Ehealth Literacy In Underserved Populations In The United States”, **Informatics for Health and Social Care Journal**, 41, 1, ss. 1-19.
- CHIAUZZI, E., DASMAHAPATRA, P., COCHIN, E., BUNCE, M., KHOURY, R., & DAVE, P. (2016). “Factors in Patient Empowerment: A Survey of an Online Patient Research Network”, **Patient**, 6, 9, ss. 511-523.
- CHOI, M. (2020). “Association Of Ehealth Use, Literacy, Informational Social Support, And Health-Promoting Behaviors: Mediation Of Health Self-Efficacy”, **Int J Environ Res Public Health**, 17, 21, ss. 1–12.

- COIERA, E. (2013). "Social Networks, Social Media, And Social Diseases", **BMJ**, 346, ss. 22-24, doi:https://doi.org/10.1136/bmj.f3007
- 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, ss. 598-607.
- CONNOLLY, K., & CROSBY, M. (2014). "Examining E-Health Literacy And The Digital Divide In An Underserved Population In Hawaii", **Hawai'i Journal of Medicine & Public Health**, 73, 2, ss. 44-48.
- COPURLAR, C., & KARTAL, M. (2016). "What Is Health Literacy? How To Measure It? Why Is It Important?" **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, 10, 1, ss. 42-47.
- COULTER, A., & OLDHAM, J. (2016). "Person-Centred Care: What Is It And How Do We Get There?", **Future Hospital Journal**, 3, 2, ss. 114-116.
- ÇELİK, G., & ÇEKİÇ, O. (2014). "Türkçe Öğretmeni Adaylarının Görsel Okuryazarlık Becerileri Hakkındaki Görüşleri", **Eğitimde Kuram ve Uygulama**, 10, 4, ss. 840-862.
- ÇETİNKAYA, B., ALTUNDAĞ, S., & AZAK, A. (2007). "Spiritüel Bakım Ve Hemşirelik", **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 8, 1, ss. 47-50.
- ÇINAR, D., ÇELİK, A., ÖZTÜRK, A., ZORBA BAHÇELİ, P., & KILIÇ AKÇA, N. (2022). "Women's Attitudes Towards Healthy Life Awareness And Breast Cancer Screening During The Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Descriptive Study", **European Journal of Cancer Prevention**, 4, 31, ss. 346-353.
- ÇİZMECİ, E., & DENİZ, S. (2017). "Chronically Searching Online: E-Health Literacy of Diabetes Patients and Healthy Individuals in Turkey", **Int Peer-Reviewed J Commun Humanit Res**, 15, 1, ss. 71-86.
- DALKILIÇ, S., & KURTOĞLU, R. (2021). "Hastaların Tüketicileştirilmesi ve Hasta Güçlendirme", **Usaysad Derg**, 7, 3, ss. 456-471.

- DASHIFF, C., & BARTOLUCCI, A. (2002). "Autonomy Development In Adolescents With Insulin Dependent Diabetes Mellitus", **J Pediatr Nurs** 17, ss. 96-106.
- DAVIS, R., WAGNER, E., & GROVES, J. (1999). "Managing Chronic Disease", **British Medical Journal** , 318, ss. 1090–1091.
- DEMİR DOĞAN, M., & ELİK, B. (2023). "University Students' Knowledge Level About Risk Factors For Cardiovascular Diseases, Their Healthy Life Awareness, And The Influencing Factors", **Journal of Public Health**.
- DEMİRİS, G., AFRİN, L., SPEEDİE, S., COURTNEY, K., SONDHİ, M., VİMARLUND, V., LYNCH, C. (2008). "Patient-Centered Applications: Use Of Information Technology To Promote Disease Management And Wellness", **Journal of American Medical Informatics Association**, 15, 1, ss. 8-13.
- DİLEK, S., & ÖZDEMİR, S. (2014). "Sağlık Hizmetleri Sektöründe Kablosuz Algılayıcı Ağlar", **Bilişim Teknolojileri Dergisi**, 7, 2, ss. 7-19.
- DİSTEFANO, M., & SCHMİDT, H. (2016). "Mhealth For Tuberculosis Treatment Adherence: A Framework To Guide Ethical Planning, Implementation, And Valuation", **Global Health: Science and Practice**, 2, 4, ss. 211-221.
- DORSEY, E., & TOPOL , E. (2016). "State Of Telehealth", **New England Journal Of Medicine**, 375, ss.154-161
- DUBAY , L., & LEBRUN , L. (2012). "Health, Behavior, And Health Care Disparities: Disentangling The Effects Of Income And Race In The United States", **Int J Health Serv**, 42, ss. 607-625.
- ERDOĞAN, M., & KIRILMAZ, H. (2020). "Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım", **İnsan ve İnsan**, 24, 7, ss. 97-126.
- ERER, S. (2013). "Kitle İletişim Araçları Ve Tıp Etiği", **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 3, 3, ss. 24-28.

- ERGÜN, S., SÜRÜCÜLER, H., & IŞIK , R. (2019). “Ergenlerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği”, **JAREN**, 5, ss. 194-203.
- EVGİN, D., & KILIÇ, M. K. (2023). “Relationship Between Healthy Life Awareness, Emotional Eating, Obesity Awareness, And Coping Stress İn Adolescents”, **Psychology in the Schools**, 6, 60, ss. 1898–1917.
- EYSENBACH, G. (2007). “Human Development, and the Role of eHealth”, **Journal of Medical Internet Research**. 9, 4, e.34, doi: 10.2196/jmir.9.4.e34
- EYSENBACH, G. (2001). “What is e-health?”, **Journal of Medical Internet Research**, 3, 2, ss. 1-2.
- FAGHERAZZİ, G., GOETZINGER, C., RASHİD , M., AGUAYO, G., & HUIART, L. (2020). “Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, RecoHFEndations, and a Call for Papers”, **Journal of Medical Internet Research**, 22, 6, e.19284, doi: 10.2196/19284
- FEUERSTEİN, M. (1999). “Media Literacy In Support of Critical Thinking”, **Journal of Educational Media**, 24, 1, ss. 43-54.
- FUNNELL, M. M. (2016). “Patient Empowerment: What Does It Really Mean?”, **Patient Education and Counseling**, 99, 12, ss. 1921-1922.
- FUNNELL, M., & ANDERSON, R. (2004). “Empowerment and Self-Management of Diabetes”, **Clinical Diabetes**, 22, 3, ss. 123–127.
- FORLANİ, G., ZANNONİ, C., TARRİNİ, G. MELCHİONDA, N., & MARCHESİNİ, G. (2006). “An Empowerment-Based Educational Program İmproves Psychological Well-Being And Health-Related Quality Of Life İn Type 1 Diabetes”. **J Endocrinol Invest**, 29, ss.405–412, <https://doi.org/10.1007/BF03344123>
- GAO, Q., TIAN, Y., & TU, , M. (2015). “Exploring Factors İnfluencing Chinese User’s Perceived Credibility Of Health And Safety İnformation On Weibo”, **Computers in Human Behavior**, 45, ss. 21–31, doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.11.071>

- GARATTİNİ, L., & PADULA, A. (2018). “Patient Empowerment In Europe: Is No Further Research Needed?”, **The European Journal of Health Economics**, 19, ss. 637-640.
- GARG, H., SHARMA, B., SHEKHAR, S., & AGARWAL, R. (2022). “Spoofng Detection System For E-Health Digital Twin Using Efcientnet Convolution Neural Network”, **Multimedia Tools and Applications**, 81, ss. 26873–26888.
- GÖKKAYA, D., & ALPASLAN, M. N. (2023). “Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Farkındalığı İle İlişkisi: Yozgat İli Örneği”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 25, 2, ss. 582-594.
- GUNGOR, I., & BEJİ, N. K. (2011). “Lifestyle Changes for the Prevention and Management of Lower Urinarytract Symptoms in Women”, **International Journal of Urological Nursing**, 5, 1, ss. 3-13.
- GUO, L., Lİ, L., LU, Y., Lİ, T., CHEN, L., JİANG, L., YUAN, M. (2023). “Effects Of Empowerment Education On The Self-Management And Self-Efficacy Of Liver Transplant Patients: A Randomized Controlled Trial”, **BMC Nursing**, 22, 1, ss. 146.
- GÜÇLÜ, N. (2001). “Stres Yönetimi”, **Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 21, 1, ss. 91-109.
- GÜRDAP, Z., & CENGİZ, Z. (2023). “Sağlık Bakım Sisteminde Hastayı Güçlendirme: Fırsatlar ve Zorluklar”, **Artuklu IJ Health Sci**, 3, 1, ss. 74-81. doi:<https://doi.org/10.58252/artukluder.1209933>
- HEIDEMANN, J. (2010). “Ein Sozialer Und Technischer Überblick”, **Informatik-Spektrum**, 33, ss. 262–271. doi:<https://doi.org/10.1007/s00287-009-0367-0>
- HETTLER, B. (1984).” Wellness: Encouraging A Lifetime Pursuit Of Excellence”, **Health Values**, 8, 4, ss. 13-17.
- HEUVEL , J., GROENHOF, T., VEERBEEK, J., SOLİNGE, W., LELY, A., FRANX, A., & BEKKER, M. (2018). “Ehealth As The Next-Generetion Perinatal Care: An Overview Of The Literature”, **Journal of Medical Internet Research**, 20, 6, e. 202.

- HOLMSTRÖM, I., & RÖING, M. (2010). “The Relation Between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts”, **Patient Education and Counseling**, 79, 2, ss. 167-172.
- HOSSEİNİ, M., ASHKTORAB, T., TAGHDİSİ, M., & KHODAYARİ, M. (2017). “The Interpersonal Influences As A Factor For Health Promoting Life Style İn Nursing Students: A Mixed Method Study”, **Glob J Health Sci**, 9, 5, ss. 196-205.
- HOUSE, J. S. (1971). “A Path Goal Theory of Leader Effectiveness”, **Administrative Science Quarterly**, 16, 3, ss. 321-339.
- HSİEH , J., RAİ, A., & KEİL , M. (2011). “Addressing Digital İnequality For The Addressing Digital İnequality For The Capital That Affect ICT Utiliazation”, **Information Systems Research**, 22, 2, ss. 233-253.
- İSTEK, N., & KARAKURT, P. (2018). “Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet Ve Öz-Bakım Yönetimi”, **Journal of Akademic Research in Nursing**, 4, 3, ss. 179-182.
- İŞİK , A., & GÜLER , İ. (2010). “Teletıpta Mobil Uygulama Çalışması Ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi”, **Bilişim Teknolojileri Dergisi**, 3, 1, ss. 1-10.
- IVANİTSKAYA, L., O’BOYLE, I., & CASEY, A. (2006). “Health Information Literacy and Competencies of Information Age Students: Results From the Interactive OnlineResearch Readiness Self-Assessment (RRSA)”, **Journal of Medical Internet Research Publications**, 8, 2, e.6, doi:10.2196/jmir.8.2.e6
- JACOBS, R. J., LOU, J. Q., OWNBY, R. L., & CABALLERO, J. (2016). “A Systematic Review Of E-Health Interventions To Improve Health Literacy”, **Health Informatics Journal**, 22, 2, ss. 81-98.
- JØRGENSEN, C., THOMSEN, T., ROSS, L., DİETZ, S., THERKİLDSEN, S., GROENVOLD, M., & JOHNSEN, A. (2018). “What Facilitates “Patient Empowerment” İn Cancer Patients During Follow-Up: A Qualitative Systematic Review Of The Literature”, **Qualitative Health Research**, 28, 2, ss. 292-304.

- KARAMAN, D., KARA, D., & ATAR, N. Y. (2015). “Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 4, 3, ss. 347–359.
- KAYA, N., & IŞIK, O. (2018). “Hasta Güçlendirme'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği”, **İşletme Bilimi Dergisi (JOBS)**, 6, 1, ss. 27-42.
- KHAN, D., FJERBÆK, A., ANDREASEN, J., THORUP, C., & DİNESEN, B. (2018). “Cardiac Surgery Patients' E-Health Literacy And Their Use Of A Digital Portal”, **Health Education Journal**, 77, 4, ss. 482-494.
- KHOWAJA, M., ROZİ, S., SAWANİ, S., & AHMED, A. (2023). “Factors Associated With Diabetes Empowerment Among Patients With Type 2 Diabetes, At OPD Setting, Karachi, Pakistan”, **Scientific Reports**, 13, 1, ss. 7165.
- KILIÇ, T. (2017). “E-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 6, 3, ss. 203-217.
- KİM, H., GOLDSMİTH, J. V., SENGUPTA, S., MAHMOOD, A., POWELL, M., & B. J. (2019). “Mobile Health Application and e-Health Literacy: Opportunities and Concerns for Cancer Patients and Caregivers”, **J Cancer Educ. Journal of Cancer Education**, 39, 1, ss. 3–8.
- KİM, S. (2009). “Health Literacy and Functional Health Status in Korean Older Adults”, **Journal Of Clinical Nursing**, 18, 16, ss. 2337-2343.
- KORKMAZ , S., & HOŞMAN, İ. (2018). “Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-Tıp Uygulama Boyutlarını İçeren Bir Araştırma”, **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, 4, 3, ss. 251-263
- KORKUT, , E., & AKKOYUNLU, B. (2008). “Yabancı Dil Öğretmen Adaylarının Bilgi Ve Bilgisayar Okuryazarlık Öz-Yeterlikleri”, **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 34, 34, ss. 178-188.

- KOSTAK, M. A., ÇELİKKALP, Ü., & DEMİR, M. (2010). “Hemşire Ve Ebelerin Maneviyat Ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, ss. 218-225.
- KOŞAR, C., & BESEN, D. (2015). “Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi**, 8, 1, ss. 45-51.
- KRİS-ETHERTON, P., PETERSEN, K., LYNNE, B., SARAH, F., KAREN, F., SCOTT, L., FELİPE, L., PAMELA, M., FRANK, S., & DESPRÉS, J. (2021). “Special Considerations For Healthy Lifestyle Promotion Across The Life Span In Clinical Settings: A Science Advisory From The American Heart Association”, **Circulation**, 144, 24, ss. 515-532.
- KUIJPERS, W., GROEN, W. G., AARONSON, N. K., & VAN HARTEN, W. H. (2013). “A Systematic Review of Web-Based Interventions for Patient Empowerment and Physical Activity in Chronic Diseases: Relevance for Cancer Survivors”, **J Med Internet Res**, 15, 2, ss. e37.
- KUMAR, K. (2017). “Importance Of Healthy Life Style In Healthy Living”, **Juniper Online Journal of Public Health**, 5, 2, ss. 1-3.
- KURBANOĞLU, S. (2010). “Bilgi Okuryazarlığı: Kavramsal Bir Analiz”, **Türk Kütüphaneciliği**, 24, 4, ss. 723-747.
- KURTOĞLU, İ., YILMAZ, N., & TAŞ, M. A. (2022). “Kronik Hastaların E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, **MAKU SOBED**, 35, ss. 126-136.
- KURUDAYIOĞLU, M., & TÜZEL, S. (2010). “21. Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı Ve Türkçe Eğitimi”, **Türklük Bilimi Araştırmaları Dergisi**, 28, ss. 283-298.
- LAMBRİNOU, E., HANSEN, T., & BEULENS, J. (2019). “Lifestyle Factors, Self-Management And Patient Empowerment In Diabetes Care”, **European Journal of Preventive Cardiology**, 26, 2, ss. 55-63.
- LAUGKSCH, R. (2000). “Scientific Literacy: A Conceptual Overview”, **Science Education**, 84, 1, ss. 71-94.

- LEVİN-ZAMİR, D., & BERTSCHİ, I. (2018). “Media Health Literacy, Ehealth Literacy, And The Role Of The Social Environment İn Context”, **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 15, 8, ss. 1643.
- LİU, C., ZHU, Q., HOLROYD, A., & SENG, K. (2011). “Status and Trends of Mobile-Health Applications for iOS Devices: A Developer’s Perspective”, **The Journal of Systems and Software**, 84, 11, ss. 2022-2033.
- MAHGOUB, A., ELKHALİFA, M., MEDANİ, K., & ABDALLA, W. (2014). “Mother’s Health Awareness And Nutritional Status Of Children İn Khartoum State-Sudan”, **Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences**, 22, 2, ss. 61-68.
- MAHMOUD, H., AL-NASRAWİ, M., & DHAHİR, A. (2020). “The Effect Of Electronic Education On The Level Of Health Awareness And Its Relationship With Nutritional Behaviour Among Sports Athletes Age 17 Or Ess Than 20 Years”, **Annals of Tropical Medicine & Public Health**, 23, 18, ss. 231818, doi:10.36295/asro.2020.231818
- MANAFO, E., & WONG, S. (2012). “Assessing The Ehealth Literacy Skills Of Older Adults: a Preliminary Study”, **Journal of Consumer Health Internet**, 16, ss. 369-381.
- MARTON, C., & CHOO, C. (2012). “A Review Of Theoretical Models Of Health İnformation Seeking On The Web”, **Journal of Documentation**, 63, 3, ss. 330-352.
- MCMULLAN, M. (2006). “Patients Using The Internet To Obtain Health İnformation: How This Affects The Patient–Health Professional Relationship”, **Patient Education and Counseling**, 63, 1, ss. 24-28.
- MENDİ. (2015). “Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki Ve Türkiye’de Ki Uygulamalar”, **Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi**, 11, 44, ss. 275-290.
- MİTSUTAKE , S., SHİBATA, A., İSHİİ , K., & OKA , K. (2012). “Association of eHealth Literacy With Colorectal Cancer Knowledge and Screening

- Practice Among Internet Users in Japan”, **Journal of Medical Internet Research**, 14, 6, e.153.
- MITSUTAKE, S., SHIBATA, A., ISHII, K., & OKA, K. (2016). “Associations of eHealth Literacy With Health Behavior Among Adult Internet Users”, **J Med Internet Res**, 18, 7, e.192.
- NÁFRÁDÍ, L., NAKAMOTO, K., CSABAÍ, M., PAPP-ZÍPERNOVSZKY, O., & SCHULZ, P. J. (2008). “An Empirical Test of the Health Empowerment Model: Does Patient Empowerment Moderate the Effect of Health Literacy on Health Status?”, **Patient Education and Counseling**, 101, 3, ss. 511-517.
- NETER, E., & BRAİNIN, E. (2012).” eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information”, **Journal of Medical Internet Research**. 14, 1, e.19.
- NIJLAND, N., VAN GEMERT-PIJNEN, J. E., KELDERS, S. M., BRANDENBURG, B. J., & SEYDEL, E. (2011). “Factors Influencing The Use Of A Web-Based Application For Supporting The Self-Care Of Patients With Type 2 Diabetes: A Longitudinal Study”, **Journal of Medical Internet Research**, 13, 3, e.71.
- NORMAN, C., & SKINNER, H. (2006).). “Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health In A Networked World”, **Journal Of Medical Internet Rresearch**, 8, 2, ss. 1-10.
- NORMAN, C., & SKINNER, H. (2006). “Eheals: The Ehealth Literacy Scale”, **Journal Of Medical Internet Research**, 8, 4, ss. 1-7.
- NORMAN, C. (2011) “eHealth Literacy 2.0: Problems and Opportunities With an Evolving Concept”, **J Med Internet Res**, 13, 4, e.125 DOI: 10.2196/jmir.2035
- NUTBEAM, D. (1998). “Health Promotion Glossary.”, **Health Promot. Int**, 13, 4, ss. 349-364.
- 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, ss. 259–267.
- NUTBEAM, D. (2008). “The Evolving Concept Of Health Literacy”, **Soc Sci Med**, 67, 12, ss. 2072–2078.
- OH, H., RİZO , C., ENKİN, M., & JADAD, A. (2005). “What İs E-Health? A Systematic Review Of Published Definitions”, **J Med Internet Res**, 7, 1, e.1.
- OLAYEMİ, O., & ABOLARİNWA, T. (2023). “Internet Use And E-Health Literacy Among Tuberculosis Patients İn The Directly Observed Therapy Centre”, **Information Research**, 28, 1, ss. 30-49.
- OLGUN, N., & ULUPINAR, S. (2004). “Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi”, **Diyabet Forumu Dergisi**, 2,1, ss. 57-65.
- OLİVER, M., BALDWIN, D., & DATTA, S. (2018). “Health To Wellness: A Review Of Wellness Models And Transitioning Back To Health”, **The International Journal of Health, Wellness and Society**, 9, 1, ss. 41-56.
- OLLA , P., & SHİMSKEY, C. (2015). “M-Health Taxonomy: A Literatüre Survey Of Mobile Health Applications”, **Health Technologies**, 4, 4, ss. 299-308.
- ÖKSÜZ, E. (2018). “Giyilebilir Sağlık Teknolojileri”, **Actual Medicine**, 26, 4, ss. 35-41.
- ÖZDEN , G., & ÇEVİK AKTURA, S. (2023). “Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda E-Sağlık Okuryazarlığının Beslenme Davranışları Üzerine Etkisi”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 36, ss. 231-240.
- ÖZER , Ö., ŞANTAŞ , F., & BUDAK, F. (2012). “Sağlık Web Sitelerinin Kullanım Düzeylerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama”, **Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi**, 4, 1, ss. 128-140.
- ÖZER, E., & YILMAZ, N. (2020). “Sağlıklı Yaşam Farkındalığı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”, **J Tradit Complem Med**, 3, 1, ss. 47-60.

- ÖZER, E., & YILMAZ, N. (2021). “Y Kuşağı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 10, 4, ss. 955-963.
- ÖZKAN, S., & YILMAZ, E. (2008). “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 7, 3, ss. 89-105.
- ÖZYAZICIOĞLU, N., KILIÇ, M., ERDEM, N., YAVUZ, C., & AFACAN, S. (2011). “Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilim Dergisi**, 8, 2, ss. 278–332.
- PALTEKİ, T. (2018). “Kalite İyileştirilmesi Çalışmalarında Hasta Katılımının Önemi”, **Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi**, 2, 1, ss. 16-21.
- PARK, H., & LEE, E. (2015). “Self-Reported eHealth Literacy Among Undergraduate Nursing Students in South Korea: A Pilot Study”, **Nurse Education Today**, 35, ss. 408-413.
- PARKER, R., BAKER, D., WILLIAMS, W., & NURSS, J. (1995). “The Test Of Functional Health Literacy In Adults: A New Instrument For Measuring Patients Literacy Skills”, **Journal of General Internal Medicine**, 10, 10, ss. 537-541.
- PATERSON, B. (2001). “Myth Of Empowerment In Chronic İllness”, **Journal of Advanced Nursing**, 34, 5, ss. 574–581, doi:doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01786.x
- PETRIČ, G., ATANASOVA, S., & KAMIN, T. (2017). “Impact of Social Processes in Online Health Communities on Patient Empowerment in Relationship With The Physician: Emergence of Functional and Dysfunctional Empowerment”, **Journal of Medical Internet Research**, 19, 3, e. 74.
- POWELL, C., HILL, E., & CLANCY, D. (2007). “The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Knowledge and Readiness to Take Health Actions”, **The Diabetes Educator**, 33, 3, ss. 144-151.

- ROBİN, M., MARTİNE, P., JANET, P., LİSA, L., VİCTORİA, M., ANDREW, H., PAMELA, C., & MEREDİTH, G. (2015). “Predictors Of High Ehealth Literacy İn Primary Lung Cancer Survivors”, **Journal of Cancer Education**, 30, 4, ss. 685–692.
- ROBB , M., & SHELLNBARGER , T. (2014). “Influential Factors And Perceptions Of Health Literacy Among Undergraduate College Students”, **Online Journal of Nursing Informatics**, 18, 3, ss. 1-10.
- ROTER, D., STASHEFSKY-MARGALİT, R., & RUDD, R. (2001). “Current Perspectives On Patient Education İn The US”, **Patient Education and Counseling**, 44, 1, ss. 79–86.
- RUEHLMAN, L., KAROLY, P., & ENDERS, C. (2012). “A Randomized Controlled Evaluation Of An Online Chronic Pain Self Management Program”, **Pain**, 153, 2, ss. 319–330. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.025>
- SABİNAY, C., & GUMABAY, M. (2019). “Health Application For Women Using Decision Tree-Based Classifier”, **International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering**, 8, ss. 12-16.
- SAMANCI TEKİN, Ç. & KARA, F. (2018). “Dünyada Ve Türkiye’de Yaşlılık”, **Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)**, 3, 1, 219-229. DOI: 10.21733/ibad.370584
- SAVUCU, Y. (2020). “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlar”, **Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi**”, 2, 1, ss. 34-43.
- SAYAN, A. (1999). “Beslenme Alışkanlıkları Ve Temel Besin Gereksinimleri”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2, 2, ss. 53-65.
- SCHAFFLER , J., LEUNG , K., TREMBLAY , S., MERDSOY , L., BELZİLE, E., LAMBROU , A., & LAMBERT, S. (2018). “The Effectiveness of Self Management Interventions for Individuals with Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review”, **JGen Intern Med**, 33, 4, ss. 510-523.

- SCHULZ, A. J., ISRAEL, B. A., ZIMMERMAN, M. A., & CHECKOWAY, B. N. (1995). "Empowerment As A Multi-Level Construct: Perceived Control At The Individual, Organizational And Community Levels." **Health Education Research**, 10, 3, ss.309–327. <https://doi.org/10.1093/her/10.3.309>
- SCHULZ, P. J., & NAKAMOTO, K. (2013). "Health Literacy and Patient Empowerment in Health Communication: The Importance of Separating Conjoined Twins", **Patient Education and Counseling**, 90, 1, ss. 4-11.
- SCHUURING, M., & KAUW, D. (2020). "How To Initiate Ehealth In Congenital Heart Disease Patients?", **European Heart Journal-Digital Health**, 1, ss. 83-86.
- SCOTT , T., GAZMARARIAN, J., WILLIAMS, M., & BAKER, D. (2002). "Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in A Managed Care Organization", **Medical Care**, 15, 5, ss. 395-404.
- SEGAL, L. (1998). "The Importance Of Patient Empowerment In Health System Reform", **Health Policy**, 44, ss. 31–44. doi:doi:10.1016/s0168-8510(98)00007-4
- SEYMOUR, J. (2018). "The Impact Of Public Health Awareness Campaigns On The Awareness And Quality Of Palliative Care", **Journal Of Palliative Medicine**, 21, 1, ss. 30-36.
- SEZER, A., & KADIOĞLU , H. (2014). "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi", **Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences**, 17, 3, ss. 165-170.
- SHIFERAW, K., TILAHUN, B., ENDEHABTU, B., GULLSLETT, M., & MENGISTE, S. (2020). "E-Health Literacy And Associated Factors Among Chronic Patients In A Low-Income Country: A Cross-Sectional Survey", **MC Medical Informatics and Decision Making**, 20, 1, ss. 1-9.

- SILVA, B., RODRIGUES, J., CANELO, F., LOPES, M., & LLORET, J. (2014). "Towards A Cooperative Security System For Mobile-Health Applications", **Electronic Commerce Research**, 19, ss. 629-654.
- SIMONDS, S. K. (1974). "Health Education As Social Policy", **Health Education Monographs**, 2, 1, ss. 1-10.
- SKINNER, H., BISCOPE, S., POLAND, B., & GOLDBERG, E. (2003). "How Adolescents Use Technology For Health Information: Implications For Health Professionals From Focus Group Studies", **J Med Internet Res**, 5, 1, e.32.
- SMALL, N., BOWER, P., CHEW-GRAHAM, C., WHALLEY, D., & PROTHEROE, J. (2013). "Patient Empowerment In Long-Term Conditions: Development And Preliminary Testing Of A New Measure", **BMC Health Services Research**, 13, 1, ss. 1-15.
- SMITH, M., TOWNE, S., HERRERA-VENSON, A., CAMERON, K., KULINSKI, K., SCOTT, H., MARCIA, ORY., & LORIG, K. (2017). "Dissemination Of Chronic Disease Self-Management Education (CDSME) Programs In The United States: Intervention Delivery By Rurality", **Int J Environ Res Public Health**, 14, 6, e.638.
- SOLMAZ, B., & YILMAZ, R. (2012). "Medya Okuryazarlığı Araştırması Ve Selçuk Üniversitesi'nde Bir Uygulama", **Selçuk İletişim**, 7, 3, ss. 56-61.
- SORENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J., & SLONSKA, Z. (2012). "Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models", **BMC Public Health**, 80, 12, ss. 1-13.
- SOYUER, F., & SOYUER, A. (2008). "Yaşlılık Ve Fiziksel Aktivite", **Journal Of Turgut Ozal Medical Center**, 15, 3, ss. 219-224.
- STELLEFSON, M., SHUSTER, J., CHANEY, B., P. S., ALBER, J., CHANEY, J., & SRIRAM, P. (2018). "Web-Based Health Information Seeking And Ehealth Literacy Among Patients Living With Chronic

- Obstructive Pulmonary Disease (COPD)”, **Health Communication**, 33, 12, ss. 1410--1424.
- STEWART , D., VIDRINE , J., SHETE , S., SPEARS , C., CANO, M., & CORREA-FERNÁNDEZ , V. (2015). “Health Literacy, Smoking, And Health Indicators In African American Adults”, **J Health Commun**, 20, 2, ss. 24–33.
- STOEWEN, D. (2015). “Health And Wellness”, **The Canadian Veterinary Journal**, 56, 9, ss. 983-984.
- ŞENGÜN, H. (2016). “Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi”, **İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi**, 79, 1, ss.38-42
- ŞENTÜRK, S. (2021). “Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü”, **Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi**, 4, 1, ss. 9-13.
- TAMER GENCER, Z. (2017). “Norman ve Skinner'ın E-sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi**, 0, 52, ss. 131-145.
- TARHAN, N., ÜNAL, A. T., & EKİNCİ, Y. (2021). “Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi”, **Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi**, 37, 17, ss. 4253-4297.
- TEKİN, A., KAYA, E., DEMİREL, M., & YAZICI, S. Ö. (2009). “Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta-Hekim İlişkilerine Etkisi”, **Selçuk İletişim**, 6, 1, ss. 23-36.
- TENNANT , B., STELLEFSON , M., DODD, V., CHANEY, B., CHANEY, D., PAİGE, 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, e.70.
- TOKUDA , Y., DOBA , N., BUTLER, J., & PAASCHE-ORLOW , M. (2009). “Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in

- Japanese Adults”, **Patient Education and Counseling**, 75, ss. 411-417.
- TOYGAR, Ş. A. (2018).” E-sağlık Uygulamaları”, **Yasama Dergisi**, 37, ss. 101-123.
- TUBAİSHAT, A., & HABİBALLAH, L. (2016). “Ehealth Literacy Among Undergraduate Nursing Students”, **Nurse Education Today**, 42, ss. 47-52.
- UGUR, O. A., & GUDER, F. (2021). “The Effects Of The Health Literacy Levels Of Academic Staff İn Sports Sciences On The Healthy Life Awareness Levels”, **Pakistan Journal of Medical and Health Sciences**, 15, 2, ss. 674 - 678.
- ULUS, T., & GÜRGAN , M. (2011). “Sağlık Alanında İnternet Kullanımı Ve Halk Sağlığı”, **Bozok Tıp Dergisi**, 2, 1, ss. 43-46.
- VAİNAUSKIENĖ, V., & VAİTKIENĖ, R. (2021). “Enablers Of Patient Knowledge Empowerment For Self Management Of Chronic Disease: An İntegrative Review”, **Int J Environ Res Public Health**, 18, 5, ss. 2247.
- VALİZADEH-HAGHİ, S., & RAHMATİZADEH, S. (2018). “Ehealth Literacy And General İnterest İn Using Online Health İnförmatıon: A Survey Among Patients With Dental Diseases”, **Online Journal of Public Health Informatics**, 10, 3, e.219.
- VAN DER VAART, R., DROSSAERT, C. H., DE HEUS, M., TAAL, E., & VAN DE LAAR, M. A. (2013). “Measuring Actual Ehealth Literacy Among Patients With Rheumatic Diseases: A Qualitative Analysis Of Problems Encountered Using Health 1.0 And Health 2.0 Applications”, **Journal of Medical Internet Research**, 15, 2, e.27.
- VARSHNEY, U. (2007). “Pervasive Healthcare And Wireless Health Monitoring.”, **Mobile Netw Appl**, 12, ss. 113-127.
- WANG, D., XİNG, X.-H., & WU, X.-B. (2013). “Healthy Lifestyles Of University Students İn China And İnförmatıon Factors”, **The Scientific World Journal**, 2013, s. 1-10.

- WERST, N., & HUTTON-ROGERS, L. (2013). "Barriers To Achieving E-Health Literacy", **American Journal of Health Science**, 4, 3, ss. 115-120.
- WONG, Z. S., & RIGBY, M. (2022). "Identifying And Addressing Digital Health Risks Associated With Emergency Pandemic Response: Problem Identification, Scoping Review And Directions Toward Evidence-Based Evaluation", **International Journal of Medical Informatics**, 157, ss. 1-10.
- WU, T., HE, Z., & ZHANG, D. (2020). "Impact of Communicating With Doctors Via Social Media on Consumers' E-Health Literacy and Healthy Behaviors in China", **The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, 57, doi:<https://doi.org/10.1177/0046958020971188>
- WU, Y., WEN, J., WANG, X., WANG, W., WANG, W., & WANG, X. (2022). "Associations Between E-Health Literacy And Chronic Disease Self-Management In Older Chinese Patients With Chronic Non-Communicable Diseases: A Mediation Analysis", **BMC Public Health**, 22, 1, ss. 1-10.
- XIE, B. (2011). "Experimenting On The Impact Of Learning Methods And Information Presentation Channels On Older Adults'e-Health Literacy", **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, 62, ss. 1797-807.
- YANIK, C. (2010). "Öğretmen Adaylarının Bilgisayar Okuryazarlık Algıları İle İnternet Kullanımına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki", **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 39, 39, ss. 371-382.
- YAŞIN, B., & ÖZEN, H. (2011). "Gender Differences In The Use Of İnternet For Health İnformation Search", **Ege Akademik Bakış**, 11, 2, ss. 220-240.
- YILMAZ , A., SAYGILI, M., & KAYA, M. (2020). "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi", **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 31, ss. 148-157.

- YILMAZ, A., KAR, A., & KAYA, M. (2020). “Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”, **İşletme Bilimi Dergisi**, 8, 1, ss. 97-114.
- YILMAZEL , G., & ÇETİNKAYA , F. (2016). “Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 15, 1, s. 69-74.
- ZAIMOĞLU, B. N., & ÖZER, Z. (2023). “Kronik Hastalığı Olan Bireylerde e-Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Aktivasyon Düzeylerinin İncelenmesi”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, 18, 1, ss. 12-21.
- ZAYBAK, A., & FADİLOĞLU, Ç. (2004). “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı Ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 20, 1, ss. 77-95.
- ZHANG, Y., GRAFFIGNA, G., BONANOMI, A., CHOI, K. C., BARELLO, S., MAO, P., & FENG, H. (2017). “Adaptation and Validation of a Chinese Version of Patient Health Engagement Scale for Patients with Chronic Disease”, **Frontiers In Psychology**, 8, e.104.
- ZHOU , J., & WANG , C. (2020). “Improving Cancer Survivors’ E-Health Literacy Via Online Health Communities (Ohcs): A Social Support Perspective”, **Journal of Cancer Survivorship**, 14, ss. 244–252.
- ZHOU, J., & FAN, T. (2019). “Understanding the Factors Influencing Patient E-Health Literacy in Online Health Communities (OHCs): A Social Cognitive Theory Perspective”, **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 14, 16, ss. 2455.
- ZİMMERMAN, M. A. (1995). “Psychological Empowerment: Issues and Illustrations”, **American Journal of Community Psychology**, 23, 5, ss. 581-599.
- ZÜLFİKAR , H. (2014). “Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları”, **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi**, 22, 1, ss. 46-52.

TEZLER

- ACAR, A. K. (2021). “Farklı Alanlarda Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığı, Dijital Sağlık Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- AĞLAMİŞ, M. (2021). “Kronik Hastalarda Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Erzurum İli Örneği.” (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi.
- BIYIKLIOĞLU, T. (2017). “Bir Üniversite Hastanesinde Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Tıp 2 Diyabet Hastalarının Güçlendirme Düzeylerinin Belirlenmesi.”, (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi), Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- BOZKURT, F. (2014). “Sağlıklı Yaşam (Wellness) Pazarlamasında, Kişisel Değerlerle Sağlığın Tanımının Sağlıklı Yaşam Tarzı Üzerindeki Etkisi Ve Bir Araştırma.”, (Yayımlanmamış doktora tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Marmara Üniversitesi.
- COŞKUN, G. (2023). “Salgın Hastalıklarda Hasta Güçlendirme: Öncüllerin ve Sonuçların Covid-19 Üzerinden Karşılaştırmalı Araştırılması”, (Yayımlanmamış doktora tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hacı Bayram Veli Üniversitesi.
- ÇELİK, A. (2018). “Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Atatürk Üniversitesi.
- ÇİFTÇİ KIRI, F. (2021). “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algısının Hasta Aktivasyonu ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi.” (Yayımlanmamış doktora tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi.
- DALKILIÇ, S. (2022). “Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları ve Sağlıkla İlgili İnternet Kullanımının Hasta Güçlendirme Üzerine Etkisi: E-

sağlık Okuryazarlığın Aracı Rolü.”, (Yayımlanmamış doktora tezi), İşletme AnaBilim Dalı, Yozgat Bozok Üniversitesi.

DEMİREL, G. (2021). “Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişki: Konya Örneği.” (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi.

ESİN, M. N. (1997). “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi.”, (Yayımlanmamış doktora tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi.

KOŞAR, C. (2015). “Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracının Türkçe’ye Ayarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi.

NAKAS, D. (2017). “Üniversite Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

ÖZER, E. (2019). “Sağlıklı Yaşam Farkındalığı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması.”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Süleyman Demirel Üniversitesi.

ÖZDEMİR, R. (2021). “E-Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi: İstanbul Kadıköy İlçesi Örneği.”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

ŞEN, A. (2022). “Sağlıklı Yaşam Farkındalık Düzeyine Göre Covid-19 Kaçınma Tutumunun Değerlendirilmesi.”, (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi), Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

YILDIRIM , S. (2022). “Sağlık Kurumlarında İnovasyon: Dijital E-sağlık Uygulamalarının Sağlık Çalışanlarının Performansı Üzerine Etkisi.” Toros Üniversitesi.

- YILDIZ, M. (2016). “Tip 2 D yabet Hastalarında Hasta G çlendirilmesinin Değerlendirilmesi.”, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi.
- YÜCE, A. E. (2022). “Kronik Hastaların E-sağlık Okuryazarlığı Becerilerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Mesajla Bilgilendirme Eğitimi Geliştirerek Etkisinin İncelenmesi.”, (Yayımlanmamış doktora tezi), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

- URL-1 “Impact of Digital Health Grows as Innovation. Evidence and Adoption of Mobile Health Apps Accelerate”, IQVIA Institute for Human Data Science Study, <https://www.iqvia.com/newsroom/2017/11/impact-of-digital-health-grows-as-innovation-evidence-and-adoption-of-mobile-health-apps-accelerate>, (Erişim Tarihi 05.05.2022)
- URL-2 “Health Literacy. The Solid Facts”, WHO, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/, (Erişim Tarihi 07.05.2022)
- URL-3 “Global Diffusion Of Ehealth: Making Universal Health Coverage Achievable. In Report Of The Third Global Survey On Ehealth. Global Observatory For Ehealth”, WHO, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>, (Erişim Tarihi 10.12.2022)

DİğER KAYNAKLAR

- ABDULLAH, A., & PAUZİ, M. (2016). Internet Use And Ehealth Literacy Levels Among Patients Attending A Hospital Based Primary Care Clinic İn Malaysia. **4th International Health Literacy Conference**. Haiphong City Vietnam.
- FOX, S., & DUGGAN , M. (2012). “Mobile Health California Health Care Foundation”, Washington: Pew Internet & American Life Project.

- GİLSTAD, H. (2014). “Toward A Comprehensive Model Of Ehealth Literacy”, **Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics**. Trondheim Norway.
- KAYA, N., & IŞIK, O. (2019). “Hastaların Hasta Güçlendirmeyle İlgili Değerlendirmeleri”, **3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi** (s. 1523-1534). Sakarya : Sakarya Üniversitesi.
- MADDEN, M., & FOX, S. (2006). “Finding answers online in sickness and in health”, Washington DC: Pew Internet & American Life Project.
- ÖZTÜRK , Y. (2018). “Sağlık Okuryazarlığı ve ÖzYeterlilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **2nd International Social and Educational Sciences Symposium**. Konya.
- PENDER, N. J., MURDAUGH, C. L., & PARSONS, M. A. (2002). “Health Promotion in Nursing Practice”, New Jersey: Upper-Saddle River.
- TARCAN, M. (2013). “An Investigation on Implementation of Central Physician Appointment System (CHAS) in Turkey”, **New York: Annual Meeting of the Northeast Decision Sciences Institute**, ss. 1016-1029.
- TEZCAN, C. (2016). “Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı Mobil Sağlık”, **Tüsiad** , s. 29-71.
- WHO. (1999). “Healthy living: What is a healthy”, Copenhagen: Regional Office for Europe.
- WHO. (2009). “Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on EHealth”.
- YÜKSEL, O., & DENİZ, S. (2019). “Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, **2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19)**. Balıkesir.

EKLER

Ek 1: Ölçekler

Ek 2: Etik Kurul Kararı

Ek 1: Ölçekler

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Bu bölümde lütfen size uygun olan seçeneği (X) işaretleyiniz.

1. Cinsiyetiniz nedir?

a) Erkek () b) Kadın ()

2. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli () b) Bekar () c) Dul () d) Boşanmış ()

3. Kaç yaşındasınız?

a) 18-30 () b) 31-40 () c) 41-50 ()

d) 51-60 () e) 61-70 ()

4. Eğitimin durumunuz nedir?

a) İlköğretim () b) Ortaöğretim () c) Lise ()

d) Ön Lisans () e) Lisans () f) Lisansüstü ()

g) Doktora ()

5. Rahatsızlığınız nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

a) Diyabet b) Hipertansiyon () c) Kalp damar hastalıkları ()

d) Tiroid hastalıkları () e) Kanser () f) Endokrin hastalıkları ()

g) Kronik göğüs hastalıkları ()

h) Kronik yemek borusu – Mide ve Bağırsak hastalıkları

i) Diğer (.....)

6. Genellikle hizmet aldığınız sağlık kurumu hangisidir?

a) Devlet Hastanesi () b) Özel Hastane (). c) Eğitim ve Araştırma Hastanesi ()

d) Üniversite Hastanesi ()

Soru No	E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
		HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1	İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu 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 internette bilgi kullanımında kendime güveniyorum.	()	()	()	()	()
Soru	SAĞLIKLI YAŞAM	1	2	3	4	5

No	FARKINDALIĞI Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1	Vücudumdaki fiziksel değişiklikleri fark ederim.	()	()	()	()	()
2	Sağlığımda bir değişiklik yaşadığımda, bu durumu tarif edebilirim.	()	()	()	()	()
3	Bana sıkıntı veren duygu ve düşüncelere sahip olduğumda, onları hemen fark ederim.	()	()	()	()	()
4	Stresin bedenim üzerindeki etkisini fark ederim.	()	()	()	()	()
5	Vücudumda ortaya çıkan hastalık belirtilerini fark ederim.	()	()	()	()	()
6	Sosyal medyada sağlıkla ilgili paylaşımlar gördüğümde okumaya ya da izlemeye dikkat ederim.	()	()	()	()	()
7	Televizyonda sağlıkla ilgili programlar veya haberler gördüğümde izlemeye dikkat ederim.	()	()	()	()	()
8	Sağlıkla ilgili konuların konuşulduğu ortamlara dikkatimi veririm.	()	()	()	()	()

9	Yakın çevremın sağlığım hakkında verdiği tavsiyeleri dikkatlice dinlerim.	()	()	()	()	()
10	Olumsuz sağlık davranışlarımın bedenimde nasıl bir etki yarattığını fark ederim.	()	()	()	()	()
11	Duygu ve dūřüncelerimin sađlıđımı nasıl etkilediđine dikkat ederim.	()	()	()	()	()
12	Sağlığıma zarar veren davranışlarda bulunduğumda, onları hemen fark ederim.	()	()	()	()	()
13	Yemeğimin miktarına dikkat ederek yerim.	()	()	()	()	()
14	Beslenme şeklimin sağlığım üzerindeki etkisine dikkat ederim.	()	()	()	()	()
15	Kendi kendime sağlıklı ve dengeli beslenmem gerektiğini söylerim.	()	()	()	()	()

Soru No	HASTA GÜÇLENDİRME Aşağıdaki ifadelerle katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
		HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1	Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim.	()	()	()	()	()
2	Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım.	()	()	()	()	()
3	Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim.	()	()	()	()	()
4	Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım.	()	()	()	()	()
5	Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum.	()	()	()	()	()
6	Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.	()	()	()	()	()
7	Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.	()	()	()	()	()
8	Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim.	()	()	()	()	()
9	Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim.	()	()	()	()	()
10	Sağlık durumumla başa çıkmadaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım.	()	()	()	()	()

11	Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.	()	()	()	()	()
12	Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var.	()	()	()	()	()
13	Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.	()	()	()	()	()
14	Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()	()
15	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim.	()	()	()	()	()
16	Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım.	()	()	()	()	()
17	Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.	()	()	()	()	()
18	Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim.	()	()	()	()	()
19	Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.	()	()	()	()	()
20	Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum.	()	()	()	()	()
21	Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim.	()	()	()	()	()
22	Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
23	Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim.	()	()	()	()	()

24	Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum.	()	()	()	()	()
25	Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum.	()	()	()	()	()
26	Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım.	()	()	()	()	()
27	Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılırım.	()	()	()	()	()
28	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum.	()	()	()	()	()
29	Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.	()	()	()	()	()
30	Sağlık durumumu anlıyorum.	()	()	()	()	()
31	Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim.	()	()	()	()	()
32	Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.	()	()	()	()	()
33	Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler.	()	()	()	()	()
34	Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyacım olan tüm bilgiye sahibim	()	()	()	()	()
35	Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
36	Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum.	()	()	()	()	()

37	Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()	()
----	--	-----	-----	-----	-----	-----

Ek 2: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.03.2022-42959



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-42959
Konu : Etik Onayı Hk.

02.03.2022

Sayın ZEYNEL ARSLAN

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 28.02.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Alper FIDAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSU3YHHNHZ Pin Kodu : 43703 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys/>
Adres : Beyoğlu Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL Bilgi için : Hicran DEMİR
Telefon : 444 1 428 Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı
Web : <http://www.aydin.edu.tr/>
Kep Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı Zeynel ARSLAN

EĞİTİM

2012-2016:Antalya Aksu Fen Lisesi

2016-2020:İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Yönetimi Lisans Programı

2020-2023:İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

