

EĞİTİM
yayınevi

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
GELİŞTİRİLMESİ ve

MOBİL SAĞLIK İLETİŞİMİ

Yazar:
Dr. Emin KAYA

Editör:
Doç. Dr. Erdal EKE

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
GELİŞTİRİLMESİ ve
**MOBİL SAĞLIK
İLETİŞİMİ**

Yazar:
Dr. Emin KAYA

Editör:
Doç. Dr. Erdal EKE

EĞİTİM
yayınevi

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ VE

MOBİL SAĞLIK İLETİŞİMİ

Dr. Emin Kaya

Editör: Doç. Dr. Erdal Eke

Genel Yayın Yönetmeni: Yusuf Ziya Aydoğan (yza@egitimyayinevi.com)

Genel Yayın Koordinatörü: Yusuf Yavuz (yusufyavuz@egitimyayinevi.com)

Sayfa Tasarımı: Kübra Konca Nam

Kapak Tasarımı: Eğitim Yayınevi Grafik Birimi

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı

Yayıncı Sertifika No: 76780

E-ISBN: 978-625-6251-60-1

1. Baskı, Eylül 2024

Kütüphane Kimlik Kartı

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ VE

MOBİL SAĞLIK İLETİŞİMİ

Dr. Emin Kaya

X+166 s., 160x240 mm

Kaynakça var, dizin yok.

E-ISBN: 978-625-6251-60-1

Copyright © Bu kitabın Türkiye'deki her türlü yayın hakkı Eğitim Yayınevi'ne aittir. Bütün hakları saklıdır. Kitabın tamamı veya bir kısmı 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre kitabı yayımlayan firmanın ve yazarlarının önceden izni olmadan elektronik/mekanik yolla, fotokopi yoluyla ya da herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

EĞİTİM
yayınevi

Yayınevi Türkiye Ofis: İstanbul: Eğitim Yayınevi Tic. Ltd. Şti., Atakent mah. Yasemen sok. No: 4/B, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Konya: Eğitim Yayınevi Tic. Ltd. Şti., Fevzi Çakmak Mah. 10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye
+90 332 351 92 85, +90 533 151 50 42, 0 332 502 50 42
bilgi@egitimyayinevi.com

Yayınevi Amerika Ofis: New York: Eğitim Publishing Group, Inc.
P.O. Box 768/Armonk, New York, 10504-0768, United States of America
americaoffice@egitimyayinevi.com

Lojistik ve Sevkiyat Merkezi: Kitapmatik Lojistik ve Sevkiyat Merkezi, Fevzi Çakmak Mah. 10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye
sevkiyat@egitimyayinevi.com

Kitabevi Şubesi: Eğitim Kitabevi, Şükran mah. Rampalı 121, Meram, Konya, Türkiye
+90 332 499 90 00
bilgi@egitimkitabevi.com

İnternet Satış: www.kitapmatik.com.tr
+90 537 512 43 00
bilgi@kitapmatik.com.tr

 **kitapmatik**
İNTERNET MAĞAZASI

*06 Şubat 2023 depremlerinde hayatını
kaybedenlere ithaf edilmiştir...*

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	VII
KISALTMALAR	VIII
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Gelişimi	5
1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	11
1.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Unsurlar	15
1.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması ve Düzeyleri	17
1.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi	21
1.6. Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları	24

II. BÖLÜM: SAĞLIK İLETİŞİMİ

2.1. Kavramsal Olarak Sağlık İletişimi	29
2.2. Sağlık İletişiminin Gelişimi ve Önemi	31
2.3. Sağlık İletişimine Yönelik Kuramlar ve Modeller	34
2.3.1. Transteorik Modeli	35
2.3.2. Gerekçeli Eylem Teorisi	38
2.3.3. Planlanmış Davranış Teorisi	40
2.3.4. Sağlık İnancı Modeli	42
2.3.5. Sosyal Biliş Kuramı	44
2.3.6. Yeniliklerin Yayılımı Kuramı	45
2.4. Sağlık İletişimi Düzeyleri	48
2.5. Sağlık İletişimi Kampanyaları	50
2.6. Mobil Sağlık İletişimi ve Mobil Sağlık İletişimi Kampanyaları	62
2.7. Sağlık İletişimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	66

III. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	67
3.2. Araştırmanın Yöntemi	68
3.2.1. Araştırma Soruları	69
3.2.2. Araştırmanın Konusu, Kapsamı ve Kısıtları	70
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	71
3.2.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü	72
3.2.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	72
3.3. Mobil Sağlık Uygulaması Geliştirme Süreci	73
3.3.1. Planlama ve Hazırlık Aşaması	73
3.3.2. Tasarım ve İçerik Oluşturma Aşaması	74
3.3.3. Mobil Sağlık Uygulamasının Yayınlanma ve Tanıtım Süreci	83
3.4. Mobil Sağlık İletişimi Kampanyalarının Planlanması ve Mobil Bildirim Gönderilme Süreci	100
3.5. Son Test Aşaması	106

IV. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN BULGULARI ve ANALİZİ

4.1. Genel Veriler ve Demografik Bulgular	107
4.2. Ön Test – Son Test Bulguları	111
4.3. Mobil Uygulama Verileri	114
4.3.1. Genel Veriler	114
4.3.2. Kayıt Olma Verileri	119
4.3.3. Sosyal Medya Gönderilerine Yönelik Veriler	120
4.3.4. Kullanıcıların SağlıkPRESS Uygulamasına Yönelik Görüşleri.....	122
4.3.5. Mobil Bildirimlere Yönelik Veriler.....	125
4.4. İstatistiksel Analizler	129
4.4.1. Veri Dağılımı, Geçerlik ve Güvenirlik	129
4.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	131
4.4.3. Paired Simple t Testi Analizi	133
4.4.4. Korelasyon Analizi	134
4.4.5. Uygulama Kullanımına Yönelik Analizler.....	135

V. BÖLÜM: SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER

5.1. Araştırmanın Sonuçları.....	143
5.2. Tartışma	146
5.3. Öneriler	154
5.3.1. Araştırmacılar İçin Öneriler	154
5.3.2. Uygulayıcılar İçin Öneriler.....	154
5.3.3. Geliştiriciler İçin Öneriler	155
KAYNAKÇA.....	156

ÖN SÖZ

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığa yönelik farkındalık kazanmasını ve olumlu sağlık davranışlarını benimseyerek sağlık ihtiyaçlarını doğru kaynaklardan karşılamalarını kolaylaştıran çok boyutlu bir kavramdır. Günümüz dünyasında, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım büyük bir hızla dijital platformlara kaymaktadır. Mobil cihazlar, sağlık hizmetlerine erişimin önemli bir aracı haline gelmiştir. Bu nedenle bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama ve uygulamaya koyma süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmeleri, sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeleri ve sağlık hizmetlerini verimli bir şekilde kullanabilmeleri için temel bir yetkinlik olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Mobil Sağlık İletişimi: Deneysel Bir Çalışma” başlıklı doktora tezinden oluşturulan bu çalışma, mobil cihazlar aracılığıyla yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarının ve mobil bildirimlerin, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda geliştirilen ‘SağlıkPRESS’ adlı mobil sağlık uygulaması, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve geliştirmek üzere kurgulanmıştır. Araştırma kapsamında, kullanıcıların mobil uygulama kullanım alışkanlıkları ve bu alışkanlıkların sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkileri detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Çalışma, sağlık okuryazarlığı ile mobil sağlık uygulamaları arasındaki etkileşimi, dijital sağlık iletişiminin bireyler üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koyarak literatüre önemli katkılar sunmayı hedeflemektedir. Ayrıca elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık okuryazarlığı alanında çalışacak araştırmacılara, uygulayıcılara ve mobil sağlık uygulaması geliştiricilerine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Bu kitabın, dijital sağlık iletişimi ve mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerini incelemek isteyen araştırmacılara, sağlık profesyonelleri ve mobil sağlık uygulaması geliştiricilerine faydalı bir kaynak olmasını umuyor ve çalışmanın alana yapacağı katkılardan dolayı büyük bir memnuniyet duyuyorum.

Dr. Emin KAYA

Isparta, 2024

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Akt.	Aktaran
AMA	American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)
AMOS	Analysis of Moment Structures (Yapısal Eşitlik Modeli)
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
COVID-19	Coronavirus (Yeni Koronavirüs)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
df	Serbestlik Derecesi
dk.	Dakika
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
Gör.	Görüntülenme
HALS	Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası)
HES	Hayat Eve Sığar Mobil Uygulaması
HLS-EU	European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)
HLS-Q16	Health Literacy Survey 16 Question (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu)
IOS	iPhone Operating System (iPhone İşletim Sistemi)
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MART	Medical Achievement Reading Test (Tıbbi Başarı Okuma Testi)
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MMSE	The Mini-Mental State Examination (Mini-Mental Durum Muayenesi)
n	Sayı
N	Toplam Sayı
NAAL	National Assesment of Adult Literacy (Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Çapta Değerlendirilmesi)
NCI	National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)
NLM	National Library of Medicine (Amerikan Tıp Kütüphanesi)
NO	Numara
NVS	The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)
OS	Operating System (İşletim Sistemi)
Ort.	Ortalama
Örn.	Örnek
PDA	Personal Data Assistant (Kişisel Veri Yardımcısı)

REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi)
s.	Sayfa
sa.	Saat
sn.	Saniye
ss.	Sayfa sayısı
SGGM	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SHC	Society for Health Communication (Sağlık İletişimi Derneği)
SHDPP	Stanford Heart Disease Prevention Programme (Stanford Kalp Hastalıklarından Korunma Programı)
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome (Ani Bebek Ölümü Sendromu)
SILS	Single Item Literacy Scanner (Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği)
SMS	Short Message Service (Kısa Mesaj Servisi)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
SS	Standart Sapma
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
USA	United States of America (Amerika Birleşik Devletleri)
vb.	Ve benzeri
vd.	Ve diğerleri
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WRAT	Wide Range Achievement Test (Geniş Aralıklı Ulaşım Testi)
yy.	Yüzyıl

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı, insan hayatının önemli unsurlarından biri olan sağlık alanında; bilme, anlama, davranış oluşturma ve bu davranışa süreklilik kazandırma gibi konuları kapsayan; bilgiye dayalı, çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Sağlık konularında ihtiyaç duyulan bilgileri edinme sürecinde farklı kaynaklar ve yöntemler olsa da nihayetinde tümünün iletişime dayandığı mutlak bir gerçektir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi arasında oldukça güçlü bir etkileşimin olduğu yadsınamaz. Bu düşünceden hareketle, günümüzdeki en yaygın iletişim araçlarından biri olan mobil cihazlar kullanılarak bireylerin ve toplumların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirilebilmenin mümkün olduğu söylenebilir.

Hem bireysel hem de kitlesel düzeyde çeşitli iletişim araçları kullanılarak sağlıkla ilgili bilgi aktarımını sağlayan sağlık iletişimi, iyi bir hasta-hekim ilişkisinin kurulmasından toplum sağlığının iyileştirilmesine kadar pek çok farklı amaca hizmet edebilmektedir. Bu doğrultuda planlı bir sağlık iletişimi sürecinin mobil cihazlar/uygulama(lar) üzerinden yürütülmesi/desteklenmesi istenilen sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırabilecektir. Mobil uygulamaların; mobil cihazlarda ve mobil cihazlardaki diğer uygulamalarda saklanan verilerle etkileşim sağlayabilmesi, mobil bildirimlerle veya mobil uygulamaların oyunlaştırılmasıyla mobil uygulama kullanım motivasyonlarının olumlu yönde etkilenebilmesi, daha kısa sürede ve daha az maliyetle daha fazla kişiye erişimi mümkün kılması gibi dijital üstünlükleri sayesinde sağlık iletişimi çalışmalarının başarılı olmasında kilit bir rol oynayabilir.

Başarılı sağlık iletişimi kampanyalarının bireysel ve toplumsal düzeyde duyulan sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olumlu etkileri, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine de önemli katkılar sağlayabilir. Sağlık okuryazarlığı yüksek toplumlarda; bireylerin göstereceği olumlu sağlık

davranışları, sağlık kaynaklarının daha verimli şekilde kullanımında ve iyi işleyen bir sağlık sisteminin oluşturulmasında önemlidir. Ortalama yaşam sürelerinin yükselmesi, yaşlanarak artan dünya nüfusu, adil dağılmayan yaşamsal kaynaklar gibi pek çok neden -her ne kadar tıp alanındaki teknolojik gelişmeler hızla ilerlese de- sağlık hizmeti ihtiyaçlarının artmasında etkili olmaktadır. Artan sağlık ihtiyacını karşılayabilmek için kaynakların verimli kullanılması ve tıbbın tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de önem verilmesi gerekmektedir. Çünkü bir hastalığı tedavi etmek için ihtiyaç duyulan kaynak ve maliyet, çoğu zaman o hastalığın ortaya çıkmasını engellemek için harcanacak kaynak ve maliyetten daha yüksek olmaktadır. Bu nedenle günümüz sağlık hizmetlerinde öncelik verilmesi gereken konuların arasında koruyucu sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Ancak her ne kadar koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiği bilirse de nihayetinde sağlığı etkileyen faktörlerin başında bireysel/davranışsal faktörler bulunmaktadır. Dolayısıyla bireysel düzeyde sağlığa yönelik farkındalık kazandırılmadan olumlu sağlık davranışlarının sürekliliğini beklemek yanlış olacaktır.

Sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlığa yönelik konularda hem farkındalık kazanmasını hem de olumlu sağlık davranışlarını benimseyerek sağlık ihtiyaçlarını doğru kaynaklardan karşılamasını kolaylaştırabilir. Bireylerin sağlığa yönelik konularda ihtiyaç duyduğu bilgilere doğru kaynaklardan ulaşabilmesi, kendi edindiği veya sağlık hizmeti sürecinde sunulan bilgileri okuyup anlayabilmesi ve bu bilgileri sağlığına olumlu etkileri olacak şekilde kullanabilmesi ancak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına erişmesiyle mümkün olacaktır. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına ulaşmada bilginin kaynağı, güvenilirliği ve anlaşılabilirliği kadar erişilebilirliği de önemlidir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde doğru kaynaklardan anlaşılır bilgi sağlamanın yanında bu bilgilerin, bireylerin erişebileceği araçlarla sunulması gerekmektedir. Ulaşılmak istenilen bilgiyi istenilen zamanda erişilebilir kılan bağlantılar ve mobil uygulamalar, kullanıcılara bilgi sağlamanın yanında anlık bildirimlerle kullanıcıları bilgiye maruz da bırakabilmektedir. Dolayısıyla mobil uygulamalarla, istenilen ya da ihtiyaç duyulan bilgiler kullanıcılara sunulurken veya maruz bırakılarak bireylerin yönlendirilebilmesi mümkündür.

Mobil uygulamaların, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi açısından nasıl kullanıldığı ve/veya nasıl kullanılması gerektiğine dair konular bu çalışmanın temelini oluşturmaktadır. Beş bölümden oluşan çalışmanın; birinci bölümünde sağlık okuryazarlığı, ikinci bölümünde sağlık iletişimi ile ilgili literatür taranarak konunun teorik boyutu aktarılmıştır. Üçüncü, dördüncü ve beşinci bölümlerde ise çalışma kapsamında geliştirilen 'SağlıkPRESS' mobil

sağlık uygulamasıyla yürütülen deneysel çalışmaya yönelik süreç, bulgular ve sonuçlar sunularak alan yazındaki benzer çalışmalarla yapılan karşılaştırmalara yer verilmiştir. Ayrıca elde edilen bulgular çerçevesinde; sağlık okuryazarlığı alanında çalışma yapacak araştırmacılara, uygulayıcılara ve mobil sağlık uygulaması geliştiricilerine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

I. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemlerinin tüm süreçlerinde etkisi olan ancak bu etkinin pek de göz önünde olmadığı bir kavramdır. Sağlıklı olma ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin irdelenmeye başlandığı 1950’li yıllardan bu yana (Gözlü, 2018, s. 10); Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Kanada gibi çeşitli ülkelerde sağlık okuryazarlığını kapsayan nitelikte ve temelinde sağlık eğitimi olan çeşitli çalışmaların yapıldığı bilinmektedir (Akalin, 2012). Ancak kavramın tanımının yapılması ve sağlık sektörüne duyurulması 1974 yılında olmuştur. İlk kez Scott K. Simonds tarafından yayınlanan “Health Education as Social Policy” (Sosyal Siyasa Olarak Sağlık Eğitimi) başlıklı makalede, yetersiz sağlık eğitiminin sağlık sektörünü etkileyen önemli bir sosyal politika sorunu olduğu tartışılırken bu sorunun aşılabilmesi için yapılması gerekenler arasında sağlık okuryazarlığına değinilerek (Simonds, 1974), yetersiz sağlık eğitiminin sağlık sistemi ve iletişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabilmesi için tüm okullarda asgari standartları sağlayan bir sağlık eğitiminin verilmesi gerektiği önerilmiş ve bu asgari eğitim “sağlık okuryazarlığı” olarak tanımlanmıştır (Ratzan, 2001, s. 208). Kavramının temelinde, her ne kadar okuryazarlığın genel olarak bilinen anlamı olan okuryazar olma durumu yani okuma, yazma ve anlama becerilerinin sağlıkla ilişkili boyutları yer alsa da günümüzde tartışılan sağlık okuryazarlığı kavramı, farklı disiplinlerdeki çalışmalarla farklı boyutlar kazanan bir kavram haline dönüşmüştür. Özellikle 1986 yılında Ottawa’da toplanan Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, sağlık okuryazarlığı kavramının dönüm noktalarından biri olmuştur. Bu konferansta bireylerin ve dolayısıyla toplumların sağlıklı olabilmeleri ve buna uygun davranışlar geliştirebilmeleri için sağlık alanındaki

temel bilgileri anlayabilmeleri gerektiği üzerinde durulurken 1974'te ortaya atılan tanımına benzer şekilde, bireylere ve toplumlara anlaşılır bir dille ve uygun iletişim araçları ile sunulması önerilen bu temel bilgiler “sağlık okuryazarlığı” olarak tanımlanmıştır (Aktaş, 2018, s. 13; Bilir, 2014, s. 63). Böylece sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin ve dolayısıyla da toplumların sağlığı konusunda etkili olacağı düşüncesi ile 1980’li yılların sonlarından itibaren daha fazla tartışılır hale gelmiştir.

1990’lı yıllarla birlikte sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık harcamaları ve sağlık davranışlarıyla ilgili çalışmaların yaygınlaşmaya başlaması sonucunda özellikle halk sağlığı alanında önemli bir konu haline gelmiştir (Nutbeam, 2008). Bu dönemde, 1992 yılında ABD’de gerçekleştirilen “Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Çapta Değerlendirilmesi (National Assessment of Adult Literacy [NAAL])” adlı araştırma sonuçlarının olumsuz çıkması; ABD’deki sağlık sektörü paydaşlarının ve araştırmacıların, sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar yapmalarını hızlandıran, konu üzerindeki ilgiyi arttıran bir etken olmuş (Egbert ve Nanna, 2009, s. 2) ve 1990’lı yıllarda sağlık okuryazarlığı kavramı farklı araştırmacılar ve sağlık örgütlerince tanımlanmaya başlanmıştır. Özellikle Nutbeam ve Wise tarafından 1993 yılında yayımlanan “Australia: Planning for Better Health” başlıklı çalışmada ifade edilen sağlık okuryazarlığı tanımı, günümüze kadar yapılan pek çok sağlık okuryazarlığı tanımının temelini oluşturarak, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Nutbeam’den bir “Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü” hazırlamasını istemesiyle yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır. İlk tanımda “bireyin kendi sağlığı için ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve uygun davranış geliştirebilme” olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı (Çopurlar ve Kartal, 2016, s. 43), Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü’nde “bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler” olarak ifade edilmektedir (Nutbeam, 1998, s. 357). Dolayısıyla 1974 yılında bireylerin sağlıklı olması için sahip olması gereken asgari eğitim, 1986’da bireylere ve toplumlara sunulması gereken sağlıkla ilgili temel bilgiler olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı kavramı, aradan geçen zaman içerisinde hem bilgiye ulaşabilme, anlayabilme ve kullanabilme olarak kavramsallaştırılmış hem de sosyal ve bilişsel bir beceriye evrilmiştir.

2000’li yıllara gelindiğinde ise sağlık okuryazarlığı kavramı araştırmalarda daha sık işlenen bir konu olmuş, çeşitli konferanslarda ele alınmış ve gerek ulusal gerekse uluslararası sağlık kuruluşları sağlık okuryazarlığıyla ilgili raporlar yayınlamaya başlamıştır. Bu kapsamda; Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Tabipler Birliği, Avrupa Birliği, Amerikan Sağlık Bakanlığı, İngiliz Tüketici Konseyi ve Amerika Tıp Enstitüsü sağlık okuryazarlığı ile ilgili rapor

yayımlayan ilk kuruluşlar arasında yer alarak özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün; 2005, 2009, 2013 ve 2016 yıllarında Tayland, Kenya, Finlandiya ve Çin'de gerçekleştirdiği altıncı, yedinci, sekizinci ve dokuzuncu “Küresel Sağlık Geliştirilmesi” konferanslarında sağlık okuryazarlığının üzerinde önemle durulmuştur. 2016'daki 9. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansı'nda sağlık ve sürdürülebilir kalkınma arasındaki ilişkilerde sağlık okuryazarlığı; iyi yönetim ve sağlıklı şehirler temalarıyla birlikte ele alınması gereken temel alanlardan biri olarak belirlenmiştir (Gözlü, 2018, s. 12).

1992 yılında gerçekleştirilen “Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL)” adlı araştırma 2003 yılında ABD'de tekrarlanmış, yine olumlu sonuçlar elde edilemeyince; tıbbi talimatlar, ilaç bilgileri ve sağlık sigortası formları gibi sağlıkla ilgili çeşitli bilgi ve materyaller de kullanılarak sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler daha detaylıca irdelenmeye başlanarak (White ve Dillow, 2005) günümüzde tartışılan sağlık okuryazarlığı kavramını farklı disiplinlerdeki çalışmalarla yeni boyutlar kazanan bir kavram haline dönüştürmüştür.

Sağlık okuryazarlığı kavramının gerek uluslararası ve ulusal sağlık kuruluşları gerekse araştırmacılar nezdinde daha fazla ilgili görmeye başlamasıyla yıllar içinde farklı şekillerde tanımlamalar yapılmaya başlanmıştır (Berkman vd., 2011). İlk dönemlerinde daha çok sağlıkla ilgili yazılı bilgileri okumayabilme düzeyi ve anlama becerilerine odaklanan bir kavram olarak ele alınan sağlık okuryazarlığı, zaman içerisinde insanların sağlığa yönelik ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlayabilme ve kullanabilme düzeyleri başta olmak üzere birden fazla faktörü içeren bir kavrama dönüşmüştür (Batterham vd., 2016). Ancak özellikle araştırmacıların vurgulamak istedikleri özelliklerin farklılaşmasından dolayı sağlık okuryazarlığını tümüyle açıklayan ortak bir tanım yapılamaması farklı bakış açıları içeren farklı tanımların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Yalçın-Balçık vd., 2014, s. 322).

Sağlık bilgilerine ulaşma süreçlerinde yaşanan değişim ve büyüme, sağlık okuryazarlığı kavramının genişlemesine ve çok yönlü bir yapıya dönüşmesine neden olsa da (Berkman vd., 2010) sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan tanımlamaların neler olduğu ve bunların arasındaki benzerlik ve farklılıkların sistematik olarak incelendiği bir araştırmayla (Malloy-Weir vd., 2016) sağlık okuryazarlığını açıklamak için en sık 6 tanımın kullandığı belirlenmiştir.¹ Aynı çalışmada, alan yazında yer alan sağlık okuryazarlığı tanımlarının bu 6 tanımın değiştirilmiş versiyonları olduğu sonucu ortaya koymuştur. Sağlık okuryazarlığını tanımlayan çalışmalarda genellikle; sağlık ve sağlık sistemleri, sağlıkla ilgili çeşitli formatlarda oluşturulan bilgilerin işlenmesi ya da kullanılması ve sağlığın korunmasına yönelik unsurların temelinde (Liu vd.,

1 Bu tanımlar Tablo 1'de koyu punto ile belirtilmiştir.

2020) giderek genişleyen bir kapsama ulaştığı görülmektedir. Bu doğrultuda Tablo 1’de sağlık okuryazarlığına yönelik sıklıkla kullanılan tanımlamaların listesi kronolojik olarak aktarılarak kavramın anlaşılmasına yönelik bir çerçeve çizilmeye çalışılmıştır.

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımları

Joint Committee on National Health Education Standards (1995)	“Bireylerin; temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu bilgi ve hizmetleri sağlığı geliştirecek şekilde kullanma yeterliliği” (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995, s. 11)
World Health Organization ve Nutbeam (1998)	“Bireylerin iyi sağlığı teşvik eden ve sürdüren şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” (Nutbeam, 1998, s. 357; WHO, 1998, s. 10)
American Medical Association (1999)	“Sağlık hizmeti ortamında işlev görmek için gereken temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirme becerisi de dahil olmak üzere bir dizi beceri” (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association, 1999, s. 553)
Ratzan ve Parker (2000)	“Bireylerin, uygun sağlık kararları vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” (Nielsen-Bohlman vd., 2004, s. 4)
Fok ve Wong (2002)	“Fiziksel ve psiko-sosyal faaliyetleri uygun standartlarda gerçekleştirmek, insanlarla etkileşim kurabilmek fiziksel, zihinsel ve sosyal refaha tam olarak ulaşmak için gerekli değişikliklerle başa çıkabilecek yetkinlik düzeyi” (Fok ve Wong, 2002, s. 257)
Gazmararian vd. (2003)	“Hastaların randevu fişlerini, reçeteleri ve sağlık ile ilgili diğer temel materyalleri okuma ve kavrama becerisi” (Gazmararian vd., 2003, s. 268)
Zarcadoolas (2005)	“İnsanların yaşamları boyunca, bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlık bilgi ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri çok çeşitli beceri ve yeterlilikler” (Zarcadoolas vd., 2005, s. 196-197)
Kickbusch (2005)	“Evde, toplumda, işyerinde, sağlık sisteminde, piyasada ve siyasi arenada günlük yaşam bağlamında sağlıklı sağlık kararları verme yeteneği” (Kickbusch vd., 2005, s. 8)
Baker (2006)	“Bireylerin ve sağlık sisteminin özelliklerine bağlı olarak, sağlık hizmetlerindeki fonksiyonellik yeteneği” (Baker, 2006, s. 878)
Kwan vd. (2006)	“Bireylerin; sağlık bilgilerini bulma, yorumlama, kendine uygun sağlık hizmetlerini arama, anlama ve onay verme yeteneğiyle, sağlık risklerini değerlendirebilmesi” (Kwan vd., 2006, s. 13)
Paasche-Orlow ve Wolf (2007)	“Bireyin sağlıkla ilgili kararlar almak için gerekli becerilere sahip olması” (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007, s. 520)
Buescher ve White (2007)	“İnsanların temel sağlık bilgilerini anlama, sağlık pratisyenleri ile iletişim kurma ve sağlık hizmetlerini uygun şekilde kullanma becerisi” (Buescher ve White, 2007, s. 377)

European Community (2007)	“Sağlıklı yargılar oluşturmak için sağlık bilgilerini okuma, filtreleme ve anlama yeteneği” (European Community, 2007, s. 4)
Wolf vd. (2007)	“Sağlıkla ilgili uygun kararlar almak için gerekli sağlık bilgilerini ve materyallerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi” (Wolf vd., 2007, s. 3)
Rootman ve Gordon-El-Bihbety (2008)	“Yaşam boyunca çeşitli ortamlarda sağlığı geliştirmenin, sürdürmenin ve iyileştirmenin bir yolu olarak bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve ileme yeteneği” (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008, s. 11)
Australian Bureau of Statistics (2008)	“Uyuşturucu ve alkol, hastalık önleme ve tedavi, güvenlik ve kaza önleme, ilk yardım, acil durumlar ve sağlıklı kalma gibi sağlık sorunlarıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve beceriler” (In Adult Literacy and Life Skills Survey, 2008, s. 11)
Ishikawa ve Yano (2008)	“Bireylerin sağlık hizmeti süreçlerine katılım ve etkileşimleriyle ilgili bilgi, beceri ve yetenekler” (Ishikawa ve Yano, 2008)
Mancuso (2008)	“Kişinin yaşamı boyunca gelişen ve kapasite, anlama ve iletişim özelliklerini kapsayan süreç” (Mancuso, 2008, s. 250)
Adams vd. (2009)	“Sağlık bilgilerinin yazılı, sözlü veya dijital biçimdeki anlamını ve bunun insanları sağlıkla ilgili eylemleri benimsemeye veya görmezden gelmeye nasıl motive ettiğini anlama ve yorumlama yeteneği” (Adams, 2009, s. 144)
Adkins ve Corus (2009)	“Sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmak için çeşitli becerileri kullanarak farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarma yeteneği” (Adkins ve Corus, 2009, s. 202)
Freedman vd. (2009)	“Bireylerin ve grupların, topluma fayda sağlayan halk sağlığı kararları vermek için gereken bilgileri elde etme, işleme, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme derecesi” (Freedman vd., 2009, s. 448)
Sabbahi (2009)	“Bireylerin sağlık bilgilerini elde etme, anlama ve buna göre hareket etme ve nihai hedefi sağlığın korunması veya yaşam boyunca çeşitli ortamlarda hastalığın yönetimi olmak üzere uygun sağlık kararları verme yeteneği” (Sabbahi vd., 2009, s. 451)
Yost vd. (2009)	“Bireylerin sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve anlama, grafik biçiminde (tablolar, grafikler ve tablolar) sunulan bilgileri tanımlama ve yorumlama ve uygun sağlık ve bakım kararları vermek için aritmetik işlemleri gerçekleştirme kapasitesine sahip olma derecesi” (Yost vd., 2009, s. 6)
Berkman vd. (2010)	“Bireylerin bilinçli sağlık kararları verebilmeleri için ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerini elde etme, işleme, anlama ve bunlarla ilgili iletişim kurma derecesi” (Berkman vd., 2010, s. 16)
Jordan vd. (2010)	“Bir sağlık sorununu belirleme (sağlık bilgilerinin ne zaman ve nerede bulunacağını bilmek), bilgi alışverişinde bulunmak (sözlü iletişim becerileri, girişkenlik ve okuryazarlık becerileri) ve sağlık bilgilerine göre hareket edebilmek (bilgiyi işleme, saklama kapasitesi ve uygulama becerileri)” (Jordan vd., 2010, s. 40)
McCormack (2010)	“Bireylerin bilinçli sağlık kararları vermek için ihtiyaç duyulan sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, işleme, anlama ve iletişim kurma derecesi” (Berkman vd., 2010, s. 14)

Patient Protection ve Affordable (2010)	“Bireyin uygun sağlık kararları vermek için temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, iletme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” (Parnell, 2015, s. 9)
Wu vd. (2010)	“Sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliğini, doğruluğunu ve uygunluğunu değerlendirerek ve sağlık davranışlarını değiştirmek için bu bilgilere göre hareket ederek, sağlık üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayacak şekilde sağlık bilgilerini anlama ve takip edebilme yeteneği” (Wu vd., 2010, s. 445)
Buchbinder vd. (2011)	“Hastalıklar, sağlık sistemleri, sağlık bilgileri gibi sağlığa yönelik konulardaki bilgi, tutum, nitelik, ilişki, beceri, eylem ve bağlamlar” (Buchbinder vd., 2011, s. 1795-1796)
Chinn (2011)	“Sağlığın sosyal belirleyicilerini anlama ve toplu eylemlerde bulunma işlevi” (Chinn, 2011, s. 60)
Rader (2011)	“Günlük yaşam bağlamında sağlıklı sağlık kararları verme yeteneği” (Rader vd., 2011, s. 1799)
Paakkari ve Paakkari (2012)	“İnsanların kapsamak, değerlendirmek, yapılandırmak ve kullanmak istediği geniş bir bilgi ve yeterlilik yelpazesi” (Paakkari ve Paakkari, 2012, s. 136)
Massey vd. (2012)	“Kişinin sağlık ortamını yönetirken ilgili sağlık bilgisi, tutum ve uygulamalarını düzenlemek ve uygulamak için kullanılan bir dizi beceri” (Massey vd., 2012, s. 961)
Schulz ve Nakamoto (2012)	“Bir dizi temel okuryazarlık, bildirimsel bilgi, prosedürel bilgi ve yargılama becerileri” (Schulz ve Nakamoto, 2012, s. 71)
Sørensen vd. (2012)	“Okuryazarlıkla bağlantılı bir şekilde insanların sağlıkla ilgili kararlarını alırken, yaşam kalitesini korumak ve iyileştirmek için hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme amacıyla günlük yaşamlarında ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konularındaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleridir” (Sørensen vd., 2012, s. 3)
Liu vd. (2020)	“Bireyin, bireysel ve sistem bağlamlarına uygun bir şekilde sağlığı korumak ve iyileştirmek için bilgi ve bilgiyi elde etme ve tercüme etme yeteneği” (Liu vd. 2020, s. 6-7)

Kaynak: Berkman vd., 2010; Sørensen vd., 2012; Parnell, 2015; Weir vd., 2016; Sørensen, 2019; Liu vd., 2020; Malloy- Schulenkorf vd., 2022

Sağlık okuryazarlığıyla ilgili alan yazında en çok karşılaşılan tanım ilk defa DSÖ için bu kavramı tanımlayan Nutbeam’e ait olan tanımlamadır. Nutbeam tarafından oluşturulan sağlık okuryazarlığı tanımı, sonraki yıllarda farklı araştırmacılar tarafından benzer şekillerde açıklanmıştır. DSÖ sağlık okuryazarlığını, farklı dönemlerde birbirine benzer şekillerde tanımlamış olsa da bu tanımlardaki ortak noktaların; sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama ve kullanabilmeye yönelik bilişsel ve sosyal bir beceri ve motivasyon düzeyi olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı klinik bakım için bir risk faktörü ve toplum sağlığında sağlık kararları üzerinde daha fazla özerklik ve kontrol sunan bir kazanç olarak değerlendirilmektedir (Nutbeam, 2000).

Ülkemizde ise sağlık okuryazarlığı kavramı öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ele alınmış

ve genel müdürlük tarafından hazırlanan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde, “*kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması*” olarak tanımlanmıştır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011, s. 10).

Günümüzde ise sağlık okuryazarlığıyla ilgili ABD Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyet gösteren Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) Kurumu, ABD hükümetinin “Sağlıklı Toplum 2030” girişimine paralel olarak sağlık okuryazarlığı kavramında güncelleme yapmıştır. Bu güncelleme ile sağlık okuryazarlığı “kişisel sağlık okuryazarlığı” ve “örgütsel sağlık okuryazarlığı” olarak ikiye ayrılmıştır. Kişisel sağlık okuryazarlığı, “bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıklı ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek için bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisine sahip olma derecesi” olarak tanımlanmış; örgütsel sağlık okuryazarlığı ise “örgütlerin, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıklı ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek için bilgi ve hizmetleri bulmasını, anlamasını ve kullanmasını adil bir şekilde sağlama derecesi” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlar; sağlık okuryazarlığının artık sadece sağlığa yönelik bilgileri anlamakla kalmayıp kullanabilmeyi, “uygun” kararlar yerine “daha iyi bilgilendirilmiş” kararlar verebilmeyi ve kuruluşların da sağlık okuryazarlığını ele alma sorumluluğunu olduğunu ortaya koymaktadır (CDC, 2022).

Sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan tanımlamalar ve gelişim süreci genel olarak değerlendirildiğinde, kavramın ortaya çıkışındaki temel konu olan eğitim ve davranış unsurlarının güncelliğini koruduğu görülmektedir. Zaman içerisinde kavramı açıklamak için yapılan tanımlamalar konunun farklı boyutlarını ele alsada sağlık okuryazarlığı ile elde edilmesi beklenen sonuçların tümü nihayetinde bireysel ve toplumsal düzeyde eğitimi ve eğitime bağlı gelişimi hedef almaktadır. Bu gelişim ise bireylerde olumlu sağlık davranışlarını ve dolayısı ile olumlu sağlık sonuçlarını doğuracaktır. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığa yönelik konularda; okuma, yazma, bilme, anlama, olumlu davranışlar oluşturma ve bu davranışları benimseyerek sağlık ihtiyaçlarını doğru kaynaklardan karşılayabilmesini sağlayan çok boyutlu ve dinamik bir yaşımsal edinim olarak tanımlanabilir.

1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı her şeyden önce sağlığın en temel insani ve yaşımsal bir olgu olması nedeniyle -yeterli düzeyde bir farkındalık olmasa da- tüm insanlığı ilgilendiren bir öneme sahiptir. Alan yazında sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koyan akademik çalışmalar ve çeşitli sağlık kuruluşları tarafından yayımlanan raporlar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının öneminin büyük

bir çoğunlukla bu konudaki eksiklik durumunda ortaya çıkan sorunlar veya yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olunması halinde elde edilen kazanımlarla ele alındığı görülmektedir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığının; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlığın sonuçları, sağlık hizmeti arama ve tedavi süreçleri, hasta – hekim iletişimi, halk sağlığı ve sağlık kaynaklarının yönetilmesi gibi sağlığı konu edinen pek çok süreçte önem arz eden bir kavram olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı temelde bireylerin herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan önce koruyucu tedbirler alabilmeleri ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çeşitli araştırmaların sonuçları incelendiğinde; yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin özellikle sağlığın korunmasına yönelik hizmetleri daha az kullandıkları, daha fazla acil sağlık hizmetlerine başvurdukları, sağlık hizmeti süreçlerinde iletişim kurmakta zorlandıkları ve olumlu sağlık davranışlarını benimsemedikleri görülmektedir (Şenel-Tekin, 2018; Yılmaz ve Tiraki, 2016). Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin sağlığa yönelik bilgileri; edinme, anlama, değerlendirme ve kullanma düzeylerinin yetersiz olması, bu bireylerin sağlığın korunması ve geliştirmesine yönelik faaliyetlerden faydalanma olasılıklarını azaltmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli olan bireyler ise sağlığa yönelik konularda kendileri için daha faydalı kararlar alarak sağlığın korunmasına yönelik daha olumlu sağlık davranışlarını benimseyebilmektedir. Çünkü yeterli sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlığına yönelik konularda daha doğru kararlar alabilmelerini kolaylaştırmaktadır (Ürgün ve Yıldırım, 2020). Benzer şekilde diyabet, tansiyon, astım gibi süregelen hastalıklara sahip olan ancak sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, düşük olanlara göre hastalıklarını daha etkin bir şekilde yönetebilmektedirler (Gazmararian, 1999, s. 545). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı hem hastalıkların önlenmesinde hem de kişinin kendi sağlığını yönetecek doğru kararları almasında önemli bir rol oynamaktadır.

İnsanların günlük davranışlarının sonuçlarıyla sağlığın çıktıları arasındaki ilişki de sağlık okuryazarlığı düzeylerini önemli kılmaktadır. Bir bireyin sağlık sorunları yaşamadan önce ve sağlık sorunlarıyla karşılaştıktan sonraki süreçlerin neredeyse tümünde sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkilerinden bahsedilebilir. Çünkü yeterli düzeyde olmayan sağlık okuryazarlığının, morbidite ve mortalite düzeylerini doğrusal bir şekilde etkilediği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Jeong ve Kim, 2016; Joplin vd., 2015). Örneğin Baker ve arkadaşlarının 2007’de yaptıkları bir araştırmada, morbidite oranlarıyla düşük sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğunu ortaya koyan bulgular tespit edilmiş ve kötü sağlık sonuçlarından dolayı mortalite riskinin %50’nin üzerinde arttığı, bu durumun düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan kişilerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Baker vd., 2007, s. 1504).

Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti arama/talep etme, tedavi ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmeti süreçlerinde de önemli bir başlık olarak ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık hizmeti sunanlarla sağlık hizmeti talep edenler arasındaki enformasyonun anlaşılmasına neden olabilir ve bu durum sağlık hizmeti süreçlerini olumsuz yönde etkiler. Yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin, sağlık durumlarını aktarırken yüksek seviyede iletişim sorunu yaşadıkları ve kendilerine sunulan tedavi süreçlerini anlamakta zorlandıkları sonucu ortaya konmuştur (Çiler-Erdağ, 2015, s. 8). Sağlık okuryazarlığı yeterli olan bireyler ise sağlığa yönelik konularda fikirlerini ve sorularını daha rahat bir şekilde ifade edebilmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi, hastaların korku ve huzursuzluklarının azaltılması, kendilerine aktarılan bilgilerin anlaşılması, sağlıklarıyla ilgili kararlarda söz sahibi olmaları gibi iletişimsel süreçler açısından da oldukça önemli bir yere sahiptir (Brabers vd., 2017). Öte yandan alan yazındaki pek çok araştırmanın sonucu hastaların düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı becerileri ile sağlıkla ilgili terimleri okuyamama düzeyleri arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığına verilen önemin artırılması ile sağlık personeli ve hastalar arasındaki iletişim sorunlarının giderilebileceği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Parker vd., 2003). Çünkü sağlık okuryazarlığı, hekimin açıklamalarını anlayabilme ve uygulayabilme açısından büyük önem taşımaktadır. Hastaların pek çoğunun hekimlerin söylediklerini anlamakta güçlük çektiği bilinmektedir. Dolayısıyla bu durum, hastaların kendilerine sunulan tedavi planlarının anlaşılmasına neden olabilmekte ve tedavi süreçleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Kickbusch, 2008). Bunlara ek olarak muayenehanelerden ayrıldıktan hemen sonra bile hastaların kendilerine verilen önemli bilgilerin %50'sinden daha azını hatırlayabilme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Özellikle yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olan hastalar, tıbbi terim içeren yönlendirmeleri tam olarak anlayamadıkları için unutmaya sorunlarıyla karşılaşmakta ve hatta yetersiz sağlık okuryazarlığı tıbbi hataların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireyler ise kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik farkındalıklarının, temel bilgi ve becerilerinin daha yüksek olması nedeniyle hekimin açıklamalarını çok daha kolay anlayabilmektedirler. Sağlık profesyonelleriyle kurulan etkili iletişim, sağlığın çıktılarını üzerinde de olumlu sonuçlar sağlamaktır (Sarıyar ve Fırat-Kılıç, 2019).

Sağlık okuryazarlığını önemli kılan konulardan bir diğeri ise halk sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik katkı sağlaması işlevidir. Sağlık okuryazarlığı halk sağlığını birçok yönden etkilemektedir. Morbidite ve mortalite, süregelen hastalıklarla ilgili olumsuz davranışlar, öz bakım yetersizliği gibi halk sağlığı konularında sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasına bağlı

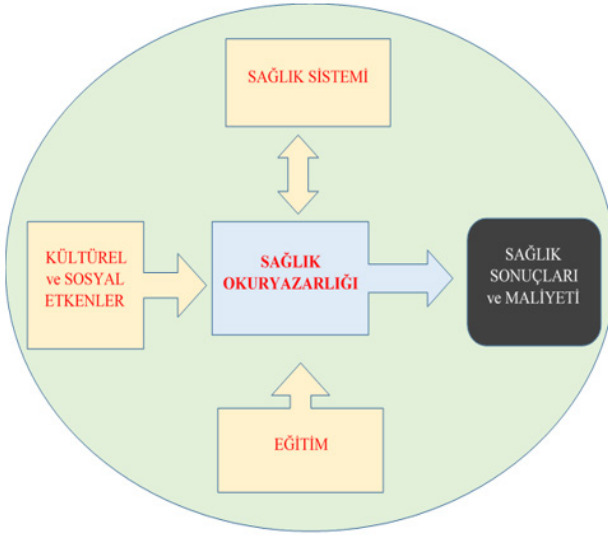
olarak bireyler kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde kullanamamaktır (Alaşık ve Aycan, 2019, s. 7). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlığa yönelik konularda gelişen sorumluluk alma yetenekleri, toplum sağlığını ilgilendiren konuları da olumlu yönde etkilemesi ve kişinin kendi sağlığının yanında toplum ve çevre sağlığı konularında da sorumluluk alabilmelerini sağlayacaktır (Sørensen vd., 2012). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin oluşturduğu toplumlarda sağlık alanında önemli kazanımlar elde edilebilir (Sezgin, 2013). Ayrıca sağlık okuryazarlığı, toplumun genel sağlığına katkıda bulunması bakımından, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini artırması, toplumun sağlıklı yaşam yılını arttırması, sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırması ve toplumun üretkenliğinde payı olması açısından da oldukça önemlidir (Güner vd., 2020).

Sağlık ihtiyaçlarının ertelenemez ve ikame edilemez olmasıyla birlikte; dışsalılık, süreklilik, uzmanlık, yüksek teknoloji ve nitelikli personel gerekliliği gibi kendine has özellikleri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde önemli etkileri olan unsurlardır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının yetersizliği, gereksiz sağlık hizmeti talebinden acil servislerin bilinçsizce kullanılmasına, hastanede kalış sürelerinin artmasından sunulan hizmetlerin niteliğinin azalmasına kadar pek çok süreçte önem arz eden ve sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine neden olan bir olgudur. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık sisteminde oluşturduğu maliyetler ve bu durumun neden olduğu gereksiz harcamalar da sağlık hizmetleri üzerinde önemli bir yük teşkil etmektedir (Baker vd., 2007). Ayrıca, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin daha fazla iş kazası ve meslek hastalığı gibi olumsuz sonuçlara maruz kaldıkları bilinmekte ve buna benzer durumlar ülkenin ekonomik hayatına, istihdam ve üretim düzensizliklerine etki etmektedir (Murray ve Shillington, 2012). Yetersiz sağlık okuryazarlığının ekonomik etkilerine yönelik özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan biri olan Vernon vd., (2007)'nin yaptığı bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının maliyetinin ülke ekonomisine getirdiği yükün yıllık olarak 106 ila 238 milyar dolar arasında olduğu tespit edilmiştir. 2009 yılında yapılan farklı bir araştırmada ise düşük sağlık okuryazarlığının toplam sağlık bakımına yıllık %3 ila %5 oranında ek maliyet getirdiği ortaya koyulmuştur (Eichler vd., 2009) Bu sonuçları destekleyen bir başka çalışma ise yine ABD'de 65 yaş üzeri katılımcılarla yapılmış ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz olanların acil servislere kişi başı yaklaşık 1500 doların üzerinde maliyetlerinin olduğunu, sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanlarda ise bu rakamın kişi başı ortalama 108 dolara düştüğü sonucuna ulaşılmıştır ki aradaki fark azımsanamayacak düzeyde bir rakamı ifade etmektedir (Howard vd., 2005, s. 371).

1.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Unsurlar

Alanyazın incelendiğinde sağlık okuryazarlığının; bireyin kişisel özelliklerinden toplumsal etkenlere, durumsal faktörlerden sistemsel özelliklere kadar geniş bir yelpazeden etkilendiği görülmektedir. Bu durum, sağlık olgusunun kapsamı göz önüne alındığında olağan bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığa yönelik davranışlarını ve sağlık statülerini etkileyen bir kavramdır. Dolayısıyla bu etkinin anlaşılabilmesi için sağlık okuryazarlığının hangi faktörlerden etkilendiğinin de belirlenmesi gereklidir.

Sağlık okuryazarlığı bireysel ve sosyal faktörlerle birlikte ele alınmaktadır. Dolayısıyla bu faktörlerin tümü temelde sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurlardır ve bu unsurlar, sağlık okuryazarlığı çerçevesinde yer alan potansiyel müdahale noktaları olarak Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığına Müdahale İçin Potansiyel Noktalar²

Şekil 1’de görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemlerine ve özellikle sağlık sonuçlarına ve maliyetlerine etki ederken aynı zamanda sağlık sisteminden, eğitim sisteminden, kültürel ve sosyal faktörlerden de etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen ve aynı zamanda toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenen sağlık sistemiyle ilgili unsurlar; sistemin karmaşıklığı, sağlık hizmetlerine erişim, hasta – hekim iletişimi ve sağlık güvenceleri unsurlarından oluşmaktadır (WHO, 2009). Sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel ve sosyal etmenlerde ise din, dil, etnik grup, ırk gibi unsurlar yer almakta olup bu tür unsurlar sağlığa yönelik

2 Kaynak: (Nielsen vd., 2004, s. 5)

enformasyonlara ulaşma, kavrama, okuma-yazma ve uygulama gibi sağlık davranışlarını pozitif veya negatif olarak etkileyebilmektedir (Güven, 2020, s. 67). Eğitim sisteminin ise sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli unsurların başında geldiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Keza sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasındaki temel konu sağlık eğitimiyle ilgilidir. Bu nedenle eğitim sisteminin sağlık konularındaki içeriği, niteliği ve kapsamı gibi pek çok unsurun bireylerin ve toplumların sağlık okuryazarlığı düzeylerini şekillendirdiği söylenebilir.

Sørensen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri; yakın ve uzak faktörler olarak sınıflandırarak; yakın faktörlerin kişisel (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, okuryazarlık düzeyi gibi) ve durumsal (sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi) değişkenleri içerdiğini; uzak faktörlerin ise demografik yapı, kültür, dil, siyasi güçler, toplumsal sistemler gibi değişkenlerden oluştuğunu ifade etmektedir (Sørensen vd., 2012, s. 10).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler akademik çalışmalarda genellikle bireysel ve sistemsel faktörler olarak gruplandırılmakta ve bu faktörlerle sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Bilir, 2014; Grillich ve Kostial, 2020; Özdenk vd., 2019). Bireysel faktörler detaylı olarak incelendiğinde, yapılan çeşitli araştırmaların sonuçları sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin; eğitim seviyesi düşük olan, yaşı ilerlemiş, ana dili yaşadığı ülkenin dilinden farklı olan, azınlık, yoksul, göçmen, sağlığını kötü olarak algılayan veya halihazırda bir sağlık sorunu yaşayan bireyler olduğunu göstermiştir (Avcı ve Özkan, 2019, s. 17). Ayrıca eğitim düzeyinin yükselmesiyle sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Eğitim sistemi bireylerin erken yaşlardan itibaren sağlıklarını olumlu yönde etkileyecek kararları alabilme yetilerine sahip olmaları ve olumlu sağlık davranışlarını benimsemelerine katkı sağlamaktadır (Kickbusch, 2008). Bireylerin eğitim düzeyinin yetersiz olması ise hem kişisel gelişimleri açısından hem de kültürel ve sosyal açıdan yetersizliklere neden olmakta ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Avrupa'da yürütülen bir sağlık okuryazarlığı araştırmasında, sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli olan bireylerin genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu ve ülkenin eğitim düzeyi ortalaması arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (Bilir, 2014). Benzer şekilde ailede yaşayan kişi sayısı, öğrenim durumu ve gelir düzeyleri de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Kendilci, 2022, s. 9-10). Ayrıca psikososyal unsurlar ve sağlık inanç algılarının az veya çok olması da bireylerin olumlu sağlık davranışlarında bulunma düzeylerine etki edebilmektedir. Özyeterliliği, sosyal destek düzeyi ve sağlık inanç algıları yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri

diğer bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre genellikle daha yüksektir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde bireysel ve sistemsel faktörler arasında yer alan; eğitim sistemi, sosyoekonomik durumlar, bireylerin sahip olduğu fiziksel özellikler, mental sağlığı, sağlık hizmeti sunucularının özellikleri, tarafların sağlık iletişimi becerileri, sağlık inançları gibi faktörlerin iyileştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalarla sağlık okuryazarlığı düzeyleri geliştirilebilir.

1.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması ve Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde konuyla ilgili farklı sınıflandırmaların yapıldığı görülmekte ve bu sınıflandırmalar aynı zamanda alan yazında sağlık okuryazarlığı düzeyleri olarak da ifade edilmektedir. Bu sınıflandırmalardan yaygın biçimde kullanılanlardan biri, sağlık okuryazarlığı alanındaki öncü isimlerden biri olan Nutbeam'e aittir. Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı, interaktif (iletişimsel) sağlık okuryazarlığı ve eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı olmak üzere birbirini takip eden üç düzeye ayırmaktadır (Şekil 2). Bu üç aşamalı sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasında, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi temel okuma ve yazma becerilerinden kritik düşünmeye uzanan bir gelişim göstermekte, beceriler geliştikçe de daha fazla özerklik ve özyeterlilik sağlanarak, olumlu sağlık davranışları benimsenebilmektedir (Frisch vd., 2011).



Şekil 2. Nutbeam (2000) Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri³

Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı, Nutbeam'e göre (2000) sağlık okuryazarlığının başlangıç ve temel düzeyini ifade eder. Bu düzeyde olan birey sağlık okuryazarlığı ile ilgili yalnızca temel okuma ve yazma becerilerine sahiptir.

3 Kaynak: Yazar tarafından Nutbeam (2000, s.263-264)'in çalışmasından oluşturulmuştur.

Sağlıkla ilgili materyalleri okuyabilmekte, hekim karşısında hastalığını ifade edebilmekte ve hekimin anlattıklarını anlayarak uygulayabilmektedir (Yalçın-Balçık vd., 2014). Diğer bir anlatımla bu düzeyde yer alan bir birey sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlanabileceğini, temel sağlık bilgilerini, sağlık hizmetlerine nasıl erişim sağlayabileceğini bilmekte ve sağlık içerikli sözlü ya da yazılı enformasyonları anlayabilmektedir. Ancak fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bir birey; olumlu sağlık davranışları, sağlık sisteminin işleyişi ve sağlığı etkileyen risklerle ilgili sınırlı düzeyde bilgiye sahiptir. Bu nedenle karşılıklı etkileşim sağlayabilecek bir iletişim kurmakta zorlanır. Dolayısıyla fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı düzeyinde elde edilebilecek kazanımlar daha çok bireyseldir ve hem sağlık sistemiyle ilgili hem de toplum sağlığıyla ilgili uyulması gereken kurallara yönelik daha sınırlı bir bilgiye sahip olma söz konusudur. Her ne kadar kazanımların toplumsal faydaları bulursa da fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan bir birey genel anlamda pasif bir role sahiptir (Nutbeam, 2000; Bilgel vd., 2017; Sezgin, 2013; Gözülü, 2018; Wittink ve Oosterhaven, 2018).

İnteraktif (iletişimsel) sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığından sonraki düzey olarak sınıflandırılır. Bu düzeyde olan birey, temel düzey olan fonksiyonel sağlık okuryazarlığındaki, sağlıkla ilgili bilgileri okuyabilme, hastalığını ifade edebilme ve gerekenleri uygulayabilmenin ötesine geçebilmektedir. Bu düzeyde yer alan birey sağlığını koruyucu ve geliştirici doğru bilgileri ayırt edebilmekte, değişmekte olan şartlarda sağlık bilgileri ve tecrübelerinden yararlanabilmekte, sağlık profesyonelleriyle etkili bir iletişim kurabilmekte, sağlığı ile ilgili değerlendirmeler yapabilmekte ve gereken durumlarda harekete geçebilmektedir. Diğer bir anlatımla, bu düzeyde bulunan bireyler sağlığa yönelik enformasyonları anlamının ötesine geçerek davranışa dönüştürebilmekte ve sağlığını geliştirici ve koruyucu aksiyonlar alabilecek sosyal ve bilişsel becerilere sahiptir. Örneğin interaktif sağlık okuryazarlığı düzeyinde yer alan bir birey, edindiği sağlık bilgilerini okuyup yorumlayarak talep ettiği sağlık hizmeti hakkında sağlık profesyonelleriyle etkileşime girebilmektedir. Dolayısıyla bu düzeyde yer alan birey artık sağlık aktivitelerine aktif olarak katılabildiği için aktif bir role sahiptir. Ayrıca bu düzeyin önemli bir özelliği de bireyde sağlık ile ilgili özgüven ve motivasyonun artmış olmasıdır. İnteraktif (iletişimsel) sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bir birey proaktif bir anlayışla sağlığına yönelik sadece bireysel faydayı değil aynı zamanda toplumsal faydayı da gözetebilmektedir. Ancak bu düzeyde bulunan bireyin kazanımları önceki düzeye benzer biçimde daha çok bireysel düzeydedir (Nutbeam, 2000; Tones, 2002; Van der Heide vd., 2015).

Kritik (eleştirel) sağlık okuryazarlığı ise Nutbeam (2000)'e göre sağlık okuryazarlığının en üst düzeyini oluşturmaktadır. Bu düzeyde olan birey artık daha önceki düzeylerde yer alan bilgi ve becerilerine ek olarak ileri derecede

sosyal ve bilişsel becerilere sahiptir. Doğru bilgilere doğru kaynaklardan erişebilme, bu bilgileri ve sağlıkla ilgili riskleri analiz edip eleştirel yaklaşabilme, sağlıkla ilgili sosyal ve ekonomik olarak çok boyutlu düşünebilme, sağlık personeliyle üst düzeyde etkin iletişim kurabilme, bireysel ya da toplumsal sağlık konularında karşılaştığı sorunlar ve sağlık riskleriyle ilgili çözümler geliştirebilme gibi bireysel, sosyal ve bilişsel beceriler bu düzeyde yer alan bireylerin sahip oldukları beceriler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla bu düzeyde yer alan bir birey üst düzeyde aktiftir ve sağlığa ilişkin konularda olumlu katkılarda bulunabilmektedir. Kritik sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastalar; randevularına hazırlanarak ve zamanında katılım gösterir, sağlık hizmeti taleplerini etkin bir şekilde ifade edebilir, teşhis ve tedaviyle ilgili sorumluluklarını bilir ve bu sorumlulukları yerine getirerek kendilerine verilen bilgileri de hatırlarlar. Kritik (eleştirel) sağlık okuryazarlığı düzeyi sadece bireysel değil toplumsal seviyede kazanım sağlayan ve beklenen sağlık okuryazarlığı düzeyidir (Frisch vd., 2011; Nutbeam, 2000; Sezgin, 2013; Van der Heide vd., 2015; Wittink ve Oosterhaven, 2018).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yaygın olarak kullanılan farklı bir sınıflandırma ise Zarcadoolas ve arkadaşları (2005) tarafından yayımlanan bir makalede yapılmıştır. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, vatandaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 3). Aynı yazarların konuyla ilgili daha geniş kapsamlı olarak hazırladıkları ve 2006 yılında yayımlanan kitaplarında; bir alandaki okuryazarlık becerisinin, başka bir alandaki okuryazarlık becerisinin geliştirilmesine katkıda bulunabileceği veya bir alandaki yeterliliklerin diğer alandaki yeterlilik eksikliğini telafi edebileceği belirtilmektedir (Zarcadoolas vd., 2006, s. 55).



Şekil 3. Zarcadoolas, Plesant ve Greer (2005) Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri⁴

Zarcadoolas ve arkadaşlarına (2005) göre temel okuryazarlık; okuma, yazma, konuşma ve aritmetik (sayılarla çalışma) becerilerini ifade eder ve bu beceriler; insanların bilgi edinmelerinin ve günlük yaşamlarını sürdürmelerinin

4 Kaynak: Yazar tarafından Zarcadoolas ve arkadaşlarının (2005, s.197) çalışmasından oluşturulmuştur.

temelidir. Bilimsel okuryazarlık düzeyi ise bireylerin bilimsel süreçlerle ilgili farkındalığa sahip olduğu; temel bilimsel kavramları bilme, teknik karmaşıklığı anlama ve bilimsel değişimlere ayak uydurabilme gibi becerileri yerine getirebilmektedir. Vatandaşlık okuryazarlığı, yurttaşların kamusal konulardan haberdar olmalarını ve karar alma sürecine dahil olmalarını sağlayan yetenekleri ifade eder. Yurttaşlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanında; medya okuryazarlığı becerileri ve bireysel sağlık kararlarının halk sağlığını etkileyebileceği konusunda farkındalığının olması gibi konularda yetkinlik sağlar. Bu düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan bir birey, kişisel kazanımların yanında toplumsal kazanımlara sahiptir. Son olarak kültürel okuryazarlık ise sağlık bilgilerini yorumlamak ve buna göre hareket etmek için ortak inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma yeteneğini (Zarcadoolas vd., 2005, s. 197) ifade eder. Çünkü bireyin sağlık okuryazarlığının alt yapısında yaşadığı toplum bulunmakta ve bu durum toplumun kültürüne bağlıdır. Diğer bir anlatımla bireyin sağlık okuryazarlığı toplumun kültür yapısından etkilenecektir. Bireylerin sağlık bilgilerini yorumlama, değerlendirme ve uygulayabilmeleri, hastalıkları tanımlamaları ile tedavi ve ilaçlara olan yaklaşımları kültürel özelliklerin de etkisiyle meydana gelmektedir. Bu nedenle Zarcadoolas ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı sınıflandırmalarına kültürel okuryazarlığı da ekleyerek sağlık okuryazarlığının düzeylerinden biri olarak ifade etmişlerdir (Zarcadoolas vd., 2006, s. 56-57).

Her ne kadar Nutbeam (2000) ve Zarcadoolas vd. (2005) tarafından yapılan sınıflandırmalar kadar yaygın olmasa da Amerikan Tıp Derneği (AMA) tarafından yapılan sınıflandırma da sağlık okuryazarlığı literatüründe yer alan sınıflandırmalardan bir diğeridir. Bu sınıflandırmada sağlık okuryazarlığı; yazılı, sözel ve sayısal okuryazarlık olarak gruplandırılmıştır. Yazılı okuryazarlık, sağlık ile ilgili bilgileri okuyabilme ve yazabilme becerilerini içerirken sözel okuryazarlık ise sağlığa yönelik konuşmaları; dinleme ve konuşabilme yetilerini ifade etmekte, sayısal okuryazarlık da sağlık alanında kullanılan sayıları kullanabilme becerisi olarak açıklanmaktadır (Baker, 2006; Berkman vd., 2011).

Bir toplumun ya da topluluğun sağlık okuryazarlığı düzeyleri o toplumda ya da toplulukta bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmesiyle belirlenmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı sosyal ve bilişsel faktörler gibi pek çok faktörden etkilenebileceği için sadece sağlığa yönelik konulardaki bilgi ve anlama düzeyleri bireyin sağlık okuryazarlığını belirleyebilmek adına yeterli olamayabilir. Bu doğrultuda her ne kadar sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınıflandırılmasına yönelik yapılan çalışmalarla bu düzeyler gruplandırılrsa da tam anlamıyla bireyin sahip olduğu sağlık okuryazarlığı

düzeyini açıklamakta yeterli olmayabilir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınıflandırılmasında daha dinamik bir yaklaşımın benimsenmesi ve özellikle ölçüm araçlarının daha bütünsel bir bakış açısıyla oluşturulması gerekmektedir. Çünkü anlık ölçümlerle yapılacak sınıflandırmalar bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyine yönelik daha sınırlı bir sonuç sağlar. Bu nedenle kapsamlı bir sonuç elde edilebilmesi için bireylerin anlık bulguları yerine sağlıklı ilgili ekonomik, sosyal ve kültürel çevre unsurlarını da içeren daha sürekli ve dinamik ölçümlerin yapılması önerilebilir. Hatta yapay zekâ uygulamalarıyla desteklenen ölçüm araçları ve periyodik olarak sağlanacak verilerle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi, yapılacak sınıflandırmalara daha fazla katkı sunabilir.

1.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Sağlık okuryazarlığının doğru bir biçimde ölçümü, toplum ve birey sağlığının belirleyicisi olmasından dolayı oldukça önemlidir. Ancak henüz sağlık okuryazarlığının tanımlanmasında dahi devam eden tartışmalar sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en doğru şekilde nasıl ölçülmesi gerektiği konusunda da tartışmalara neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmesinde, bireylerin etiketlenme korkusu ve klinik ortamlardaki iş yükünden dolayı ölçmeye yeterli süre ayıramaması gibi (Hernandez, 2009) nedenler bile sağlık okuryazarlığının ölçümünde kullanılacak yöntemin karmaşık olmasını etkilemektedir. Ayrıca alan yazında oldukça fazla sayıda ölçeğin yer alması ve ortak bir ölçeğin kullanılmaması da (Kendilci, 2022; Sarıyar ve Fırat-Kılıç, 2019) bu tabloyu doğrulamaktadır. Bunlara ek olarak bugün Amerikan Tıp Kütüphanesi'nin (National Library of Medicine) tanıdığı ve Sağlık okuryazarlığı ölçekleri veri tabanının yayınlandığı listede 218 farklı ölçeğin bulunması sağlık okuryazarlığının ölçümünün zorluğunu ortaya koymaktadır (Health Literacy Tool Shed, 2022).

Literatürde yer alan ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesine yönelik geliştirilen ölçekler incelendiğinde bu ölçümün öncelikle informal yöntemler ile hekimler tarafından yapıldığı görülmektedir. Bu yöntemlerde çoğunlukla sağlık hizmeti sunanlar tarafından hastalara “okuduğunuzu anlar mısınız?” veya “anlıyor musunuz?” gibi açık uçlu sorular yöneltilmekte, hastalardan reçetenin üzerindeki, şişe üzerindeki veya bir broşürdeki yazıyı okumaları istenmektedir. Ancak bu ölçüm yöntemleri hastanın mahcubiyet yaşaması veya etiketlenme korkusu nedeniyle doğru sonuçları verememektedir (Sezgin, 2013). Ayrıca bunlar Nutbeam'ın (2000) sınıflandırmasındaki fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığının veya Zarcadoolas, ve arkadaşlarının (2005) sınıflandırmasındaki temel okuryazarlığın ölçümünün ötesine geçememektedir.

İnformel ölçüm yöntemleri arasında ise hasta davranışlarını gözleme yer almaktadır. Hastaların randevulara gelme veya bunları kaçırma durumları, hastalıklarını açıklayabilme becerileri, kayıt formlarını doldurmada başarısızlık, yönlendirmeleri takip edememe veya eksiklik gibi gözlemler hastanın sağlık okuryazarlığının ölçümünde bir fikir verebilmektedir (Mahadevan, 2013).

İnformel ölçüm yöntemlerinin yanında formal ölçümlerin de günümüzde oldukça yaygın şekilde kullanılmaya başlandığı ve sayılarının giderek arttığı söylenebilir. Formal biçimde sağlık okuryazarlığını ölçen araçlar başlangıçta tıbbi terimlerin okunması ve doğru şekilde telaffuz edilip edilmediğinin değerlendirilmesi biçiminde uygulanırken günümüzde sağlık okuryazarlığını anlama ve bütüncül olarak değerlendirebilme, sayısal verileri yorumlayabilme gibi farklı becerileri kapsayacak şekilde geliştirilerek (Okuyay ve Abacıgil, 2019) farklı özelliklere sahip kişi ya da grupların sağlık okuryazarlığı düzeyleri kendi durumlarına uyan ölçeklerle değerlendirilebilmektedir.

Sağlık okuryazarlığına yönelik farklı tanımlamaların yapılması, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmesine ilişkin standart bir aracın oluşturulamamasında etkili olan bir durumdur (Parker, 2000; McCormack vd., 2013). Sağlık okuryazarlığı kavramı, gelişmeye başladığı ilk dönemlerde her ne kadar bireylerin sağlık düzeylerini geliştirerek sağlık sistemlerinin etkinliği ve verimliliğini yükseltmeyi amaçlasa da günümüzde ulaştığı çok boyutlu yaklaşım sağlık okuryazarlığının ölçülmesine yönelik yeni yöntemlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeyi amaçlayan bir ölçek geliştirilmeden önce ölçeğin son kullanıcıya uygunluğu değerlendirilmelidir (Pleasant, 2014).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiş ölçeklerden yaygın olanları; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU: European Health Literacy Survey), Mini-Mental Durum Muayenesi (MMSE: The Mini-Mental State Examination), Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT: Wide Range Achievement Test), Tıbbi Başarı Okuma Testi (MART: Medical Achievement Reading Test), En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS: The Newest Vital Sign), Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası (HALS: Health Activities Literacy Scale) ve Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS: Single Item Literacy Scanner) olarak sıralanabilir.

2004 yılında Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan “Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa Son Vermek İçin Yönerge (Health Literacy: Prescription to End Confusion)” başlıklı çalışmada sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan tüm ölçekler değerlendirilmiş ve bunlar dört ana grupta

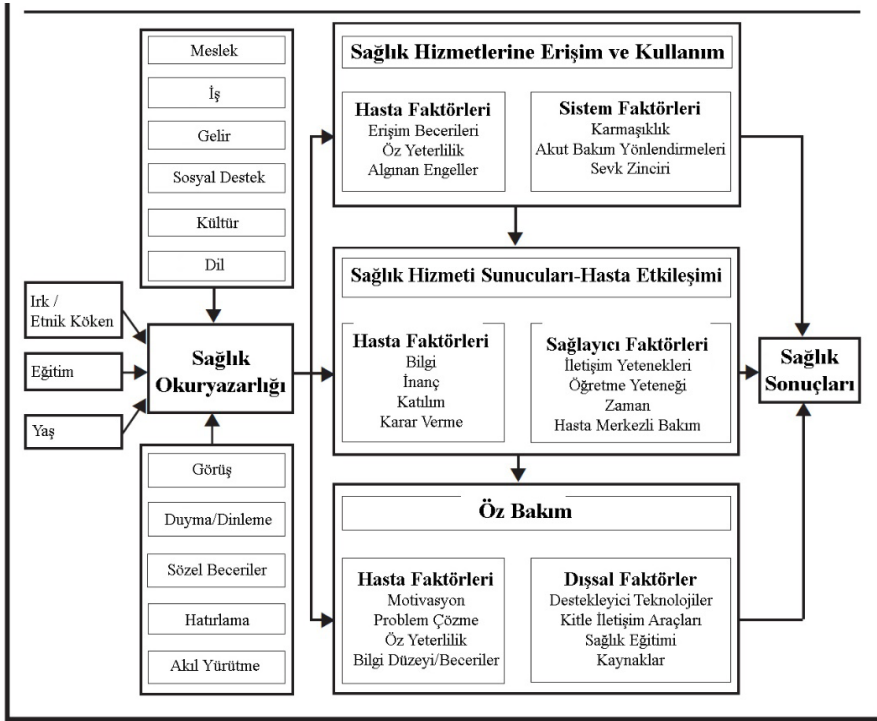
toplanmıştır (Kendir-Çopurlar ve Kartal, 2016). İlk grupta okuduğunu anlama ve sayısal yeterlik gibi temel becerilerin ölçülmesine yönelik ölçekler bulunmaktadır. Bu gruptaki ölçeklerin öncülüğünü Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLLA) yapmaktadır (Kendilci, 2022). İkinci grupta ilk basamak sağlık merkezlerine başvuran hastalar üzerinden fonksiyonel yani işlevsel sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik ölçekler bulunmakta ve tıbbi terimlerin okunması üzerinden değerlendirmeler yapılmaktadır. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM) bu grubun önemli ölçeklerinden birini oluşturmaktadır. REALM temel alınarak geliştirilmiş ölçekler, benzer bir içerik ve uygulama tarzından oluşmaktadır (White ve Dillow, 2005). Üçüncü gruptaki ölçeklerin öncüsü Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği'dir (HALS). Uygulaması biraz daha uzun süre alan ve dolayısıyla zor olan bu tür ölçeklerde sağlığı etkileyen olumsuz davranışlara karşı alınan tedbirler, sağlık hizmetlerine ulaşma biçimi ve zamanlaması, hastalıkların iyileşmesinde sağlanan katkılar, önerilen bakımın devamlılığını sağlama gibi sorular veya maddeler de yer almaktadır (Sarıyar ve Fırat-Kılıç, 2019). Bu yönüyle bu gruptaki ölçeklerin interaktif (iletişimsel) sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik ölçekler oldukları söylenebilir. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde son yaklaşım olarak ise sağlık okuryazarlığının bir kavramsal çerçeve tanımıyla değerlendirilmesi yer almaktadır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından başlatılan bu süreçte öncülüğü Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 47 (European Health Literacy Survey Questionnaire 47) yapmıştır. Bu gruptaki ölçeklerde sağlık okuryazarlığı entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli temelinde daha üst düzeyde değerlendirilmektedir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014). Sağlığın; tedavi, hastalıklardan korunma ve geliştirilmesiyle ilgili üç boyutu temel alınarak bu boyutlara yönelik sağlık konularındaki bilgi edinme süreçlerinde; bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, karar verme ve bilgiyi kullanma/uygulamaya ilişkin maddeleri içeren ölçekten alınan puana göre bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri; yetersiz, sınırlı/sorunlu, yeterli ve mükemmel olarak sınıflandırılmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının ölçümüne yönelik sınıflandırmanın yapıldığı bir çalışmada (Kaya, 2020) sağlık okuryazarlığına yönelik geliştirilen ölçekler; ölçüm modeline göre, kapsamına göre, uygulama süresine göre, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı örneklem sayısına göre ve ölçeğin diline göre detaylı olarak incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığı ölçekleri oluşturulurken öncelikli olarak ölçülmek istenen sağlık/hastalık durumunun göz önünde bulundurulduğu ve buradan hareketle ölçeklerin; uygulanma biçimi, uygulama süresi, soru sayısı, uygulama dili gibi farklı değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin oluşturulmasında etki ettiği

sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilen ölçeklerin genellikle; REALM, TOFHLA ve HLS-EU temeline dayandığı görülmektedir. Bu ölçekler belirlediği sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kapsamlarına göre incelendiğinde; büyük çoğunluğunun “Genel” sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için geliştirildiği ve aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespitine önem verildiği görülmektedir. Ayrıca toplumda insidansı yüksek hastalıkların (kanser, kalp hastalıkları, tansiyon, diyabet gibi) yanında ağız ve diş sağlığı gibi daha belirgin sağlık alanlarına yönelik ölçeklerin geliştirildiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

1.6. Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları

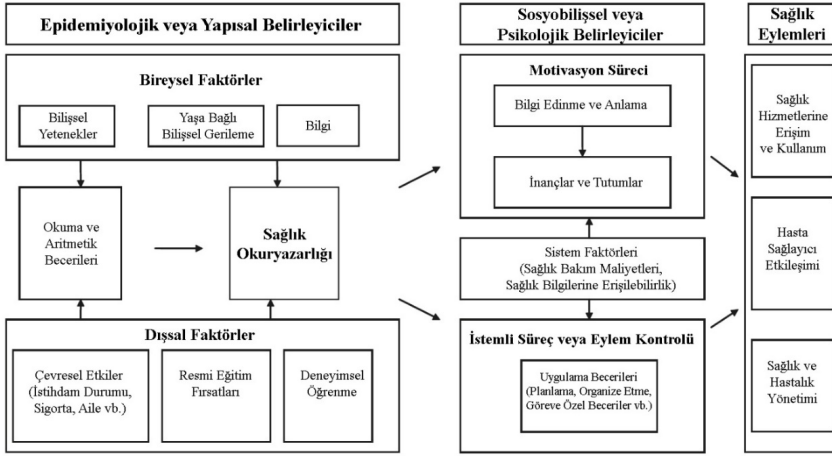
Sağlık okuryazarlığının sonuçları literatürde genellikle yetersiz sağlık okuryazarlığının neden olduğu olumsuzluklar üzerinden incelenmiş bir konudur. Toplumdaki düşük sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetlerine erişimi ve tıbbi bakımın kalitesini azaltarak sağlık çıktılarının olumsuz sonuçlarına neden olmaktadır (Freedman vd., 2009). Çünkü bireylerin sahip oldukları sağlık okuryazarlığı düzeyleri; sağlığa ilişkin bilgilerin elde edilmesinde ve sağlık sürecindeki etkileşimlerde belirgin farklılıklara yol açan bir faktördür (Thomson vd., 2005). Sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki farklılıklar hem kişisel sağlık deneyimlerinde önemli bir rol oynamakta hem de sistemsel olarak sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmetleri sunumunu etkileyebilmektedir (Mancuso, 2008). Bireysel düzeyde sağlık sonuçları; klinik değerlendirmeler, sağlıklı yaşam kalitesi gibi etkileri barındırırken sistemsel olarak ise sunulan sağlık hizmetleri sunumu için ayrılan kaynakların dağılımı, maliyeti ve kullanımı gibi yönetsel planları kapsamaktadır (Al Sayah ve Williams, 2012). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının sonuçları, bireysel ve sistemsel etkileri bakımından iki farklı boyutta ele alınmakta ve sağlığın çıktılarıyla sağlık okuryazarlığı arasındaki nedensel ilişki Şekil 4’de gösterilmektedir.



Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki Nedensel İlişki⁵

Şekil 4'de görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığını; sosyal, demografik ve bilişsel faktörler etkilemekte ve sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımın yanında sağlık hizmeti sunucularıyla hastalar arasındaki etkileşimden ve öz bakıma ilişkin faktörlerden etkilenmekte, bu durum da sağlık sonuçlarını etkilemektedir.

2009 yılında yapılan benzer bir araştırmada da sağlık sonuçlarının yanında sağlık hizmetlerine erişim sağlama ve sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık hizmeti sağlayıcılarla hastaların iletişimi, sağlığın ve hastalıkların yönetimi gibi sağlık eylemleriyle sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi açıklayan bir model ortaya konmuştur (Şekil 5).



Şekil 5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Eylemleri⁶

Şekil 5’de görüldüğü üzere sağlık eylemlerinin belirleyicileri arasında; epidemiyolojik ve yapısal belirleyicilerle sosyobilişsel veya psikolojik belirleyiciler yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının sonuçları değerlendirilirken; bireysel ve dışsal faktörlerin yanında bireylerin motivasyon edinim süreçleri veya sağlığa ilişkin davranışların kontrolünü etkileyen süreçler de göz önünde bulundurulmalıdır (Von Wagner vd., 2009).

Sağlık okuryazarlığının bireysel düzeydeki sonuçları genellikle hasta odaklı sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir. Nihayetinde sağlık okuryazarlığı sadece hastaların sağlık bilgilerini okumasını ve anlamasını sağlamakla ilgili süreç değildir. Çünkü yetersiz sağlık okuryazarlığı; hastaların sağlık durumlarını, hastaneye yatış oranlarını, öngörülen tedavilere uyum sağlama düzeylerini, öz bakım süreçlerini, akılcı olmayan ilaç kullanımını ve koruyucu sağlık hizmetlerden yararlanamama gibi sağlığa ilişkin pek çok bireysel konuyu etkilemektedir (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı sonuçlarının, sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etmede önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Bireysel düzeydeki sağlık okuryazarlığı sonuçları; hastaların sağlığa yönelik bilgileri, deneyimleri, sağlık hizmeti kullanımları ve sağlık davranışları gibi konular üzerinden ele alınmaktadır (Coulter ve Ellins, 2007). Sağlık okuryazarlığının düşük olması; kişilerin sağlık durumlarına ilişkin yeterli bilgiye ulaşamama, sağlığın korunmasına yönelik hizmetlerden yeterince faydalanamama, ilaç etiketlerini okuyamama, sağlığıyla ilgili sayısal verileri yorumlayamama, onam formlarını anlayamama, tıbbi talimatları yerine getirememe, sağlığa yönelik mesajları değerlendirememe, daha yüksek hastalık riskine maruz kalma, sağlık hizmetlerine erişim sağlayamama, acil sağlık ve yatan hasta hizmetlerini daha fazla kullanma gibi yaşam kalitesinin olumsuz

6 Kaynak: (Von Wagner vd., 2009, s. 863)

etkileyen pek çok sonuca neden olabilmektedir (Akbulut, 2015; Bush vd., 2010; Çiler-Erdağ, 2015; Morris vd., 2006; Schillinger, 2002; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

1980-2003 yılları arasında yayınlanmış 44 araştırmanın sistematik olarak incelenmesi sonucunda, okuryazarlığı düşük olan hastaların kötü sağlık sonuçlarıyla karşılaşma ihtimalinin diğer hastalara göre 1,5-3 kat aralığında değişen oranlarda daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (DeWalt vd., 2004, s. 1228). Benzer şekilde sağlık sonuçlarına etki eden faktörler arasında sağlık okuryazarlığının ele alındığı bir diğer çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığının özellikle yaşlı bireylerde mortalite riskini arttırdığı, kronik hastalıkların prevalansını yükselterek hastaların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilediği ve sağlık maliyetlerini artırarak sağlık çıktılarına etkilediğine yönelik çeşitli bulgular ortaya konmuştur (Berkman vd., 2011).

Sağlık okuryazarlığının sistemsal düzeydeki sonuçları ise daha çok sağlık okuryazarlığının, sağlık sistemi üzerindeki etkilerini ortaya koymaya yönelik olup genellikle; maliyetler, kaynak yönetimi ve planlama gibi yönetsel konuları kapsamaktadır (Al Sayah ve Williams, 2012). Çünkü düşük sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti talebine olan etkileri göz önüne alındığında; sağlık hizmeti sunucularının kapasitelerini verimli olarak kullanamama, sağlık harcamalarında artış, sağlık personelinde işgücü veya motivasyon kayıpları, iletişimsizlik veya iletişim kalitesinin düşmesi, sağlıkta şiddete yönelimin artması gibi sonuçlar (Kendilci, 2022) sağlık okuryazarlığının sistemsal düzeydeki sonuçları arasında gösterilebilir. Ayrıca toplumun sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine yönelik bireysel çabaların yetersizliği beraberinde sistemsal düzeyde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Örneğin yetersiz sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti alma süreçlerini karmaşıklaştırmakta ve hatta sektöre uğratabilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti süreçlerinin tekrarlanması kaçınılmaz olmakta ve bu durum sağlıktaki iş yükünü, kaynak ihtiyacını ve tedavi maliyetlerini artırarak hem ekonomik hem de toplumsal sonuçlara mâl olmaktadır (Sezgin, 2013, s. 86)

Yetersiz sağlık okuryazarlığı bir taraftan sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerden bireylerin daha az faydalanmasına neden olurken bu durum diğer taraftan tedavi edici sağlık hizmetlerine olan talebi, dolayısıyla sağlığa ayrılan kaynakların kullanımını ve toplum için gerekli olan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artıracaktır. Çünkü sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki yetersizliğin neden olduğu olumsuz sonuçlar sadece bireylerin kendisine değil; ailesine, çevresine, topluma, sağlık sistemine ve ülke ekonomisine etki eder. Bu nedenle yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkilerinin azaltılması bireysel düzeyde olumlu sağlık davranışlarını etkileyerek düşük sağlık okuryazarlığının neden olduğu bireysel ve sistemsal sorunlarının aşılmasında önemli bir fayda sağlayacaktır.

II. BÖLÜM: SAĞLIK İLETİŞİMİ

2.1. Kavramsal Olarak Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi kavramı başta sağlık, iletişim, sosyal pazarlama, sosyoloji, psikoloji ve eğitim olmak üzere pek çok farklı çalışma alanları ile ilişki içerisinde olan interdisipliner bir kavram olup (Bernhardt, 2004), sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleşen tüm etkileşimleri kapsayan (Kreps ve Thornton, 1992) bir niteliğe sahiptir. Bu nedenle, birçok disiplinin etkisi altında oluşmuş bu kavramın her ne kadar merkezinde sağlık olsa da açıklandığı uzmanlığa göre farklı yönlerinin vurgulandığı çeşitli tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Dolayısıyla sağlık iletişimi kavramı üzerinde uzlaşılan standart bir tanımından söz etmek mümkün olmamaktadır (Fowler vd., 1999).

Literatürde öne çıkan tanımlar incelendiğinde, Ratzan (1994) sağlık iletişimini “kişisel, örgütsel ve toplumsal düzeyde önem arz eden sağlık problemleriyle ilgili olarak bireylerin yaşam kalitesinin ve sağlığının iyileştirilmesi amacıyla sağlık davranışlarını etkileme, bilgilendirme ve güdüleme teknikleri” olarak ifade etmektedir. Clift ve Freimuth (1995) ise sağlık iletişimini “büyük ölçekli hedef kitlelerde sağlığa yönelik sorunlara neden olan önemli sağlık davranışlarının değiştirilmeye çalışıldığı belirli süreli iletişim çabaları” olarak açıklamıştır. Sağlık iletişimi, Maibach ve Holtgrave’e (1995) göre “bireyleri ve toplumu iletişim teknikleri ve teknolojilerini kullanarak sağlıklarını korumak için olumlu yönde teşvik etmedir.” Nutbeam’a (1998) göre sağlık iletişimi, “bireysel ve toplumsal sağlığı iyileştirmeye odaklanan kişilerarası veya kitle iletişim faaliyetleridir.” Freimuth ve arkadaşlarına (2000) göre ise sağlık iletişimi çok daha özet bir ifade ile “olumlu sağlık davranışları aracılığıyla sağlık sorunlarının önlenmesi ve halk sağlığının geliştirilmesine yönelik stratejiler” olarak ifade edilmektedir.

Sağlık iletişimi Schiavo (2007) tarafından oldukça kapsamlı bir biçimde, “bireylere, topluma, sağlık uzmanlarına, politika yapıcılara ve belirli gruplara destek olmayı amaçlayarak ve sağlığa yönelik içerikler sunarak; bilgilendirme, iletişime dahil etme ve kararlarını değerlendirmelerini sağlamayı hedefleyen interdisipliner ve geniş boyutları olan bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır. Yine kapsamlı olarak yapılan farklı bir tanımda ise sağlık iletişimi bir süreç olarak açıklanmıştır. Çınarlı (2008, s. 47) tarafından yapılan bu tanımlamada sağlık iletişimi; “sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, iletişim, psikoloji, sosyoloji, ekonomi, işletme, antropoloji, istatistik, siyaset bilimi ve bilgi teknolojileriyle sağlığa yönelik doğru bilgilerin sunulması, sağlık hizmetlerinin tanınması, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili tutumların değiştirilmesi gibi hedefleri halk sağlığıyla ilişkili bir şekilde açıklayan bir süreç” olarak ifade etmiştir. Avcı ve Avşar (2014) ise sağlık iletişimini “sağlık hizmeti talep eden bireylerin, sağlığa yönelik karşılaşılabilecek riskler ve sağlık hizmeti alternatifleri hakkında bilgi edinme süreci” şeklinde açıklamıştır.

DSÖ’ye göre ise sağlık iletişimi, DSÖ’nün daha sağlıklı bir gelecek inşa etme hedefine ulaşma, sağlığı geliştirme, dünyayı güvende tutma ve zayıf durumda bulunanlara hizmet etme misyonunu yerine getirmesinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Ayrıca sağlık iletişimi, “sağlığı geliştiren bireysel ve toplumsal kararlarla ilgili olarak iletişim stratejilerinin; sağlın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi, toplumun sağlık refah düzeyinin artırılması gibi sağlığa yönelik pek çok konuyu kapsayacak şekilde planlanması” olarak tanımlanmaktadır. ABD Ulusal Kanseri Enstitüsü (National Cancer Institute [NCI]) ve Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ise sağlık iletişimi kavramını “toplumu ilgilendiren sağlık kararlarında etkili olabilmek için iletişim stratejilerinin kullanımı” olarak tanımlamıştır (National Cancer Institute, 2004, s. 2).

Öte yandan merkezi ABD’nin Teksas eyaletinde bulunan Sağlık İletişimi Derneği (Society for Health Communication) sağlık iletişimini insanların ve toplulukların sağlığını ve refahını geliştiren davranışları, politikaları ve uygulamaları teşvik etmek için iletişim kanıtlarını, stratejisini, teorisini ve yaratıcılığını uygulayan çok disiplinli bir çalışma ve uygulama alanı olarak açıklamakta ve kısaca “insanların ve toplulukların sağlığını ve refahını geliştirmek için iletişimi kullanma bilimi ve sanatı” olarak tanımlamaktadır (SHC, 2017).

Sağlık iletişimine yönelik hemen hemen tüm tanımlamalarda hem sağlık hem de iletişim kavramları tanımın odağında yer almaktadır. Bu nedenle sağlık iletişimi, en genel kapsamda hem bireysel hem de kitlesel boyutta her türlü iletişim araçlarının ve stratejilerinin kullanıldığı, bireysel, kişilerarası, örgütsel,

toplumsal ve politik düzeylerde gerçekleşen sağlık içerikli bilgi aktarımının ve sağlığa yönelik istenilen algı, tutum ve davranışların geliştirilmeye çalışıldığı bir dizi faaliyet olarak özetlenebilir.

2.2. Sağlık İletişiminin Gelişimi ve Önemi

Sağlık ve hastalık durumlarında ihtiyaç duyulan iletişim en temel insani gereksinimlerden biridir. Bu gereksinimin dinamiklerinde birbiri içene geçen; bireysel, zihinsel ve toplumsal iletişim, sağlık iletişimini bilimsel araştırmalarda karmaşık ve zorlu bir hale getirmektedir. Her ne kadar geçmişi insanlığın geçmişi kadar eski olsa da özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında yaşanan tıbbi gelişmeler, sağlık iletişiminin daha çok tartışılmaya başlandığı dönemler olarak ifade edilmektedir. Özellikle 1971 yılında ABD’de de uygulanan Stanford Kalp Hastalıklarından Korunma Programı (SHDPP - Stanford Heart Disease Prevention Programme), kavramsal olarak sağlık iletişiminin başlangıcı sayılmakta ve bu tarihten sonra sağlık iletişiminin, sağlık ve iletişim disiplinleri başta olmak üzere pek çok farklı disiplinde tartışılan bir konu haline geldiği bilinmektedir (Çınarlı, 2008; Okay, 2016; Sezgin, 2011).

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonraki dönemlerde bireysel düzeyde sağlığın daha çok önemsenmeye başlaması ve özellikle kansere yönelik yürütülen çalışmalarla, ABD’deki araştırmacılar sağlık iletişimine daha fazla vurgu yapmaya başlamış ve böylelikle sağlık iletişiminin gelişim süreci hızlanmıştır (Bleicher ve Lampert, 2003, s. 348). 1975 yılında, ABD Ulusal Kanser Enstitüsü’ne bağlı olarak faaliyet gösteren Kanser Enformasyon Servisi’nin yaptığı çalışmalarda etkin bir sağlık iletişiminin önemi üzerinde durulmuş ve sağlık iletişiminin kurumsal olarak ele alınmasında öncü ülke ABD ve öncü kuruluş ABD Ulusal Kanser Enstitüsü olmuştur (Gündoğdu, 2021, s. 22). Amerikan üniversitelerinde sağlık iletişimi başlarda hekim-hasta iletişimi olarak kişilerarası düzeyde ele alınan bir konuyken, araştırmacıların medyayı halk sağlığı kampanyalarını desteklemek için kullanmaya başlamasıyla kitlesel düzeydeki etkileri de ön plana çıkmaya başlamıştır (Lederman vd., 2017, s. 5). Böylece sağlık iletişimi, iletişim disiplinde ele alınması gereken bir alt çalışma alanı olarak belirlenmiştir.

1970’li yıllardan itibaren çeşitli konferanslarda, akademik yayınlarda ve kamu kurumlarında kullanılmaya başlanan (Waisbord ve Obregon, 2012) sağlık iletişimi kavramının gelişiminde; 1980’li yıllarda bu alanda kitapların yayımlanmaya başlaması, 1985 yılında ABD’de Uluslararası İletişim Derneği bünyesinde sağlık iletişimi departmanının kurulması, 1989’da alandaki ilk hakemli dergi olan Health Communication, dergisinin ve 1996 yılında Journal of Health Communication dergisinin yayın hayatına başlaması, aynı yıl Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi’nde (CDC) Sağlık İletişimi

Bilimleri Ofisi'nin faaliyete geçmesi, sağlık iletişimi alanında lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitim veren programların açılması, 1999'da ABD'de Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından dört üniversiteyle birlikte sağlık iletişimi araştırmalarına odaklanması ve Healthy People 2010 (Sağlıklı Bireyler 2010) programında yer alan hedefler içerisinde sağlık iletişiminin dahil edilmesi önemli kilometre taşları olarak öne çıkmıştır (Freimuth ve Quinn, 2004; Thompson, 2003). Ayrıca 1970'lerden sonra sağlık alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak yeni tıbbi modelin ortaya çıkması, tüketimin artması, sağlık hizmetlerinde ayırım yapılmaya başlanması, önleyici tedavinin önem kazanması ve davranış değişimlerini etkileyen pazarlama uygulamalarının sağlık hizmetlerinde kullanılabileceğine yönelik ortaya atılan görüşler, sağlık iletişiminin gelişiminde rol oynayan diğer önemli unsurlar olarak kabul edilmektedir (Thomas, 2006, s. 41-43).

2003 yılında yapılan bir çalışmada sağlık iletişiminin gelişimi kronolojik olarak dört farklı dönemde açıklanmıştır (Piotrow vd., 2003). Buna göre 1960'lı yıllar sağlık iletişiminde tıbbi hizmet temeline dayanan klinik dönemi, 1970'ler sağlık iletişiminde basılı materyallerin ve görsel araçların kullanıldığı saha dönemini, pazarlamanın sağlık hizmetlerinde kullanılabilirliğinin anlaşıldığı 1980'ler sosyal pazarlama dönemini, sağlığın çok boyutluluğunun önem kazanmasıyla birlikte sonraki dönemler ise stratejik davranış iletişimi dönemini kapsamaktadır. Özellikle yakın dönemde sağlığın bireyselleşmeye başlamasıyla öz bakım ve sağlık okuryazarlığı gibi konuların önem kazanması ve teknolojik gelişmelerin iletişim araçlarında yarattığı değişim sağlık iletişimi kavramının gelişiminde kilit faktörler olarak gösterilebilir.

Akademik çalışmalarda iletişim teorileri ve uygulamalarının günlük yaşamdaki sağlık sorunlarına nasıl katkıda bulunduğu (Kreps vd., 1998a), birey ve toplum sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlar hakkında bilgi sunma ve değiştirmede iletişiminin rolünü anlamaya odaklanan (Lederman vd., 2008) sağlık iletişimi, 2000'li yıllardan itibaren hakkında daha fazla çalışma yapılmaya başlanan bir konu haline gelmiştir.

Bugün gelinen noktada ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklı sağlık iletişimi uygulamaları görülmektedir. Sağlık iletişimi çalışmalarında ve dolayısıyla sonuçlarında; bireysel sağlık davranışlarına verilen önem, eğitim düzeyleri, teknoloji, iletişim araçlarının kullanım sıklıkları gibi pek çok faktör etkili olmaktadır (Kaya, 2014, s. 8). Bu nedenle özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık iletişimi kavramının, üzerinde daha fazla durulan bir konu haline geldiği söylenebilir. Sağlık iletişimi, sağlık profesyonelleriyle sağlık hizmeti talep edenler arasındaki ilişki başta olmak üzere, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme için tüm yönlerini etkileyen, sağlık bilgilerine ulaşma, tedavi sürecini anlama ve uyum sağlama, halk sağlığı mesajları ve kampanyaları geliştirme;

sağlık riskleri hakkındaki bilgileri yayma gibi birçok bağlamda özel bir öneme sahiptir (Domnariu, 2014, s. 161). Hatta öyle ki küresel halk sağlığına yönelik tehditlerin çoğunun (hastalıklar ve çevresel felaketler yoluyla) insan davranışından kaynaklandığı göz önünde bulundurulursa, sağlık iletişiminin ne derece önemli bir konu olduğu daha iyi anlaşılabilir (Rimal ve Lapinski, 2009, s. 247).

Ülkemizde ise sağlık iletişimine yönelik faaliyetler genellikle Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde bulunan Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı tarafından yürütüldüğü söylenebilir. Bu durumun temel nedeni olarak ülkemizdeki sağlık piyasasının ABD gibi özel nitelikli bir piyasadan çok nispeten resmi sağlık otoritesinin kontrolünde bir piyasanın olması gösterilebilir. Ancak Türkiye'de de son zamanlarda özel sağlık sektörünün etkisini hissettirmeye başlaması sağlık iletişimi çalışmalarına etki etmektedir. Özellikle ilaç firmaları tarafından sağlık iletişimine yönelik profesyonel çalışmalar yapılmakta ve aynı zamanda sağlık iletişimi çalışmalarını desteklediği bilinmektedir. Bunlara ek olarak sağlık iletişimi alanında faaliyet gösteren ajansların kurduğu dernekler bulunmakta ve başarılı sağlık iletişimi çalışmaları düzenlenen törenlerle ödüllendirilmektedir. Ayrıca sağlık iletişimi konularında örgütlenen sivil toplum kuruluşları da ülkemizde sağlık iletişiminin gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır (Kaya, 2014: 9-10).

Sağlık hizmetlerinde istenilen etkinliğin sağlanabilmesi için sağlığın korunmasından geliştirilmesine, tedaviden rehabilitasyona kadar sağlığa yönelik tüm süreçlerde sağlık iletişiminin önemi yadsınmaz. Çünkü sağlığa yönelik konularda kurulacak iletişimin etkinliği; daha yüksek nitelikli bakımı, zamandan tasarruf sağlanmasını, daha doğru teşhis konulmasını, yanlış tedavi riskinin azalmasını, hastaların daha sadık olmasını, tıbbi uygulamanın gelişip zenginleşmesini, hasta uyumunun artmasını ve hastanın tedaviye katılımını, hem sağlık hizmeti sunan hem de sağlık hizmeti talep eden tüm taraflar için daha fazla doyumunu, kişisel ve mesleki anlamda iletişimin iyileştirilmesini sağlamaktadır (Desmond ve Copeland, 2010, s. 2). Dolayısıyla sağlık iletişiminin kişi ya da grupların bilgi düzeyinin ve sağlığa yönelik konulardaki farkındalığının artırılmasında, olumlu sağlık davranışların geliştirilebilmesi için algı, inanç, tutum ve motivasyonlarının güçlendirilmesinde ve daha etkin örgütsel ilişkilerin kurulmasında önemli fonksiyonlara sahip olduğu görülmektedir (Şengün, 2016, s. 39). Ayrıca sağlık iletişimi, bireysel faydalarının yanında toplumsal düzeyde de önemli kazanımlar sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi, güvenilir kaynaklardan doğru enformasyonların yayılması, bireysel tutum ve davranışların değiştirilip sosyal normlarda istenilen değişimlerin oluşturulabilmesi ve sağlık inancının güçlendirilmesi gibi faydalar sağlık iletişiminin kazanımları arasında yer almaktadır (Çınarlı, 2011).

2.3. Sağlık İletişimine Yönelik Kuramlar ve Modeller

İletişim hem çeşitli faktörlerden etkilenen hem de bu faktörleri etkileyen çok boyutlu bir süreçtir. Dolayısıyla sağlığa yönelik hemen hemen tüm konularda oldukça büyük bir öneme sahiptir. İnsanlarda sağlığa yönelik olumlu tutum ve davranışların geliştirilebilmesini amaçlayan sağlık iletişimine yönelik çalışmalar, bireysel düzeyden başlayarak kişilerarası, örgütsel ve toplumsal düzeylerde farklı yöntemlerle uygulanmaya çalışılmaktadır. Sağlık davranışlarının nasıl oluştuğunu anlamaya yönelik yapılan çalışmalar davranış bilimleri başta olmak üzere psikoloji ve sosyoloji gibi farklı disiplinlerde açıklanmakta ve ortaya atılan çeşitli teori, kuram ya da modeller sağlık iletişimi çalışmalarında kullanılabilirlerdir.

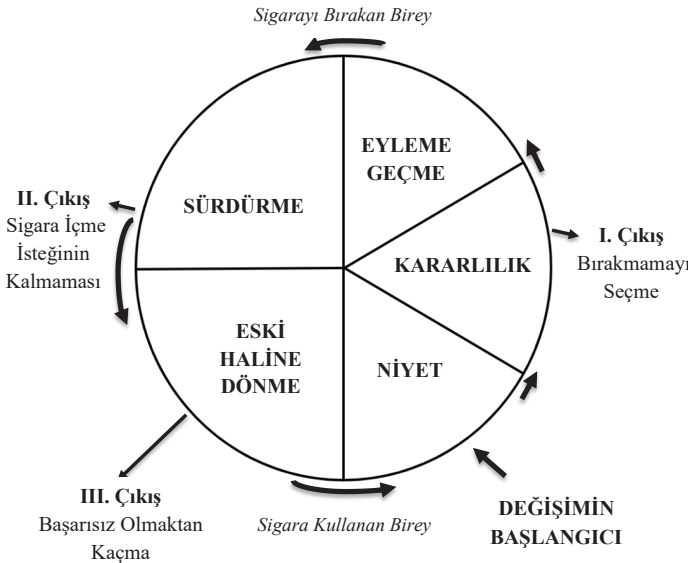
İnsanların sağlığa yönelik davranışları Kasl ve Cobb (1996) tarafından; önleyici sağlık davranışı, hastalık davranışı ve hasta-rol davranışı olarak üçe ayrılmaktadır. Bu davranışlardan özellikle koruyucu sağlık davranışlarının oluşturulmasında; sağlık sonuçlarının içerdiği risk kapasitesi, sağlıklı yaşam imkanlarını azaltıcı fiziksel mekanların artışı, toplumsal yapı ve politikalar, kitle iletişim araçlarından gönderilen iletiler ve kültürel unsurlar bireysel sağlık davranışlarının olumlu ya da olumsuz yönde değişimini etkileyebilmektedir (Bulduklu ve Koçak, 2010, s. 42). Genel olarak ise sosyoekonomik durumlar, inançlar, değerler, tutumlar, yetiler ve kültür gibi pek çok faktörün sağlık davranışını etkileyen unsurların arasında yer aldığı söylenebilir (Çınarlı, 2019, s. 118-122).

Sağlık davranışlarıyla ilgili modeller araştırmacılar tarafından farklı şekillerde gruplandırılmaktadır. Thomas (2006) sağlık davranışlarını; bireysel, kişilerarası, kurumsal/toplumsal/sosyal seviyede ele alırken Hayden (2017) sağlık davranışlarının etki düzeylerini gözeterek; öz ile ilgili, kişilerarası ve topluluk bazında değerlendirmektedir. Konunun insan, sağlık ve iletişim gibi farklı boyutlarının olması, sağlık iletişimde kullanılan/kullanılabilecek olan kuram ve modellerin sınıflandırılmasını güçleştirse de genel hatlarıyla sağlık iletişimde kullanılan kuram ve modeller; bilişsel kuramlar, tutum değişikliği kuramları, duygusal tepki kuramları, aşamalı değişim kuramları, sosyal süreç kuramları ve kitlesel iletişim kuramları olarak sınıflandırılabilir (Tabak, 2006, s. 69-82).

Çalışmanın bu bölümünde sağlığa yönelik konularda davranış oluşturma, davranış değiştirme ya da davranış güçlendirmeye ilişkin öne çıkan kuramlardan olan; “Transteorik Model”, “Gerekçeli Eylem Teorisi”, “Planlanmış Davranış Teorisi”, “Sağlık İnancı Modeli”, “Sosyal Biliş Kuramı” ve “Yeniliklerin Yayılımı Kuramı” açıklanmaya çalışılmıştır.

2.3.1. Transteorik Modeli

Transteorik model Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından sigarayı kendi kendine bırakabilen kişilerle sigarayı bırakmak için tedavi alan kişiler arasındaki farklılıklardan yola çıkan ampirik bir araştırma kapsamında, bireylerin sorunlu davranışlarını değiştirmek için kullandıkları süreçlerin açıklanmasına yönelik olarak transteorik terapi kavramıyla ortaya atılmıştır. Terapötik sistemlere bir alternatif sağlamak için 18 farklı sistemin karşılaştırmalı analizinden yola çıkan ve ilk etapta beş temel değişim sürecinin ele alındığı transteorik terapi, davranış değişimini aşamalı bir süreç olarak değerlendirdiği için yerli yazında “Değişim Aşamaları Modeli” olarak da kullanılmaktadır. Bu model Şekil 6’da gösterilmiştir.



Şekil 6. Sigarayı Bırakmanın Döner Kapı Şeması⁷

Şekil 6’da gösterilen ilk değişim aşamaları sürecinde belirtilen niyet aşaması; sorunlu davranışın farkına varılan ve davranış değişikliğinin düşünülmeye başlandığı fakat henüz eyleme geçilmediği aşamadır. Niyet aşamasının devamlılığı sağlandığında kişi kararlılık aşamasına geçer. Bu aşamada sorunlu davranışın değiştirilmesi sonucunda elde edilecek tatmin gözetilerek genellikle birinci çıkış kapısını kullanmaz. Ancak sorunlu davranış sigara içme davranışı olduğunda, sigara içenlerin çoğu en hızlı çıkış kapısı olan birinci kapıdan çıkarak sorunlu davranışı değiştirmemeyi seçer. Değişimi düşünen insanlar, sorunlu davranışın tehlikelerini ve sigara içmemenin sağlayacağı faydaları bildikleri halde değişmek istemediklerine ya da değişmeyeceklerine karar

7 Kaynak: (Prochaska ve DiClemente 1982:283)

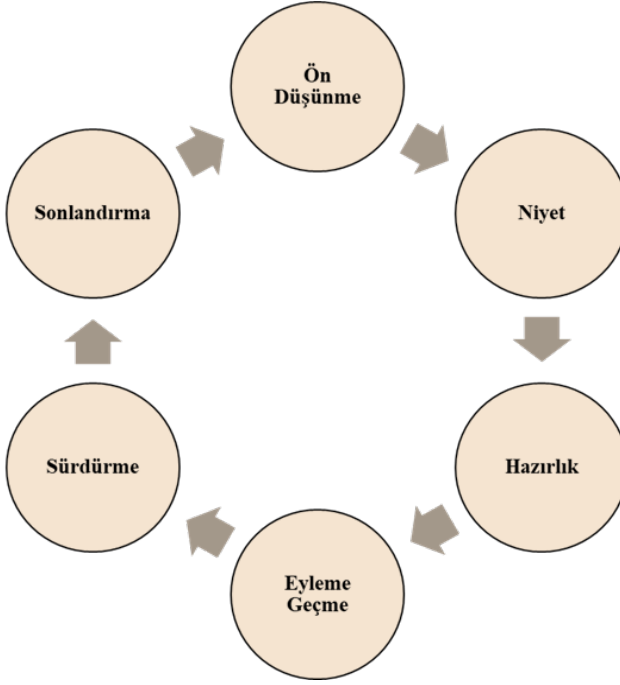
verirler. Kararlılık aşamasındaki tatmin düzeyi kişilerin eyleme geçerek sorunlu davranışın terk edilmesini ifade eder. Kişinin terk ettiği davranışa geri dönmediği aşama sürdürme aşaması olarak ifade edilebilir. Süreçteki ikinci çıkış, sorunlu davranışı değiştirmenin yani sigara içme alışkanlığından kurtulmanın başarılı yoludur. Buradan çıkan kişi artık sigara içme isteği duymuyor ya da sigara içmeme konusunda çok ciddi bir zorluk yaşamıyordur. İkinci kapıdan çıkıldıktan sonraki ilk 3 ila 6 ay kişinin tekrar sorunlu davranışı göstermesi için riskli bir dönemi kapsamakta ve ne yazık ki sigara içme davranışı için genellikle süreç kişinin eski haline dönmesiyle sonuçlanmaktadır. Modelde aktarılan üçüncü çıkış kapısı sorunlu davranışı terk edememiş kişilerin tekrar başarısız olmaktan korktuğu için sorunlu davranışla ilgili olumlu düşüncelerle hayatına devam ettiğini ifade eder.

Şekil 6'da gösterilen değişim aşamaları, 1988 yılında sigarayı bırakmayla ilgili değişimin ölçüm süreçlerine yönelik yapılan çalışmayla; ön düşünme, derin düşünme, eyleme geçme, sürdürme ve eski davranışa dönme olarak açıklanmıştır. Ayrıca bu çalışmada değişim süreçlerini etkileyen faktörlere yönelik olarak; bilinç düzeyinin artırılması, kendini yeniden değerlendirme, duygusal uyarılma, çevresel yeniden değerlendirme, yardımcı ilişkiler, uyarıcı kontrolü, karşı koşullandırma, sosyal özgürlük, kendini özgürleştirme ve destekleyici yönetim olarak 10 farklı yapının değişim üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Prochaska vd., 1988).

Aynı araştırmacıların 1997 yılında yaptıkları çalışmayla birlikte transteorik modele göre sağlık davranışı değişiklikleri Şekil 7'de gösterildiği gibi 6 aşamayı kapsamaktadır (Prochaska ve Velicer, 1997). Bu aşamalar şunlardır:

- **Ön Düşünme Aşaması:** Tasarlama öncesi ya da ön tasarım dönemi olarak da ifade edilen bu aşama, bireylerde yakın gelecekte (genellikle sonraki 6 aylık dönem) davranış değişikliğinin düşünülmediği aşamadır. İnsanlar bu aşamada henüz davranış değişikliği niyetinde değildir ve hatta davranışlarının sorunlu olduğunun ya da olumsuz sonuçlara yol açtığından habersizdir. Sağlık iletişimi açısından bu aşamada kişinin problemin farkına varması sağlanmalıdır.
- **Niyet Aşaması:** Tasarlama dönemi olarak da ifade edilen bu aşamada, bireyler öngörülebilir bir gelecekte (genellikle sonraki 6 aylık dönem) olumsuz bir sağlık davranışını bırakma ya da olumlu bir sağlık davranışını edinme niyetindedir. İnsanlar, bu aşamada sorunlu davranışlarının farkına varır ve davranışı değiştirmenin kendisine sağlayacağı faydalar ya da getireceği yeni durumlar hakkında bilgi arayışındadır. Sağlık iletişimi açısından bu aşamada olumsuz davranışın farkına varan bireyin kararını etkileyecek iletişim araçları belirlenebilir.

- **Hazırlık Aşaması:** Karar verme ya da hazırlanma dönemi olarak da ifade edilen bu aşamada, bireyler genellikle bir ay içerisinde sorunlu bir sağlık davranışını değiştirmek ya da olumlu bir sağlık davranışı edinmek için harekete geçmeye hazırdır ve davranış değişikliğine yönelik küçük adımlar atmaya başlar. Sağlık iletişimi açısından bu aşamada planlı sağlık iletişimi kampanyaları sunulabilir.
- **Eyleme Geçme Aşaması:** Hareket ya da eylem olarak da ifade edilen bu aşama, bireylerin sorunlu sağlık davranışını değiştirdikleri ya da olumlu bir sağlık davranışı edindikleri yakın zamanı (genellikle son 6 aylık dönem) kapsar. Sağlık iletişimi açısından bu aşama, bireyin davranış değişikliğini kabul etmesi ve bu yöndeki eylemleri uygulamaya karar vermesidir.
- **Sürdürme Aşaması:** Bu aşama, değiştirilen sorunlu sağlık davranışının ya da edinilen olumlu sağlık davranışının devam ettirildiği dönemi kapsar. Davranışın benimsenmesi ve eski davranışa geri dönülmemesi için yeni davranışın genellikle 6 aydan uzun bir süre boyunca sürdürülmesi beklenir. Sağlık iletişimi açısından bu aşamada birey davranışlarını istenilen şekilde değiştirdiği için değişimi pekiştirici unsurlar kullanılarak devamlılığın sağlanması amaçlanabilir.
- **Sonlandırma Aşaması:** Bu aşama, bireylerin yeni davranışlarla ilgili tamamen öz yeterliliğe sahip olduğu ve bir daha sorunlu sağlık davranışlarına geri dönme isteği duymayacağı aşamadır. Yeni davranış benimsenmiş ve hatta yerine getirilmediğinde rahatsızlık duyulacak bir düzeye ulaşmıştır. Ancak bu düzey özellikle sağlıkla ilgili konularda pratikte çok fazla karşılığı olmayan bir durum olduğu için genellikle modelin uygulandığı çalışmalarda dikkate alınmamaktadır.



Şekil 7. Değişim Aşamaları Modeli⁸

Transteorik model, davranış değişikliğini aşamalandırarak tek bir değişikliğe odaklanmadan değişimi bir bütün olarak değerlendirmesi (Redding vd., 2000, s. 187-190) açısından özellikle bireysel düzeyde olumlu sağlık davranışlarının amaçlandığı sağlık iletişimi çalışmalarında etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Aynı zamanda modeldeki süreçlerde, bireylerin değişime yönelik motivasyonları ve değişime hazır olma durumları göz önünde bulundurulduğu için hazırlanacak değişim programlarında daha uygun iletişim materyalleri kullanılarak istenilen değişimlerin gerçekleştirilmesi kolaylaştırılabilir (Okay, 2016, s. 82).

Sonuç olarak transteorik model kısaca aşamalı değişim modeli olarak ifade edilebilir ve değişimi bir olaydan ziyade bir süreç olarak ele alarak davranış değişikliğinin bu süreçlerin sonunda gerçekleşeceğini savunur. Değişim süreci aşamalara ayrılarak ve bu aşamaların birbirleriyle ilişkisi araştırılarak farklı değişkenler her değişim evresinde o evre hareketleriyle ilişkilendirilir.

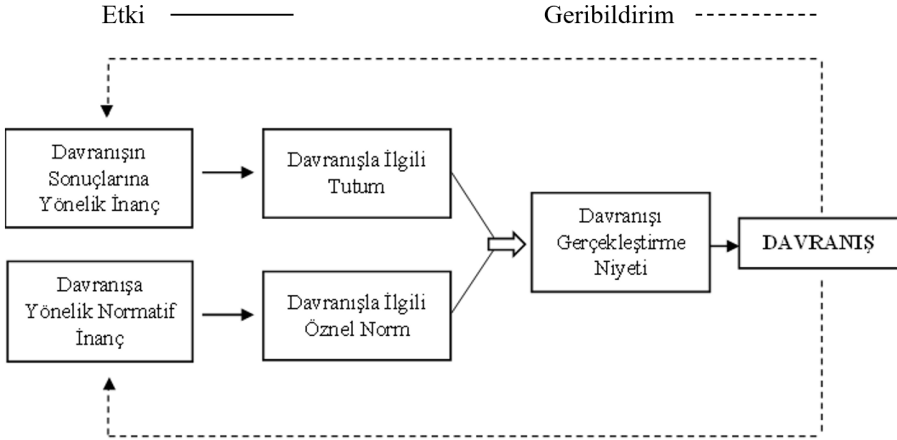
2.3.2. Gerekçeli Eylem Teorisi

Gerekçeli eylem teorisi, ilk olarak Martin Fishbein (1967) tarafından ortaya atılan ve sonrasında Fishbein ve Icek Ajzen tarafından tutumlar, niyetler ve davranışlar arasındaki ilişkileri daha iyi anlayabilmek için genişletilen (Fishbein ve Ajzen, 1975; Ajzen ve Fishbein, 1980) sosyal psikoloji temelli genel bir

⁸ Kaynak: Yazar tarafından Prochaska ve Velicer (1997)'in çalışmasından oluşturulmuştur.

davranış teorisidir (Fishbein, 2008). Kurama göre bireylerin davranışlarındaki temel belirleyicinin kişinin niyeti olduğu ve bu niyetin düzeyiyle davranışın gerçekleştirilmesi için gösterilecek çabanın ilişki olduğu ifade edilmektedir (Tlou, 2009, s. 16). Çünkü insanların olumlu bir tutum içinde olduğu bir durumda gösterecekleri davranış isteği, olumlu bir tutum içinde olmadığı bir durumda göstereceği davranış isteğine göre daha fazla olduğu (Grogan vd., 2009, s. 301) düşünülmektedir.

Gerekçeli eylem teorisine göre, bir davranışta bulunma kararı bireyin davranışı gerçekleştirme niyetiyle ilişkilidir. Niyetin oluşumunda ise iki faktör etkili olur. Bunlardan ilki bireyin davranışla ilgili tutumu diğeri ise davranışla ilgili sosyal normların birey tarafından nasıl algılandığı yani davranışla ilgili öznel normlardır. Davranışla ilgili niyeti belirleyen tutumlar ve normlar da çeşitli inançların temelinde oluşur. Bu inançlardan biri kişinin davranışı gerçekleştirme sonuçlarına yönelik inançları diğeri de davranışa yönelik normatif inançtır. Dolayısıyla tutumların altında yatan her sonuç inancının iki bileşeni vardır; olasılık ve değerlendirme. Bu nedenle her normatif inancın da ayrıca iki bileşeni ortaya çıkar; referans norm ve bireyin bu referansa uyma motivasyonu. Bu yapılar (davranış, niyet, tutum, algılanan genel norm, sonuç inançları ve normatif inançlar) gerekçeli eylem teorisinde test edilebilir bir nedensel model olarak Şekil 8’de gösterilmektedir (Fishbein ve Ajzen, 1975; Gillmore vd., 2002).



Şekil 8. Gerekçeli Eylem Teorisinin Şematik Sunumu⁹

Şekil 8’deki yapıları kilo vermek isteyen bir kişinin beslenme davranışlarını değiştirmesine yönelik bir örnekle açıklamak gerekirse; sağlıklı beslenmenin kiloya olan etkisine yönelik inanç (davranışın sonuçları) kişinin davranışla ilgili tutumunu (kilo vermenin kişi için ne anlam ifade ettiği), kilolu bireylerin

9 Kaynak: (Fishbein ve Ajzen, 1975, s. 16)

toplumda şişman olarak nitelendirilmesi ve bu durumun sosyal etkileri (sosyal normlar) kişinin davranışla ilgili öznel normlarını (kilo vermenin ya da vermemenin kişinin çevresi tarafından nasıl değerlendirileceği) etkileyerek davranışı gerçekleştirmeye (diyete başlama, sağlıklı yiyecekler tüketme gibi) yönelik niyetini belirleyecektir. Oluşan bu niyet düzeyi de gerekçeli eylem kuramına göre davranışın gerekçesini ve dolayısıyla gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini belirleyecektir.

Sonuç olarak gerekçeli eylem teorisi tutumlar, niyetler ve davranışlar arasındaki ilişkileri daha iyi anlayabilmek için geliştirilmiş bir kuramdır. Yerli yazında “Nedenli Eylem Teorisi” ve “Sebepli Eylem Teorisi” olarak da açıklanan kuramın temel amacının kişinin iradesi sonucunda gerçekleştirdiği sosyal davranışları açıklamak olduğu söylenebilir. Teoriye göre bir kişinin belirli bir davranışı, kişinin davranışsal niyeti ile belirlenmekte, davranışsal niyet de tutumlardan ve öznel normlardan etkilenmektedir. Kısacası davranışın en temel belirleyicisi kişinin o konu ile ilgili niyetidir. Kişi kendi mantığıyla sahip olduğu bilgileri değerlendirerek konu ile ilgili bir davranış niyeti geliştirmekte dolayısıyla bu niyete yönelik pekiştirici mesajların verilmesi sağlık iletişimi açısından teorinin kullanılabilirliğini ortaya koymaktadır. Sağlık iletişimi kampanyalarıyla sorunlu sağlık davranışlarının değiştirilmesi veya olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasına yönelik davranış değişiklikleri için bireyler öncelikle o davranışın kendisi için faydalı olduğuna inandırılmalı ve toplumdaki diğer bireylerin de o davranışla ilgili düşüncelerini yönlendirecek iletişim çalışmalarıyla desteklenerek istenilen davranışlara yönelik bir tutum oluşması sağlanmalıdır.

2.3.3. Planlanmış Davranış Teorisi

Planlanmış davranış teorisi, Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından geliştirilen gerekçeli eylem teorisinin kapsamı genişletilerek oluşturulan bir teoridir. Planlanmış davranış teorisinin gerekçeli eylem teorisinden farkı, niyet ve davranışın ek bir belirleyicisi olarak davranışsal kontrolü içermesidir (Ajzen, 1991). İnsanların davranışları üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin açıklanmaya çalışıldığı teori, ortaya atıldığı tarihten itibaren popülerliğini korumuş ve geliştirilmiş versiyonlarıyla günümüzde de yaygın şekilde kullanılmaya devam etmektedir. Planlı davranış teorisinde yer alan unsurlar Şekil 9’da gösterilmektedir ve bu unsurlar kısaca şöyle açıklanabilir:

Davranışsal inançlar, ilgili davranışı beklenen sonuçlar ve deneyimlerle ilişkilendirir. Davranışsal bir inanç, davranışın belirli bir sonuç veya deneyim üreteceğine dair öznel olasılıktır.

Normatif inançlar, kişinin eşi, ailesi, arkadaşları iş arkadaşları gibi önemli referans bireyleri veya grupları tarafından uygulanan belirli bir davranışa girişmek için algılanan baskıyı yansıtır.

Kontrol inançları, bir davranışın performansını kolaylaştırabilecek veya engelleyebilecek faktörlerin algılanan varlığı ile ilgilidir.

Davranışla ilgili tutum, davranış performansının olumlu veya olumsuz olarak değerlendirilme derecesidir.

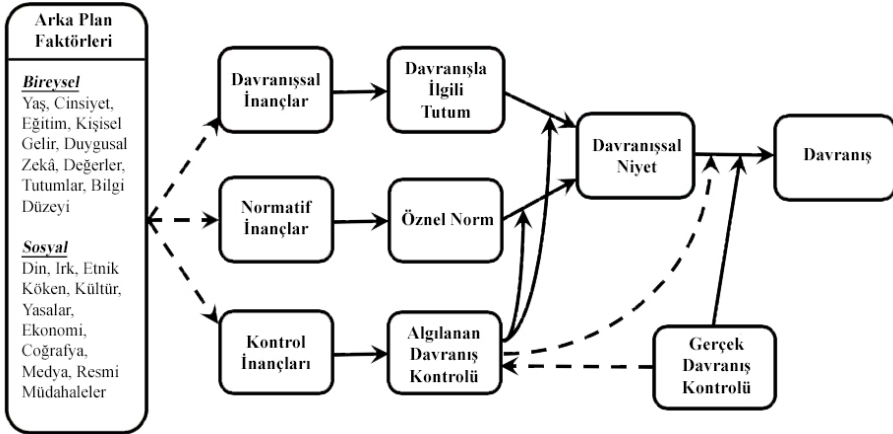
Öznel norm, bir davranışta bulunma ya da bulunmama konusunda algılanan sosyal baskıdır.

Algılanan davranışsal kontrol, insanların belirli bir davranışı gerçekleştirme yeteneklerine ilişkin algılarıdır.

Davranışsal niyet, bir kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirmeye hazır olduğunun bir göstergesidir ve davranışın öncülü olarak kabul edilir. Niyet, davranışa ve öznel norma yönelik tutuma dayalıdır ve her biri ilgili davranış ve popülasyonla ilişkili olarak önemine göre ağırlıklandırılır. Algılanan davranışsal kontrol, tutum ve öznel normun niyet üzerindeki etkilerini ve niyetin davranış üzerindeki etkisini yumuşatır.

Davranış, belirli bir durumda belirli bir hedefe göre açık ve gözlemlenebilir olarak gösterilen tepkidir.

Gerçek davranış kontrolü, bir kişinin söz konusu davranışı gerçekleştirmek için gereken becerilere, kaynaklara ve diğer ön koşullara ne ölçüde sahip olduğunu ifade eder. Bir davranışın başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi, yalnızca olumlu bir niyete değil, aynı zamanda yeterli düzeyde davranış kontrolüne de bağlıdır.



Şekil 9. Arka Plan Faktörleriyle Planlı Davranış Teorisi Diyagramı¹⁰

Teoriye göre davranışsal inançlar davranışla ilgili tutumları etkilemekte, normatif inançlar da öznel normları meydana getirmektedir. Kontrol inançları ise algılanan davranış kontrolüne kaynaklık etmektedir. Kişinin davranışa

10 Kaynak: (Ajzen, 2022)

yönelik niyeti; davranışla ilgili geliştirdiği tutumlar ve öznel normları çerçevesinde algıladığı davranışsal kontrol unsurlarının birleşiminden oluşmaktadır. Davranışla ilgili tutumun ve öznel normların niyet üzerindeki etkileri davranışsal kontrol algısı tarafından yönlendirilir. Oluşan niyetin sonucunda ise kişinin davranışı ortaya çıkar. Teoriye göre davranışla ilgili tutum ve öznel normlar ne kadar olumluysa ve algılanan davranışsal kontrol ne kadar büyükse, kişinin o davranışı gerçekleştirme niyeti de o kadar güçlü olur. Kişilere davranışları üzerinde yeterli düzeyde gerçek kontrol verildiğinde, niyetlerini davranışa dönüştürmeleri beklenir. Dolayısıyla davranışsal niyet, doğrudan davranışın öncül etkeni olarak kabul edilir. Aynı zamanda algılanan davranışsal kontrol, gerçek davranış kontrolünden etkilenir ve kişinin ilgili davranışa yönelik niyetinin ne olacağına belirlenmesinde rol oynar (Fishbein ve Ajzen 2010).

Planlı davranış teorisi, davranışın oluşumuna arka plan faktörleri olarak ifade edilen faktörlerin de etki ettiğini ancak bu faktörlere teorideki değişkenler tarafından aracılık edildiğini varsayar. Yapılan bazı araştırmalarda, teoride yer alan arka plan değişkenlerinin niyetler veya davranışlar üzerinde doğrudan ve aracısız bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılsa da çalışmaların çoğu arka plan faktörlerinin; davranışsal, normatif veya kontrol inançları üzerindeki etkileri yoluyla niyetleri ve davranışları dolaylı olarak etkilediğini göstermiştir (Conner ve Norman, 2009)

2.3.4. Sağlık İnancı Modeli

1950-1960 yılları arasında ABD Halk Sağlığı Hizmetindeki bir grup sosyal psikolog tarafından insanların hastalıkların önlenmesi ya da erken teşhise yönelik uygulamalara katılmama davranışlarının nedenlerini anlamak amacıyla geliştirilen (Janz ve Becker 1984) sağlık inancı modeli, başlangıçta sağlık riskleri ve bu risklerin ciddiyeti konusunda insanların farkındalığının artırılması için bilgi vermeye dayalıyken (Green vd., 2021) zamanla farklı boyutlara taşınarak sağlık davranışlarındaki bireysel değişikliklerin açıklanması ve tahmini için yaygın şekilde kullanılan psikososyal davranış modellerinden biri haline gelmiştir (Okay, 2016). Modele göre bireylerin bir hastalığa yakalanma riski ve hastalığın olumsuz sonuçları olacağına dair inancı, olumlu sağlık davranışlarıyla elde edilecek faydadan etkilenir (Çınarlı, 2019, s. 127). Bu nedenle sağlığı etkileyen faktörlere yönelik risklerin ve davranış değişikliğiyle elde edilebilecek kazanımların doğru iletişim unsurlarıyla topluma aktarılması gerekir (Sezgin, 2011, s. 117).

Sağlık inancı modeline göre bireylerin bir sağlık sorununa yönelik eyleme geçmesi için o sorunu tehdit olarak algılaması gerekir ve bu sürecin oluşumu Şekil 10'da gösterilmektedir (Becker ve Maiman, 1975). Bireylerde önerilen

koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesi ve uygulanmasını amaçlayan sağlık inancı modelinde yer alan temel unsurlar ise şunlardır (Glanz vd., 2008:47-50)

Algılanan Duyarlılık: Bireyin bir hastalığa veya duruma yakalanma olasılığı hakkındaki inançlarını ifade eder.

Algılanan Ciddiyet: Bireyin bir hastalığa, tedavisine ve etkilerine ilişkin oluşturduğu ciddiyet düzeyini ifade eder.

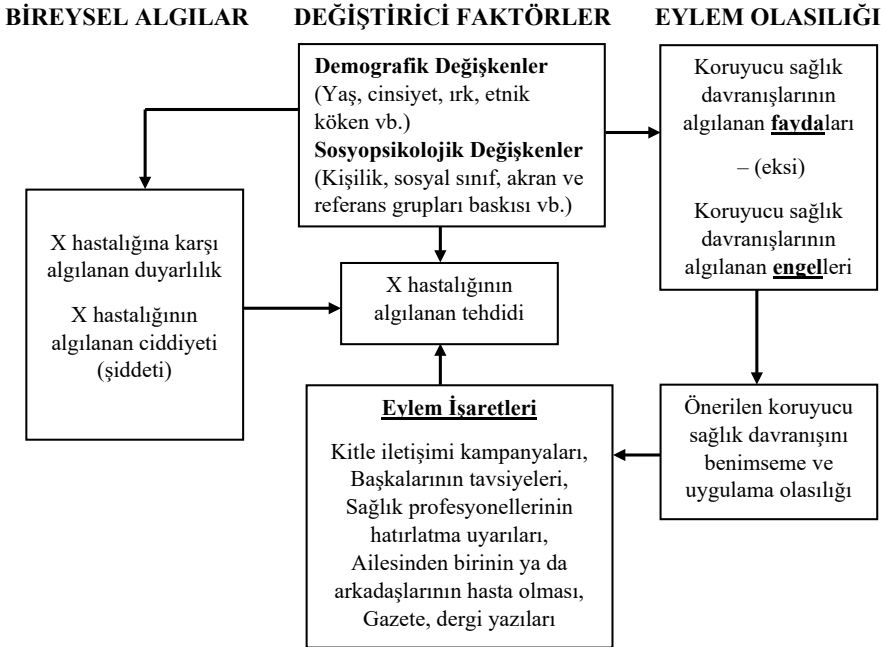
Algılanan Faydalar: Bireyin önerilen davranış değişikliğini gerçekleştirmesi durumunda karşılaştığı riskin azalacağına yönelik inanç düzeyini ifade eder.

Algılanan Engeller: Bireyin önerilen davranış değişikliğini gerçekleştirmesini engelleyen durumlardır.

Eylem İşaretleri: Bireyin önerilen davranışı gerçekleştirmesine yönelik motivasyonunu arttıracak etkenlerdir.

Öz Yeterlilik: Bireyin önerilen davranışa ilişkin kendine duyduğu güvenidir.

Diğer Değişkenler: Bireyin önerilen davranış değişikliğini etkileyen çeşitli demografik, sosyopsikolojik ve yapısal faktörlerdir.



Şekil 10. Koruyucu Sağlık Davranışında Sağlık İnançı Modeli¹¹

Günümüzde özellikle sağlığı korumaya yönelik davranışların açıklanmasında kullanılan sağlık inancı modelinin, değer-beklenti üzerine kurulu ve bilişsel

11 Kaynak: (Becker ve Maiman, 1975, s. 12)

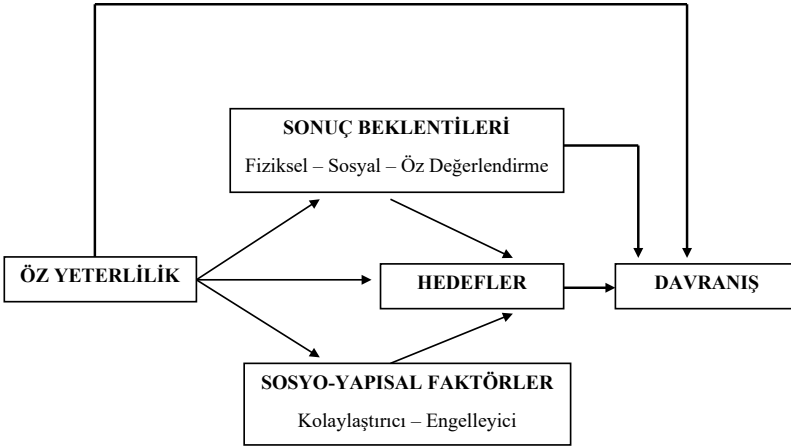
değişkenlere odaklı bir yaklaşım önerdiği söylenebilir. Bu açıdan ifade edilen değer ve beklentide; hastalığın önlenmesi değeri, koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceğine dair inanç düzeyi de beklentiyi ifade eder. Her ne kadar beklenti, ilgili sağlık davranışına verilen öneme göre bireyden bireye farklılık gösterse de önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda bireylerin elde edeceği faydaya yönelik beklentisi ne kadar yükseltirse olumlu sağlık davranışı gösterme eğiliminin de bu durumla ilişkili olarak artacağı varsayılabilir.

2.3.5. Sosyal Biliş Kuramı

Alan yazında sosyal bilişsel teori ya da sosyal öğrenme kuramı olarak da açıklanan sosyal bilişe dayalı öğrenme yaklaşımı, Bandura (1986) tarafından bilişsel, davranışsal ve çevresel faktörlerin sistematik olarak uygulanmasına dayanan kapsamlı bir motivasyon ve eylem teorisidir. Kurama göre insanlar davranışlarını sorgular, çevresiyle ve sosyokültürel faktörlerle etkileşerek davranışlarını değiştirir ve geliştirir (Bandura, 2001). Çevre, davranışlar ve bilişsel (öz yeterlik inançları vb.) veya duygusal/biyolojik etkenler gibi kişisel faktörler, “üçlü karşılıklı determinizm” olarak birbirleriyle etkileşim halinde her biri diğer faktörler tarafından şekillendirilerek öğrenme ve davranış süreçlerinde belirleyici olur (Gallagher, 2012). Sosyal biliş kuramını açıklayan kavramlar; davranışın psikolojik belirleyicileri, gözlemsel öğrenme, davranışın çevresel belirleyicileri, kişisel yeterlilik ve ahlaki çözülme olarak beş kategoride sınıflandırılabilir (McAlister vd., 2008, s. 170)

Bandura (1997)'ya göre sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını etkileyen çevresel ve sosyal faktörler, sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamalarda kullanılabilir. İnsanların olumlu sağlık davranışları göstermelerinde kişisel yeterlilik inançları (algılanan yeterlilik), sosyal bilişsel teorinin nedensel yapısında çok önemli bir düzenleyici rol üstlenir. Çünkü bu yeterlilik inancı davranışın temelidir ve kişinin eyleme geçme motivasyonunun ve duygulanımının belirleyicilerinden biridir. Ayrıca kişilerin farklı yaşam tarzı alışkanlıklarının etkilerine ilişkin sonuç beklentileri de davranışlarına etki eder. İnsanlar eylemleriyle istedikleri sonuçlara ulaşacaklarına inanmadıkları sürece eyleme geçmeye istekli olmayacaklardır (Bandura, 1998, s. 624).

Sosyal biliş kuramının sağlığın teşvikine yönelik kullanımında ise davranışın temelini oluşturan kişisel yeterlilik inançları; sağlık davranışlarını hem doğrudan etkilemekte hem de davranışla ilgili hedefler, sonuç beklentileri (keyif, heyecan, aykırı düşmeme vb.) ve eylemi kolaylaştırıcı ya da engelleyici faktörlerden dolayı olarak etkilenmektedir. Bu sürece ilişkin etkileşim Şekil 11'de gösterilmektedir (Bandura, 2004).



Şekil 11. Algılanan Öz Yeterliliğin Sağlık Davranışlarına Etkisi¹²

Sosyal biliş kuramında bireylerin bir davranışı gerçekleştirmek için kendini ne kadar yeterli hissettiği ve davranıştan beklediği sonucun sağlayacağı fayda davranışların oluşumunda önemli derecede etkisi olan unsurlardır. Bu unsurların oluşumunda da kişisel faktörler (yaş, bilişler, davranışla ilgili önceki deneyimler vb.), çevresel faktörler (kaynaklara erişim, güvenlik, aile/arkadaşlardan destek vb.) ve davranışla ilgili unsurların (davranışın gücü, davranışın uygulanması sonucunda elde edilen sonuçlar, davranışla ilgili yeterlilik, vb.) kullanımı sağlığa yönelik davranışları etkilemektedir. Örneğin sigarayı bırakmak isteyen birinin öncelikle kendinde bu yeterliliği görmesi ve sigarayı bıraktığı zaman elde edeceği faydanın yüksek olması gerekir. Aynı zamanda kişinin çevresinde gözlemediği sigara içme davranışına yönelik gösterilen olumlu/olumsuz tepkilerin kişinin sosyal hayatına olan etkileri de sigarayı bırakması ya da bırakmamasını etkileyebilecektir.

Sonuç olarak insanların bireysel sağlık davranışlarını, bu davranışları etkileyen sosyal ve fiziksel unsurları açıklayan sosyal biliş kuramı, istenilen davranış değişikliklerinin sağlanması için günümüzde farklı yaklaşımlar kullanan eylem odaklı bir teori olarak özetlenebilir.

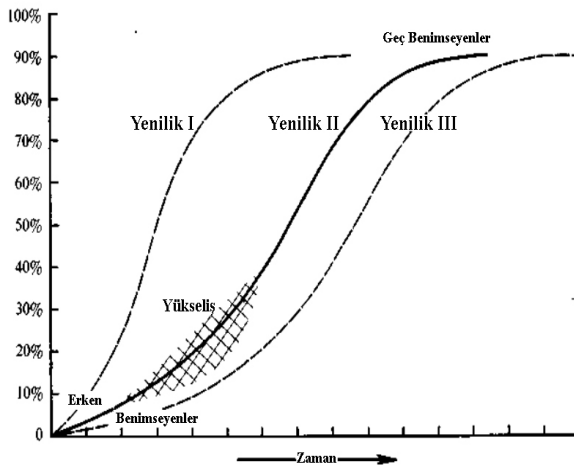
2.3.6. Yeniliklerin Yayılımı Kuramı

Temeli 1941 yılında Bryce Ryan ve Neal Gross isimli iki sosyoloğun 259 çiftçiyle hibrit mısır üretmeye nasıl karar verdiklerine yönelik yaptıkları görüşmelere dayanan yeniliklerin yayılımı kuramı, topluma sunulan yeniliklere yönelik tutumların nasıl oluştuğunu açıklamaya yönelik yapılan çeşitli çalışmaların 1962 yılında Everett M. Rogers tarafından kavramsallaştırılmasıyla ortaya çıkmıştır. Rogers yayılmayı, “bir yeniliğin belirli kanallar aracılığıyla zaman içinde bir sosyal sistemin üyeleri arasında iletildiği süreç” olarak tanımlar ve bu tanımda yer alan unsurları şöyle açıklar (Rogers, 1983, s. 1-12):

¹² Kaynak: (Bandura, 2004, s.146).

- **Yenilik:** Bireyler tarafından yeni olarak addedilen fikir, ürün, hizmet, nesne, ya da olgu
- **İletişim Kanalları:** Yeniliğin yayılımındaki iletileri taşıyan araç
- **Zaman:** Yeniliğin bireyler tarafından benimsenmesine yönelik geçen süre, yeniliğin kabul edilme hızı
- **Sosyal Sistem:** Ortak bir doğrultuda bir araya gelen ve birbiriyle ilişkili olan birimlerin oluşturduğu küme.

Kurama göre yenilik kavramı ise “birey veya başka bir benimseme birimi tarafından yeni olarak algılanan fikir, uygulama veya nesnedir.” Bir yeniliğe gösterilen tepki, yeniliğe yönelik bireyde oluşan yenilik algısıyla ilişkilidir. Dolayısıyla yenilik sadece yeni bir bilgiyi içermek zorunda değildir. Kişi bir yeniliği bir süredir biliyor olsa da henüz ona karşı olumlu ya da olumsuz bir tutum geliştirmemiş, benimsememiş ya da reddetmemiş olabilir. Bu nedenle yeniliklerin yayılımı kuramına göre bir yeniliğin “yenilik” yönü bilgi, ikna veya benimseme kararı olarak ifade edilebilir. Benimseme de bir kişinin daha önce sahip olduğundan farklı bir şey yapması anlamına gelir. Bu noktada benimsemenin gerçekleşmesi için öncelikle kişinin ilgili fikri, uygulamayı ya da nesneyi yeni veya yenilikçi olarak algılaması gerekir ve bu süreç sosyal bir sistemde aynı anda gerçekleşmez. Çoğu yeniliğin ‘s’ şeklinde bir benimseme oranı vardır ve Şekil 12’de gösterilmektedir. Ancak ‘s’lerin eğiminde yenilikten yeniliğe doğru bir değişiklik vardır. Bazı yeni fikirler nispeten hızlı bir şekilde yayılır ve ‘s-eğrisi’ dik bir şekilde oluşur. Başka bir yeniliğin benimsenme hızı daha yavaş olabilir ve ‘s-eğrisi’ nispeten daha kademeli şekilde oluşur. Yeniliklerin yayılımı kuramının temeli de bu benimseme ve yayılımın yeniliğe göre neden farklılaştığıyla ilgilidir (LaMorte, 2022; Rogers, 1983, s. 10-24)



Şekil 12. Yeniliğin Yayılma Süreci ('s' Eğrisi)¹³

13 Kaynak: (Rogers, 1983, s. 11)

Yeniliklerin yayılımı kuramında, bireylerin veya başka bir karar alma biriminin yenilikle ilgili bilgi sahibi oldukları ilk andan itibaren gerçekleşen; yeniliğe karşı bir tutum oluşturma, benimseme veya reddetme kararını verme, yeniliği uygulanma ve yenilik kararının doğrulanmasıyla ilgili süreç yenilik – karar süreci olarak ifade edilir ve bu süreç 5 aşamada gerçekleşir (Rogers, 1983, s. 20-22)

- **Bilgi:** Bireylerin veya başka bir karar verme biriminin yeniliğe dair haberdar olması ve nasıl işlediğine dair fikir edindiği aşamadır.
- **İkna:** Bireylerin veya başka bir karar verme biriminin yeniliğe karşı olumlu veya olumsuz bir tutum oluşturduğu aşamadır.
- **Karar:** Bireylerin veya başka bir karar verme biriminin yeniliği kabul etme veya reddetme seçeneklerini değerlendirdiği aşamadır.
- **Uygulama:** Bireylerin veya başka bir karar verme biriminin bir yeniliği kullandığı aşamadır.
- **Doğrulama:** Bireylerin veya başka bir karar verme biriminin halihazırda verilmiş olan bir yenilik kararının pekiştirilmesi aşamadır. Ancak yenilik hakkında çelişkili mesajlara maruz kalırsa bu durum önceki kararı tersine çevirebilir.

Yeniliklerin yayılımı kuramında açıklanan özelliklerden bir diğeri ise yeniliklerin benimsenip benimsenmeyeceğini veya ne kadar hızlı benimseneceğini etkileyen faktörlerle ilgilidir. Rogers'a göre bir yeniliğin benimsenmesini etkileyen beş ana faktör vardır ve bu faktörlerin her biri yeniliğin benimsenmesinde yeniliğin ve yeniliğin sunulduğu kitlenin özelliklerine göre farklı ölçülerde rol oynar. Bu unsurlar şunlardır (Rogers, 1983, s. 14-16):

- **Göreceli Avantaj:** Bir yeniliğin yerini aldığı fikirden daha iyi olduğunun algılanma derecesidir. Göreceli avantajın derecesi ekonomik terimlerle ölçülebilir ancak sosyal prestij faktörleri, uygunluk ve memnuniyet de bu algıyı etkileyen önemli bileşenlerdir. Bir yeniliğin çok fazla “nesnel” avantaja sahip olmasından ziyade bireyin yeniliği avantajlı olarak algılayıp algılamadığı yeniliğin benimsenmesinde daha önemlidir. Bir yeniliğin algılanan göreceli avantajı ne kadar büyükse, benimsenme hızı o kadar hızlı olur.
- **Uyumluluk:** Bir yeniliğin, yeniliğin sunulduğu bireylerin geçmiş deneyimleri ve ihtiyaçları ile tutarlı olarak algılanma ve benimsenmeye uygunluk derecesidir. Toplumun kabul ettiği değerler ve normlarla uyumlu olmayan bir yeniliğin benimsenme hızı bu değer ve normlara uyumlu bir yenilik kadar hızlı değildir. Bu nedenle eğer toplumsal değerlere ve normlara uymayan bir yenilik sunulacaksa önce toplumun bu yeniliği benimseyecek bir değer sisteminin benimsetilmesi gerekir.

- **Karmaşıklık:** Yeniliğin anlaşılmasının ve/veya kullanılmasının ne kadar zor olduğuna ilişkin algılanma düzeyidir. Bazı yenilikler, bir sosyal sistemin çoğu üyesi tarafından kolayca anlaşılırken zor ya da karmaşık gelen yenilikler daha yavaş benimsenir.
- **Denenebilirlik:** Bir yeniliğin benimsenmeden önce deneyimlenebilir olması, yenilik hakkındaki belirsizliği azaltmanın etkili bir yoludur. Bu nedenle denenebilirlik, bir yeniliğin benimsenme oranıyla olumlu bir şekilde ilişkilidir.
- **Gözlemlenebilirlik:** Bir yeniliğin ne ölçüde somut sonuçlar sağladığıyla ilgili düzey ve bu sonuçların başkaları tarafından görünür olma derecesidir. Bireyler için bir yeniliğin sonuçlarını görmek ne kadar kolaysa, benimseme olasılıkları o kadar yüksektir.

Sonuç olarak her ne kadar yeniliğin benimsenme düzeyini etkileyen unsurlar bunlarla sınırlı olmasa da genel olarak daha fazla göreceli avantaja, uyumluluğa, denenebilirliğe, gözlemlenebilirliğe ve daha az karmaşıklığa sahip olarak algılanan yenilikler, diğer yeniliklerden daha hızlı benimsenir. Dolayısıyla sunulacak değişikliklerin nitelikleri oluşturulurken bu unsurların göz önüne alınması istenilen sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırabilir.

2.4. Sağlık İletişimi Düzeyleri

Sağlık iletişimi, çeşitli sosyal bağlamlarda birçok farklı iletişim düzeyini ve kanalını inceleyen son derece geniş bir araştırma alanıdır. Bu nedenle sağlık iletişiminin düzeylerini belirgin bir şekilde sınırlandırmak oldukça güçtür. Ancak alanyazın incelendiğinde sağlık iletişiminin düzeyleri genellikle iletişimin gerçekleştiği düzeyler olan (Dimbleby ve Burton, 1998, s. 7-8); bireysel düzey, kişilerarası düzey, grup düzeyi ve toplumsal düzeyde açıklandığı görülmektedir.

Genel iletişim düzeyleri sağlık iletişimi açısından ele alındığında (Bulduklu ve Koçak, 2010; Kreps, 1985; Okay, 2016; Rosengren, 2000; Schiavo, 2007; Street ve Epstein 2008; Tabak, 2006; Thompson, 2014); sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme, sağlığa yönelik kararlar alma ve sağlık davranışları geliştirmeyle ilgili konuların **bireysel düzey**deki sağlık iletişiminin içeriğini oluşturduğu söylenebilir. **Kişilerarası düzey** ise sağlık iletişiminin üzerinde en çok durulan boyutlarından birini oluşturmaktadır. Çünkü sağlık iletişimi alanında yapılan çalışmaların odak noktalarından hasta–hekim iletişimi, kişilerarası düzeyde gerçekleşen iletişim konularıyla açıklanmaktadır. **Grup düzeyinde** iletişim kendi içerisinde birincil ve ikincil gruplar olarak ayrışmakta; aile, arkadaş veya akraba gibi topluluklar birincil gruplar olarak ele alınırken, bireyin iş ortamı gibi daha çok belirli bir amaç doğrultusunda dahil olduğu gruplar ikincil gruplar olarak ifade edilmektedir (Bulduklu ve Koçak, 2010, s. 72). Sağlık iletişimi

açısından grup düzeyinde iletişim farklı yapılarla ele alınmakla birlikte özellikle sağlık iletişimi kampanyalarında belirlenen hedef kitlelere yönelik yürütülen iletişim süreçlerini kapsadığı söylenebilir (Okay, 2016, s. 61-63). Son olarak **toplumsal düzeyde** iletişimin sağlık iletişimi açısından karşılığı, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik faaliyetler başta olmak üzere hem sağlıkla ilgili genel konularda hem de toplumu ilgilendiren fakat daha spesifik olan sağlık konularında farkındalık oluşturmak, temel sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasını sağlayarak toplumun sağlık okuryazarlığını yükseltmeyi amaçlayan iletişim süreçlerini kapsadığı ifade edilebilir.

Sağlık iletişimi düzeyleri; verilmek istenen sağlık mesajlarının bireylere, gruplara ya da topluma hangi kanallar ya da araçlarla iletilmesi gerektiğine yönelik sürecin etkinliğinin sağlanabilmesi için önem arz eder. Bu doğrultuda planlanan davranış değişikliklerinin başarılı olabilmesi için iletilen mesajların alıcılar tarafından anlaşılması da sağlık iletişimi düzeylerini ilgilendiren bir diğer konudur. Bir sağlık iletişimi programı ne kadar çok seviyeyi etkileyebilirse, istenen değişikliği yaratma ve sürdürme olasılığı da o kadar artar. Bununla birlikte sağlık iletişimi her ne kadar tek başına yoksulluk, çevresel bozulma veya sağlık hizmetlerine erişim eksikliği gibi sağlıkla ilgili sistemik sorunların çözümünde yeterli olmasa da planlı ve kapsamlı bir şekilde yürütülecek sağlık iletişimi programları, sağlığa katkıda bulunan tüm faktörleri etkilemek için kullanılabilir. İyi tasarlanmış sağlık iletişimi faaliyetleri; bireylerin, grupların ya da toplumun sağlık ihtiyaçlarının anlaşılmasına yardımcı olabilir (Thomas, 2006, s. 3).

Sağlık iletişimi çalışmalarında en çok öne çıkan düzeyler kişilerarası iletişim ve kitle iletişim düzeyleridir (Ratzan, 1996, s. 28). Bu iki düzeyin içinde ise kişilerarası iletişim üzerinde en çok durulan sağlık iletişimi konularından biri olduğu söylenebilir. Kişilerarası iletişim genel olarak iki veya daha fazla kişi arasındaki yüz yüze iletişime odaklanır. Sağlık iletişimindeki literatürün çoğu hasta-sağlık profesyoneli ilişkisini inceleyerek sağlık iletişimini kişilerarası düzeyde ele almaktadır. Sağlık iletişimi çalışmalarında öne çıkan diğer iletişim düzeyi olan kitle iletişimi ise sağlıkla ilgili mesajların etkili bir şekilde topluma yayılmasına odaklanır ve sağlığın teşviki, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi gibi sağlık konularında bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenmelerine yardımcı olur (Ratzan, 1996). Öyle ki ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC), sağlık iletişimini “bireylerin ve toplulukların sağlığını geliştirmek için tüketici araştırmalarına dayalı mesajların ve stratejilerin hazırlanması ve iletilmesi” olarak tanımlamaktadır (Roper, 1993, s. 181). Bu açıdan kitlesel düzeydeki sağlık iletişimi uygulamalarının, sağlığa yönelik konularda toplumun duyarlılığını artırmayı ve temel sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasını hedeflediği söylenebilir.

Alan yazında her ne kadar sağlık iletişimi düzeyleri genel iletişim düzeyleriyle birlikte ele alınsa da bu yaklaşımın sağlık iletişimi çalışmalarını sınırlandırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü sağlık iletişimi, genel iletişim düzeylerinin dışında da gerçekleşebilir. Sağlık iletişimi alanında önemli çalışmalardan biri olan “Encyclopedia of Health Communication” kitabında bu durum sağlık eşitsizliklerinin giderilmesiyle ilgili bölümde sağlık iletişimi düzeylerinin birden fazla seviyeyi, kanalı ve düzenlemeyi içeren beş türünden bahsedilmektedir. Bunlar (Thompson, 2014, s. 593-595); sağlık hizmeti sunumunda sağlık iletişimi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sağlık iletişimi, sağlık riski iletişiminde sağlık iletişimi, yeni bilgi teknolojileri ve sağlık iletişimiyle sağlık bakım sistemleri ve sağlık iletişimi olarak açıklanmaktadır.

Sağlık iletişimi öz bakım süreçleriyle başlayan ve kişinin yaşamı boyunca sağlıkla ilgili bireysel farkındalığını etkileyen, toplum sağlığının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili davranış değişikliklerinin oluşturulması, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi gibi pek çok sağlık konusunda son derece önemlidir. Bu nedenle yürütülen tüm sağlık iletişimi çalışmalarında iletişim düzeylerinin göz önünde bulundurulması; sağlık iletişimiyle ilgili konuların planlanması, yürütülmesi ve gerekli koordinasyonun sağlanmasını kolaylaştırarak istenilen sonuçlara ulaşmayı daha etkin ve verimli bir hale getirebilir.

2.5. Sağlık İletişimi Kampanyaları

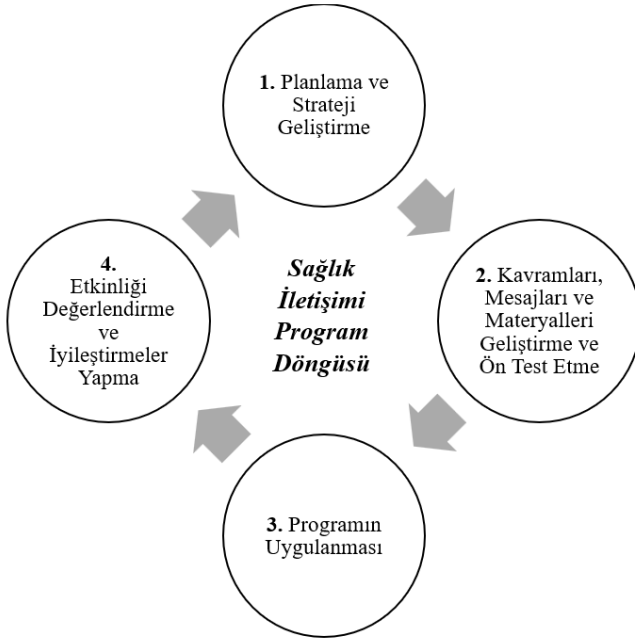
Sağlık iletişimi, çeşitli sosyal bağlamlarda birçok farklı iletişim düzeyini ve kanalını inceleyen son derece geniş bir araştırma alanıdır (Kreps vd., 1998b). Bu doğrultuda sağlık iletişimi kampanyaları, özellikle toplum sağlığına yönelik farklı amaçlar doğrultusunda önceden belirlenen bir plana göre sistematik olarak yürütülen ve çeşitli iletişim yöntemlerin kullanıldığı faaliyetler olarak tanımlanabilir. Rogers ve Storey (1987) tarafından “nispeten çok sayıda bireyde, genellikle belirli bir süre içinde ve organize bir dizi iletişim etkinliği yoluyla belirli sonuçlar veya etkiler üretmeyi amaçlayan” bir müdahale olarak tanımlanan sağlık iletişimi kampanyalarının sosyal bir eylem olduğu ve birden fazla işlev içerdiği görülmektedir.

Sağlık iletişimi kampanyalarının ilk örneklerini, 1700’lü yıllarda ABD’de insanların çiçek aşısı olmasıyla ilgili ikna edilmesi ve alkol tüketiminin azaltılmasına yönelik uygulanan kampanyalar oluşturmaktadır (Okay, 2020). Özellikle 1900’lü yıllardan sonra daha fazla önem kazanmaya başlayan sağlık iletişimi kampanyaları, günümüzde; bireysel, sosyal, çevresel, ekonomik ve politik faktörlerden kaynaklanan çok yönlü sağlık sorunlarının ele alındığı bir uygulama alanına dönüşmüştür. Genel olarak insanların sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmeye odaklanan sağlık iletişimi kampanyaları, farklı

düzeylerdeki hedef kitlelere yönelik iletişim çabalarını içerir. Bu hedef kitleler birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde bir dizi değişimin sağlanması ve sürdürülmesini amaçlar (Institute of Medicine, 2002).

Öte yandan sağlık iletişimi kampanyaları genellikle sağlık eğitimi çalışmaları ve sosyal pazarlama programları ile birlikte de ele alınmaktadır. Ancak sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik uygulamalar her ne kadar bu kavramların genel çerçevesi bakımından iç içe geçmiş olsa da önemli farklılıklara sahiptir. Sağlık eğitimi çalışmaları genellikle kitle iletişim araçları kullanılmadan, tamamen kurumsal veya klinik ortamlarda gerçekleştirilen eğitim çalışmalarıdır. Sosyal pazarlama programları ise genellikle sağlık davranışı değişikliğini teşvik etmek için iletişim stratejilerinin ötesinde pazarlama taktiklerini içermektedir. Buna karşın sağlık iletişimi kampanyaları, sağlık eğitimi ve sosyal pazarlamada destekleyici bir rol oynayan ve bazen bunları da içeren ancak bunlardan daha kapsamlı, toplumun büyük bir kesimine yönelik olarak gerçekleştirilen bir dizi iletişim aktiviteleridir (Zhao, 2020).

Sağlık iletişimi kampanyalarının nasıl yürütüldüğüne yönelik süreçler incelendiğinde temelde sağlık iletişimi süreçleriyle birlikte ele alındığı görülmekte ve pek çok kaynakta Thomas'ın (2006) sağlık iletişimi sürecini açıklamak için kullandığı; planlama, geliştirme, uygulama ve değerlendirme aşamaları, sağlık iletişimi kampanyalarında da temel aşamalar olarak belirtilmektedir. Amerikan Ulusal Kanseri Enstitüsü (National Cancer Institute, 2014) ise sağlık iletişimi programlarının planlanması ve geliştirilmesi için süreci dört aşamaya ayırmıştır. Bunlar; (I) "Planlama ve Strateji Geliştirme", (II) "Kavramların, Mesajların ve Materyallerin Geliştirilmesi ve Önceden Test Edilmesi", (III) "Programın Uygulanması", (IV) "Etkinliği Değerlendirme ve İyileştirmeler Yapma" aşamalarıdır. Şekil 13'de gösterildiği üzere bu aşamalar; sürekli bir planlama, uygulama ve iyileştirme döngüsü boyunca ilerlediği, son aşamanın ilk aşamaya geri besleme yaptığı dairesel bir süreçten oluşmaktadır.



Şekil 13. Sağlık İletişimi Program Döngüsü¹⁴

Sağlık iletişimi kampanyalarının sürecinin açıklanmasına yönelik yapılan bir diğer çalışma, “Toronto Üniversitesi Sağlığı Geliştirme Merkezi Sağlık İletişimi Birimi” tarafından 2007 yılında hazırlanmış olup “Sağlık İletişimi Eylem Adımları” başlığında 12 aşamada açıklanmaktadır. Bu aşamalar ise şunlardır (The Health Communication Unit, 2007, s.3):

- 1. Aşama:** Başlangıç
- 2. Aşama:** Sağlığı Geliştirme Stratejilerinin Gözden Geçirilmesi
- 3. Aşama:** Hedef Kitle Analizi ve Bölümlendirilmesi
- 4. Aşama:** İletişim Kaynakları Envanterlerinin Geliştirilmesi
- 5. Aşama:** İletişim Hedeflerinin Belirlenmesi
- 6. Aşama:** Kampanyada Kullanılacak İletişim Araçlarının ve Kanalların Seçilmesi
- 7. Aşama:** İletişim Faaliyetlerinin Birleştirilmesi ve Sıraya Konulması
- 8. Aşama:** Mesaj Stratejilerinin Geliştirilmesi
- 9. Aşama:** İletişim Kampanyasının Proje Kimliğinin Geliştirilmesi
- 10. Aşama:** Kampanyada Kullanılacak Materyallerin Geliştirilmesi
- 11. Aşama:** Kampanyanın Uygulanması
- 12. Aşama:** Kampanyanın Tamamlanması

¹⁴ **Kaynak:** (National Cancer Institute, 2014 s. 11)

Planlanan sağlık iletişimi kampanyalarının başarıyla sonuçlandırılması için öncelikle kampanyayla ulaşılmak istenen hedeflere ilişkin bir kavramsal analiz yapılarak, kampanya sürecinde kullanılacak stratejilerin ve iletişim araçlarının etki edeceği davranışsal durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (Berger vd., 2010, s. 426). Her ne kadar araştırmacılar sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik süreçleri farklı şekillerde ifade etseler de açıklanan süreçlerde ortak olan noktalar; planlama, strateji geliştirme, uygulama ve değerlendirme aşamalarıdır.

Sağlık iletişimi ile ilgili olarak bugün Dünya’da ve Türkiye’de çok farklı çalışmaların gerçekleştirildiği bilinmektedir. Bunlara örnek olarak öncelikle Türkiye dışındaki örnekler üzerinde durulacak olursa, ABD’de gerçekleştirilen “Uykuya Dön” (Back to Sleep), “Gerçek Maliyet” (The Real Cost) ve “Ulusal Gençlik Uyuşturucuyla Mücadele” (National Youth Anti-Drug) kampanyaları belirtilebilir (Resim 1).



Resim 1. ABD’de Yürütülen Bazı Sağlık İletişimi Kampanyalarına Ait Görseller

“Uykuya Dön” (Back to Sleep) kampanyası 1994 yılında, beşik ölümü olarak da bilinen ani bebek ölümü sendromunu (SIDS) azaltmak için başlatılmıştır. Kampanya ile ebeveynleri, aile üyelerini, çocuk bakımı sağlayıcılarını, sağlık profesyonellerini ve bebeklerin diğer tüm bakıcılarını SIDS riskini azaltmanın yolları, özellikle de bebekleri sırtüstü yatırmanın önemi konusunda eğitmek amaçlanmıştır. Bu amaçla televizyon, radyo, kamu spotları ve posta gönderimi gibi araçlar kullanılmıştır. Kampanya sonrasında yüzüstü pozisyonda uyumaya yerleştirilen bebeklerin yüzdesinin %70’ten %11,3’e düştüğü, SIDS’e bağlı ölüm insidansının 1000 canlı doğumda 1.2’den 0,57’ye düştüğü tespit edilmiştir (American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2005).

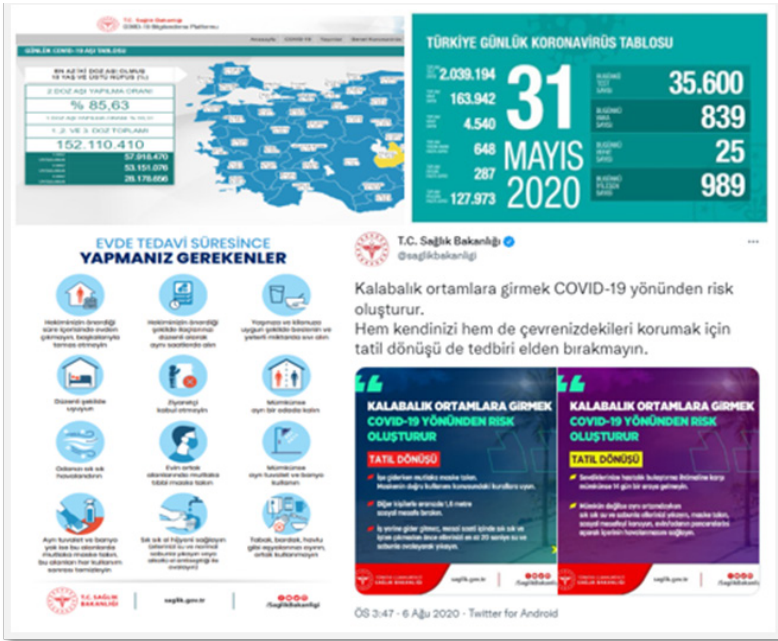
“Gerçek Maliyet” (The Real Cost) kampanyası Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından yürütülen ve gençler arasında sigara kullanımının önlenmesini amaçlayan bir sağlık iletişimi kampanyasıdır. 2014 yılında başlatılan kampanyada ulusal televizyonlar, ev dışı ekranlar, radyo, sosyal medya, internet, mobil oyunlar, sinemalar ve dergiler gibi çok çeşitli

iletişim araçları kullanılmıştır. Kampanya sonucundaki ilk iki yılda 587.000 gencin sigara içmeye başlamasının engellendiği tespit edilmiştir (Duke vd. 2019).

“Ulusal Gençlik Uyuşturucuyla Mücadele Medya Kampanyası” (National Youth Anti-Drug Media Campaign) kampanyası ise ABD’deki en pahalı sağlık iletişimi kampanyalarından birisidir. ABD Kongresi, 1998 ve 2004 yılları arasında, yasadışı uyuşturucuyu azaltmayı amaçlayan kampanya için yaklaşık 1 milyar dolar ayırmıştır. Kampanya reklamları; internet siteleri, televizyonlar, dergiler, radyo ve sinema salonları gibi çok çeşitli araçlarda yayınlanmıştır. Ancak yoğun yatırımlara ve dikkatli planlamaya rağmen, kampanya gençler arasında beklenen sonuçları üretememiş ve kampanyaların başarısız da olabileceği dersi alınmıştır (Hornik vd. 2008).

Türkiye’den örnekler incelendiğinde ise öncelikle son yıllarda yürütülen en büyük sağlık iletişimi kampanyası olan “COVID-19 Sağlık İletişim Kampanyası” üzerinde durmak yerinde olacaktır. Kampanya, tüm dünyada COVID-19 pandemisinin ilan edilmesinin ardından Türkiye’de halkı bilinçlendirmek amacıyla 2020 yılı mart ayı içerisinde başlamış ve 2023 yılının ocak ayında halen devam etmektedir. Bu kapsamda; “COVID-19 Bilgilendirme Sayfası” adlı bir internet sayfası (covid19.saglik.gov.tr), afişler, broşürler, sokak ilanları, yazılı ve görsel basın ilanları, kamu spotları, sosyal medya paylaşımları gibi pek çok iletişim faaliyeti yürütülmüştür. Hatta Sağlık Bakanı her gün doğrudan sosyal medya hesabından ve zaman zaman farklı medya iletişim araçlarından hastalığın seyri hakkında bilgilendirmeler yapmıştır. Kampanya mesajlarında hastalık hakkında doğru bilgilerin sunulması amaçlanmış, ayrıca bunun yanında maske, mesafe ve hijyen gibi önlemlere uyulmaması durumunda kişilerin hastalanarak yoğun bakıma alınacakları ve yaşayacakları zorluklar gösterilerek toplum bilinçlendirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca “Evde Kal” çağrısı yapılarak hastalığın bulaşıcılığı engellenmeye çalışılmıştır (Resim 2, Resim 3).

Ayrıca Türkiye’de yürütülen kapsamlı sağlık iletişimi kampanyalarından bir diğeri olarak “Çemberin Dışında Kal!” adlı sağlık iletişimi kampanyasını belirtmek mümkündür. 2020 yılı Kasım ayı içerisinde başlatılan kampanyada, tüm dünyada diyabetin sembolü olarak kabul edilen mavi çember kullanılarak diyabet hastalığı ve korunma yolları vurgulanmıştır. Bu tarihlerde yaşanmakta olan COVID-19 nedeniyle saha çalışması veya yüz yüze iletişim gerektiren diğer organizasyonlar yapılamasa da bilgilendirici materyaller ve dijital platformlar kullanılarak hedef kitle olan topluma ulaşılmaya çalışılmıştır (SGGM, 2022a).



Resim 2. COVID-19'a Yönelik Sağlık İletişimi Örnek Kampanya Görselleri-1



Resim 3. COVID-19'a Yönelik Sağlık İletişimi Örnek Kampanya Görselleri-2

Ülkemizde yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik süreçlerin büyük çoğunluğu T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmekte ve uygulanmaktadır. Sivil toplum kuruluşları da gerek halk sağlığı konularında gerekse daha spesifik sağlık konularında sağlık iletişimi kampanyaları düzenlemekte veya mevcut kampanyaları destekleyici faaliyetlere katılmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının yürüttüğü sağlık iletişimi kampanyalarında ise genellikle sponsorluk ve sosyal sorumluluk projeleri gibi halkla ilişkiler araçları kullanılmakta, ilaç firmaları ise yasal olarak izin verilen ölçülerde bazı kampanyalarda yer alabilmektedir.

2002 yılından itibaren uygulanmaya başlanılan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”yle ülkemizde yürütülen sağlık iletişimi kampanyaları yeni medya teknolojileriyle birlikte günümüzde çok daha profesyonel bir şekilde yürütülmekte olup özellikle “Kamu Spotu” uygulamalarıyla ulusal medya etkin bir şekilde kullanılmaktadır. “Dumansız Hava Sahası” “Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele”, “Yaşama Yol Ver”, “Her Gün 10 Bin Adım”, “Organ Bağışı”, “Bebeğimi Seviyorum Sağlıklı Besleniyorum”, “ALO 182”, “Okul Sütü”, “Sevgi En İyi İlaçtır”, “Obeziteyle Mücadele Hareketi”, “Aile Hekimliği Tanıtımı” ve “Evde Sağlık Hizmetleri” gibi pek çok sağlık iletişimi kampanyası ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüş olan çalışmalarından bazılarıdır (SGGM, 2022b)

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’nün internet sitesinde yer alan kampanya bilgileri kullanılarak Tablo 2’de T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü kampanya bilgileri ve görselleri aktarılmıştır.

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Tarafından Yürütülen Sağlık İletişimi Kampanyaları

KAMPANYA ADI	ÖRNEK GÖRSELLER
<p>Dumansız Hava Sahası (2008)</p>	

**Tütün ve
Sigarayla
Mücadele
Kampanyası
(2008)**



**El Yıkama
Kampanyası
(2010)**



**Aşı Kampanyası
(2012)**



H1N1 Pandemi Bilgilendirme Kampanyası (2012)



Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası (2012)



Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası (2012)



Aile Hekimliği
Tanıtım
Kampanyası
(2012)



Organ Bağış
Kampanyası
(2013)



Kızılay Kan Bağış
Kampanyası
(2013)



Bebeğimi
Seviyorum Sağlıklı
Besleniyorum
(2013)



Okul Sütü
Kampanyası
(2013)



Sevgi En İyi İlaçtır
(2013)



Sağlıklı Yaşam
ve Hareket Yılı
(2014)



Yaşama Yol Ver
(2015)



Akılcı Antibiyotik
Kullanımı (2017)



Her Gün 10 Bin Adım (2017)



Çemberin Dışında Kal! (2020)



Bağımlılık ile Mücadele Çalışmaları (2020)



Kaynak: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-3961/kampanyalar.html>

2.6. Mobil Sağlık İletişimi ve Mobil Sağlık İletişimi Kampanyaları

Genel olarak hem mobil sağlık alanında hem de sağlık iletişimi disipliniinde ele alınan bir kavram olan mobil sağlık iletişimi; sağlık hizmetleri sunucuları ve sağlık hizmeti kullanıcıları arasında mobil cihazlar aracılığıyla gerçekleşen iletişimini ifade eden bir kavram olarak tanımlanabilir. Bu iletişim; koruma, teşhis, tedavi, izleme ve rehabilitasyon gibi birçok farklı sağlık hizmeti süreçlerinde kullanılan mobil teknolojiler ve uygulamalar yoluyla gerçekleştirilir. Mobil sağlık iletişimi; sağlık hizmeti kullanıcılarının tıbbi

cihazlarını ve sağlık durumlarını takip etmelerine, sağlık hizmeti sunucularının hastalarla iletişim kurmalarına, sağlık hizmetlerinin yönetilmesine ve sağlık hizmetlerinin genel erişimine yardımcı olmak için kullanılabilir.

Mobil sağlık iletişimi, günümüzdeki haliyle, teknolojinin hızlı gelişimi ve mobil cihazların yaygınlaşmasıyla ortaya çıkmıştır. Ancak mobil sağlık iletişimi fikri, aslında uzun bir tarihe sahiptir. 1960'larda, NASA, astronotların uzayda tıbbi durumlarını izlemek ve yönetmek için telemetri teknolojisini kullanmış ve bu teknoloji, uzaktan tıbbi izleme için ilk örneklerden biri olmuştur (Beals ve Fletcher, 2000:40). 1990'larda, bazı sağlık kuruluşları, hastaların sağlık durumlarını takip etmek için telefon hatları ve faks makinelerini kullanmaya başlamışlardır. Bu yöntemler, hastaların uzaktan izlenmesini ve sağlık hizmeti sunucularının hastalarla iletişim kurmasını sağlarken 2000'li yılların başından itibaren kablosuz ağlar ve cep telefonları gibi mobil cihaz teknolojileri, mobil sağlık iletişimi için yeni fırsatlar sunmuş ve ilk mobil sağlık uygulamaları genellikle kısa mesaj servisleri aracılığıyla hastaların hatırlatıcı mesajlar almasını sağlamak veya sağlık hizmeti sunucularına mesaj göndermek gibi işlevlerde kullanılmaya başlamıştır (Mosa vd., 2012). Günümüzde ise, mobil sağlık iletişimi teknolojileri; internet, kablosuz ağlar, akıllı telefonlar, tabletler, giyilebilir cihazlar ve sensörler gibi daha gelişmiş teknolojilerle birlikte kullanılmakta ve bu teknolojiler sayesinde sağlık hizmeti sunucuları, hastaların sağlık durumlarını gerçek zamanlı olarak izleyerek ve tıbbi cihazları uzaktan kontrol ederek hastalarla daha etkili bir şekilde iletişim kurabilmektedir (WHO, 2011).

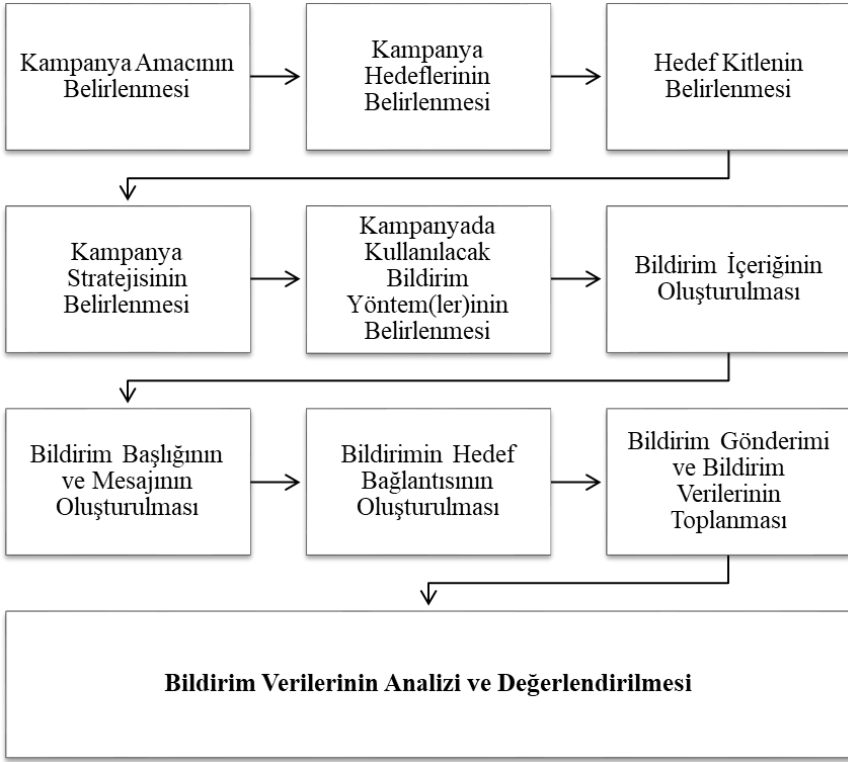
Mobil sağlık iletişiminin günümüzdeki önemli kullanım alanlarından biri de mobil sağlık uygulamalarıdır. Mobil sağlık uygulamaları gerek genel sağlık konularında gerekse spesifik sağlık konularında pek çok sağlık hizmeti sürecinde daha etkili ve verimli sağlık çıktıları elde edilmesini kolaylaştırmak amacıyla giderek yaygınlaşan bir şekilde kullanılmaktadır. Bu doğrultuda sağlık iletişimi kampanyalarının da mobil uygulamalar aracılığıyla yürütülmesi veya sağlık iletişimi kampanyalarının mobil uygulamalar aracılığıyla desteklenmesi, kampanyaların istenilen sonuçlara ulaşmasını kolaylaştırabilmektedir.

Sağlık iletişimi kampanyaları, insanların sağlıkları ve yaşam tarzları ile ilgili davranışlarını etkilemeyi amaçlamakta ve iletilmek istenen mesajların hedef kitleye ulaştırılması farklı araçlarla gerçekleştirilebilir. Başarılı bir sağlık iletişimi kampanyasında izlenebilecek farklı stratejiler olduğu gibi bu stratejilere uygun araçların kullanılması da kampanyanın başarısında oldukça önemli bir husustur. Günümüzde teknolojik gelişmelerin sağladığı yenilikler iletişim araçlarında da karşılık bulmuş ve akıllı mobil cihazlar günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Dolayısıyla sağlık iletişimi kampanyalarında mobil cihazların kullanılmasının, hedef kitleye daha az maliyetle daha hızlı erişim imkânı sağlayacağı söylenebilir.

Sağlık iletişimi kampanyalarının amaçları göz önünde bulundurulduğunda genellikle kitlesel düzeyde uygulandığı görülmektedir. Özellikle ülkemizde yürütülen sağlık iletişimi kampanyaları yaygın olarak resmi sağlık otoritesi tarafından planlanmakta ve kullanılan araç çeşitli kitle iletişim araçlarından sunulan ‘Kamu Spotları’ olmaktadır. Bu noktada mobil uygulamalar çok yönlü içeriklerin sunulabilmesi, hedef kitlenin ayrıntılı olarak bölümlendirilebilmesi ve yaygın erişim imkânı sağlaması gibi nedenlerle iletilmek istenen mesajların ulaştırılmasında son derece etkili olabilirler. Mobil sağlık uygulamalarının, gerek bireysel düzeyde olumlu sağlık davranışlarının benimsetilmesinde gerekse halk sağlığı konularına toplumsal katılımı arttırmada önemli bir potansiyele sahip oldukları aşikârdır.

Mobil sağlık iletişimi kampanyaları, planlı bir sağlık iletişimi sürecinin mobil cihazlar/uygulama(lar) üzerinden yürütülmesidir. Mobil sağlık iletişimi kampanyalarında, hedef kitleye iletilmek istenen mesajlar kampanyanın stratejilerine göre tek yönlü ya da farklı düzeylerde etkileşimli olarak mobil cihazlar/uygulama(lar) aracılığıyla sunulur. Sağlık iletişimi kampanyalarında olduğu gibi mobil sağlık iletişimi kampanyaları da belirli bir süreç dahilinde gerçekleştirilmelidir. İhtiyaç duyulan alanlardaki önceliklerin belirlenmesinin ardından yapılacak planlamayla kampanyanın hedeflerine uygun stratejiler geliştirilmeli ve kampanya sürecinde sunulacak sağlık iletişimi mesajları mobil uygulama üzerinden hedef kitleye sunulmalıdır. Her ne kadar mobil sağlık iletişimi kampanya süreci; kampanyanın içeriğine, hedef kitlenin özelliklerine veya kullanılan mobil uygulamanın kapsamına göre farklılık gösterse de genel hatlarıyla bir mobil sağlık iletişimi kampanya süreci Şekil 14’deki adımlar izlenerek yürütülebilir.

Mobil sağlık iletişimi kampanyalarını geleneksel sağlık iletişimi kampanyalarından farklı kılan en önemli özelliklerden biri mobil bildirimler aracılığıyla kullanıcının uygulamayı kullanma ve dolayısıyla sunulan kampanya mesajına ulaşma motivasyonunun arttırılabilmesidir. Çünkü pek çok mobil uygulama, bildirim izinlerinin verilmesi durumunda kullanıcılara sesli ve görsel olarak anlık ileti sunabilmektedir. Normal şartlar altında bir mobil uygulama kullanıcısı, bildirim izni verdiği uygulamadan ileti aldığı anda uygulamanın ikonunda beliren bildirim uyarısını görüntüleme eğilimindedir. Dolayısıyla mobil sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitleye iletilecek mesajların mobil bildirimlerle sunulabilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca uygulamadan sunulan içeriklerin oyunlaştırılması (görev verme, rozet kazandırma, puan toplama, liderlik gibi) kampanyanın hedeflerine ulaşmasında oldukça önemli bir avantaj sağlayabilir.



Şekil 14. Mobil Sağlık İletişimi Kampanyası Uygulama Süreci

Yapılan alan yazın incelemesinde doğrudan ‘mobil sağlık iletişimi kampanyası’ kavramına rastlanılmasa da pek çok çalışmada ‘mobil sağlık iletişimi’ kavramından bahsedilmekte ve sağlık iletişimi mesajlarının iletilmesinde mobil cihazların kullanıldığı bilinmektedir. Mobil cihazların bir sağlık iletişimi aracı olarak kullanılmaya başlanmasında SMS teknolojisinin önemli bir payının olduğu da göz ardı edilmemelidir. Örneğin 2004 yılında İspanya’da yürütülen bir çalışmada, aşılama oranlarının artırılması ve bir sonraki aşı dozlarının hatırlatılmasında hedef kitleye kısa mesajların gönderildiği bir kampanya yürütülmüş ve kontrol grubuna göre aşılama oranlarının yükseldiği bildirilmiştir (Vilella vd., 2004). Japonya’da yapılan başka bir çalışmada vücut ağırlığının azaltılmasıyla ilgili farkındalık oluşturmak için hedef kitleye 4 ay boyunca SMS bilgilendirmeleri yapılmış ve bilgilendirme yapılan hedef kitlenin %46’sının vücut ağırlığında azalma eğilimi görülmüştür (Kubota vd., 2004). ABD’de kısa mesaj teknolojisiyle desteklenen ve sigarayla mücadele kapsamında yürütülen bir kampanyada ise 6 haftalık takipte katılımcıların %43’ünün en az bir kere sigarayı bırakma girişiminde bulunduğu ve %22’sinin 7 gün kriterine göre sigarayı bıraktığı sonucuna ulaşılmıştır (Obermayer vd., 2004).

Mobil teknolojilerin gelişimiyle günümüzde yaygın şekilde kullanılan akıllı cihazların ve akıllı cihazlarda kullanılan mobil uygulamaların sağlığı geliştirme amaçlı kullanılabilirliğine yönelik potansiyelin oldukça büyük olduğu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu kapsamda sağlık iletişimi kampanyalarının mobil cihazlar aracılığıyla desteklenmesi, çevrimiçi teknolojilerin yüksek kullanılabilirliği ve düşük maliyeti göz önüne alındığında, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına önemli katkılar sağlayabilecektir.

2.7. Sağlık İletişimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimine yönelik yapılan tanımlamalar birlikte incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişiminin temelde iç içe geçmiş bir özellik gösterdiği dikkat çekmektedir. Zira yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için etkili bir sağlık iletişimine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık iletişiminin etkin bir biçimde sağlanabilmesi için ise sağlık okuryazarlığının en azından belli bir düzeyde geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Nitekim Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığını sağlık iletişimi ve sağlık eğitimi yoluyla inşa edilecek ve ulaşılabilecek bir varlık olarak tanımlamıştır ve sağlık okuryazarlığı tüm sağlık iletişimi sürecinin bir bileşeni ve bir sonucu olarak nitelendirmiştir. Buna paralel olarak da ABD’de sağlık okuryazarlığı etkili bir sağlık iletişimi stratejisi olarak tanımlanmıştır (Ishikawa ve Kiuchi, 2010).

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi arasındaki ilişki daha detaylı olarak incelenecek olursa sağlık iletişiminin başarıya ulaşabilmesinde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının belirlenmesi istenilen sağlık sonuçlarına ulaşmada büyük bir önem arz etmektedir. Çünkü iletişim hangi yönde ve düzeyde olursa olsun, sağlık profesyonelleri tarafından verilen mesajların karşı tarafın anlayabileceği şekilde kodlanmasını gerektirmekte ve bu noktada sağlık okuryazarlığı önem kazanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması hasta – hekim ilişkisinde etkili bir iletişim gerçekleşmesinde, verilen tedavi planına uygun davranılmasında ve hekimin talimatlarının yerine getirilmesinde engel teşkil etmektedir (Yılmaz, 2016).

Sağlık okuryazarlığı açısından bakıldığında ise önemli noktalardan birisi kazandırılmak istenen bilgi, beceri ve motivasyonun hedef kitlenin bilgi gereksinimlerini karşılayacak içerik ve biçimde ve onların anlayabileceği şekilde aktarılmasıdır. Bu noktada da sağlık iletişimi devreye girmektedir. Örneğin hekimlerin tıbbi bilgilendirmeleri hastaların anlayabileceği şekilde günlük terimlerle açıklamaları hekim ile hasta arasında iletişim sorunu yaşanmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilebilmesi için hekimlerin iyi iletişim becerilerine sahip olması, iyi klinik becerilerine sahip olmaları kadar önemlidir (Sezgin, 2013).

III. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık sektörü, sürekli olarak gelişen teknolojik değişimlere giderek daha fazla entegre olmakta ve bu durum sağlık hizmetlerinin yapısının yeniden ele alınması gerekliliğini de beraberinde getirmektedir. Yaşanan teknolojik gelişmelerin etkisiyle insanların tüketim alışkanlıkları değişmekte; yeme-içme davranışları, ihtiyaç ve beklentileri, yaşam koşulları gibi pek çok sosyal konuda yeni davranış biçimleri ortaya çıkmaktadır. Bu davranışlardan biri olarak ele alınabilecek olan sağlık davranışları arasında bireylerin kendi sağlığıyla ilgili bilerek ya da bilmeyerek yaptığı veya yapmaktan kaçındığı davranışlar yer alır. Öyle ki sağlık okuryazarlığı kavramı açıklanırken, bireysel sağlık davranışlarının temel belirleyicileri arasında sağlığa yönelik bilgileri okuma, anlama, uygulama ve değerlendirme (Sørensen vd., 2012, s. 3) gibi yetkinliklerin yer aldığı görülmektedir.

Günümüz iletişim teknolojileri ile çok daha etkin bir şekilde kullanılabilir hale gelen sosyal medya ve mobil uygulamaların insanların hayatında önemli bir yer teşkil ettiği görülmektedir. Bu nedenle sosyal medya ve mobil cihazlar kullanılarak yürütülecek sağlık iletişimi kampanyaları ile insanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri geliştirilebilir ve mobil bildirimler aracılığıyla olumlu sağlık davranışlarına yönelik motivasyonlarının sağlanabileceği düşünülebilir.

Bu düşüncelerden yola çıkarak araştırmanın temel amacı, insanların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek ve olumlu sağlık davranışını motivasyonlarını sağlamak için sağlık iletişimi çerçevesinde mobil uygulamaların kullanılabilirliğini ve etkilerini ortaya koyarak alanda yapılacak diğer çalışmalara kaynak teşkil etmektir. Bu doğrultuda mobil cihazlar

aracılığıyla yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarının ve mobil cihazlardan gönderilen bildirimlerin, mobil sağlık uygulamalarının kullanımına ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine olan etkilerini ortaya konulmuştur. Mobil uygulamalar aracılığıyla kullanıcılara planlı sağlık iletişimi kampanyaları sunarak ve mobil bildirimler göndererek insanların sağlıkla ilgili konularda doğru bilgiye yönlendirilebilmelerine ilişkin çıkarımlar yapmak, araştırma kapsamında geliştirilen mobil uygulama ile kullanıcıların sağlık alanında bilgi sağlayan bir mobil uygulamayı nasıl kullandıkları ve nasıl değerlendirdiklerine yönelik bulguları ortaya koymak da araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmanın kavramsal çerçevesi literatür taraması yöntemiyle oluşturularak, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi konuları ile ilgili temel bilgiler birinci ve ikinci bölümde aktarılmıştır. Çalışmanın uygulama bölümünde ise başlangıçta yarı deneysel bir araştırma deseni planlanmış fakat araştırma sürecinde oluşan kontrol grubu da sürece dahil edildiği için araştırma deneysel bir desende tamamlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak hem IOS hem de Android işletim sistemine sahip mobil cihazlarda kullanılabilen SağlıkPRESS adında bir mobil sağlık uygulaması geliştirilmiştir. Uygulamayı yükleyen kullanıcılara, uygulama içeriklerini görüntüleyebilmeleri için hesap oluşturma zorunluluğu getirilmiş ve hesap oluşturma ekranında yöneltilen tanımlayıcı sorularla birlikte, kullanıcıların sağlık okuryazarlığını ölçmek adına HLS-EU-Q16 anketinin sorularını da cevaplamaları istenmiştir. Böylelikle uygulamaya kayıt olan tüm kullanıcıların, uygulamayı kullanmaya başladıkları andaki sağlık okuryazarlığı düzeylerine yönelik veriler toplanmıştır.

Geliştirilen uygulamanın yeterli kullanıcı sayısına ulaşabilmesi için bir süre tanıtım çalışmaları yapılmış ve bu sürede kayıtlı kullanıcıları uygulamaya alıştırmak adına uygulama üzerinden mevcut içeriklerin görüntülenmesine yönelik bildirimler iletilmiştir. Uygulamaya yeterli düzeyde kullanıcı kazandırıldıktan sonra katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştireceği düşünülen alanlarda 8 farklı planlı sağlık iletişimi kampanyasına yönelik içerikler mobil uygulamaya eklenerek kullanıcıları içerikleri görüntülemeye teşvik etmek adına mobil bildirimler ve elektronik posta iletileri gönderilmiştir. Sağlık iletişimi kampanyaları sürecinin tamamlanmasının ardından katılımcılara HLS-EU-Q16 ölçeği son test olarak tekrar uygulanmış ve sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki değişim ölçülmüştür. Aynı zamanda son test verileri toplanırken katılımcılara yöneltilen ek sorularla uygulamanın kullanımı, etkileri ve kullanıcı değerlendirmelerine yönelik veriler toplanmıştır.

Deneysel desende yürütülen araştırmanın deney grubunu; uygulamayı yükleyen, kayıt olan, uygulama içeriklerini ve planlı sağlık iletişimi bildirimlerini görüntüleyerek son teste katılan kullanıcılar oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise

uygulamayı yükleyerek hesap oluşturmaya rağmen araştırmanın yürütüldüğü süreç boyunca uygulama içeriklerini görüntüleme süresi 1 dakikadan az olan ve planlı sağlık iletişimi bildirimlerini görüntülemeyen katılımcılar oluşturmuştur. Ayrıca araştırmanın amaçlarından biri olan mobil bildirimlerin uygulama kullanımına olan etkisini test etmek amacıyla deney bildirimlerinin yanında kontrol bildirimleri de gönderilmiş ve bu bildirimler araştırmanın bildirim gönderim süreciyle ilgili başlığında detaylı olarak açıklanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü tüm aşamalarda SağlıkPRESS uygulamasını kullanan katılımcıların uygulamada geçirdikleri süreler ve görüntüledikleri içeriklere yönelik kayıtlar tutulmuş ve hem uygulamadan gönderilen bildirimler hem de elektronik posta iletileri olarak gönderilen bildirimlerin etkileşimlerine yönelik veriler toplanmıştır. Araştırma sonunda toplanan tüm veriler sınıflandırılarak değerlendirilmiş ve uygun istatistiksel analizlerle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde mobil sağlık uygulaması kullanımının etkilerine yönelik çıkarımlarda bulunulmuştur.

3.2.1. Araştırma Soruları

Bu araştırma ile bireylerin mobil sağlık uygulaması kullanımlarının sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik etkileri ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda, daha önce belirtilen amaçlar gözetilerek araştırmanın aşağıdaki sorulara cevap vermesi beklenilmiştir.

1. Bireylerin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine etki eder mi?
2. Mobil cihazlar aracılığıyla gönderilen bildirimler ve elektronik posta iletileri mobil sağlık uygulaması kullanım davranışlarını etkiler mi?
3. Sosyal medya araçları kullanılarak yapılan tanıtımlar, mobil uygulama kullanımını etkiler mi?
4. Sağlık iletişimi kampanyaları mobil uygulamalar aracılığıyla sunulabilir mi ve bu kampanyalar bireylerin sağlıkla ilgili konulardaki bilgi düzeylerini etkiler mi?
5. Sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla oluşturulan bir mobil sağlık uygulamasının kullanıcı deneyimine yönelik değerlendirmeleri nelerdir?
6. Sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla oluşturulan bir mobil sağlık uygulamasından gönderilen bildirimlerin etkileri neler olabilir?

Bu temel sorular çerçevesinde ve araştırmanın bulgularına dayanılarak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde mobil uygulamalar aracılığıyla sunulan sağlık iletişimi kampanyalarının etkileri ölçülmeye çalışılmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Konusu, Kapsamı ve Kısıtları

Bu araştırmanın temel konusu; sağlık okuryazarlığı, sağlık iletişimi ve mobil sağlık uygulaması kavramlarından yola çıkarak; günümüz insanın günlük hayatının gündeminin içerisinde, sağlığıyla ilgili öz bakım konularında gerekli olan farkındalığı sağlamak için davranış kalıplarının oluşmasında ve sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinde, mobil iletişim araçlarının kullanılması ile ortaya çıkacak değişim ve tutumların ilişkini araştırmaktır. Bu kapsamda öncelikle Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi ve Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri ile personeli ve akıllı telefon kullanan aile bireyleri hedef kitle olarak seçilmiştir. Aynı zamanda örneklem çeşitliliği açısından sosyal medya platformlarında SağlıkPRESS mobil uygulamasının tanıtımına yönelik çalışmalar yürütülerek uygulamayı yükleyen ve kayıt olan tüm katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sürecinde planlı bir şekilde mobil uygulama üzerinden sağlık iletişimi kampanyaları oluşturulmuş; mobil bildirimler, uygulama içi mesaj gönderimi ve elektronik posta iletileri kullanılarak katılımcıların mobil uygulamayı kullanım düzeyleriyle planlı sağlık iletişimi içeriklerine verdikleri tepkiler ve sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle ilgili bulgular araştırmanın kapsamını oluşturmuştur.

Çalışmada kullanılan veriler Haziran 2021 ile Ağustos 2021 ayları arasında araştırma kapsamında yayınlanan SağlıkPRESS mobil uygulamasını yükleyip kayıt olan kullanıcılardan toplanmıştır. Bu nedenle farklı zamanlarda, farklı kullanıcılarla ve farklı uygulamalarla toplanacak verilerle analiz yapılması durumunda sonuçların değişiklik gösterebileceği araştırmanın temel kısıtı olarak gözetilmelidir. Aynı zamanda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ‘Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu (HLS-EU-Q16)’ kullanılarak mobil uygulama üzerinden ölçülmüştür. Aynı ölçeğin farklı yöntemle uygulanması veya farklı ölçeklerle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmesi durumunda farklı sonuçlarla karşılaşılabilir. Araştırma kapsamında, SağlıkPRESS uygulaması aracılığıyla sunulan planlı sağlık iletişimi kampanyaları araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki boyutlara yönelik gelişim sağlaması amaçlanmıştır. Dolayısıyla farklı amaç ve yöntemlerle oluşturulacak sağlık iletişimi içeriklerinin kullanılması durumunda da farklı bulgulara ulaşılabileceğine yönelik bir sınırlılık olduğu söylenebilir.

Araştırma sürecinde kullanılan SağlıkPRESS uygulamasının, mobil uygulamaların paylaşıldığı platformlar olan Apple App Store, Google Play Store ve Huawei AppGallery’deki yayınlanma politikalarının farklı olması nedeniyle IOS işletim sistemine sahip cihazlarda kullanılan uygulama sürümünde anlık mobil bildirim gönderimine izin verilmemiştir. Bu nedenle anlık mobil bildirimler sadece Android işletim sistemine sahip kullanıcılara iletilmiş, IOS

kullanıcılarının bildirimleri ise uygulama içi mesaj gönderimi ve elektronik posta iletileriyle gerçekleştirilmiştir. Her ne kadar veriler analiz edilirken katılımcıların uygulamada görüntüledikleri içerikler ve geçirdikleri süreler göz önünde bulunsa da her iki platformdan da anlık mobil bildirim gönderilmesi durumunda verilerde farklılıkların ortaya çıkma ihtimali bulunmakta olup bu farklılıklar da bir kısıt olarak değerlendirilebilir.

Son olarak araştırmanın kontrol grubundaki kullanıcı sayısı ile deney grubundaki kullanıcı sayısı arasında farklılık araştırma sonuçlarını etkilememiş olsa da bir kısıt olarak görülebilir. Bu durumun temel nedeni, araştırma modeli oluşturulurken uygulamayı yükleyen katılımcıların uygulamayı aktif bir şekilde kullanacaklarının varsayılması ve bu nedenle kontrol grubuna yönelik herhangi bir planlama yapılmamasıdır. Ancak uygulamanın bulguları sınıflandırılırken, uygulamayı yükleyerek ön teste ve son teste katılmasına rağmen veri toplama sürecinde uygulamayı kullanmayan katılımcıların olduğu anlaşılmış ve bu kullanıcıların verileri analiz sürecine sonradan dahil edilerek kontrol grubu olarak tanımlanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak deney ve kontrol grubundaki örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı yapılan analizlerde bir kısıt olarak değerlendirilebilir. Ancak kontrol grubu verilerinin analiz sonuçları, deney grubu verilerinin analiz sonuçlarını destekleyici nitelikte olduğu için her ne kadar deney grubu katılımcılarının sayısına göre nispeten az olsa da çalışmanın sonuçlarını güçlendirilebilmek adına araştırmanın bulgularına dahil edilmiştir.

Araştırma sürecinde karşılaşılan tüm bu sınırlılıklara rağmen veri toplama ve analiz işlemleri titizlikle yürütülerek çalışma tamamen objektif bir şekilde tamamlanmıştır.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık konusu her ne kadar tüm insanlığın ortak bir alanı olsa da sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sağlık iletişimi kampanyalarının etkilerinin mobil uygulama kullanımı aracılığıyla ölçülmeye çalışıldığı bu araştırmanın evrenini IOS ve Android işletim sistemlerini kullanan ve SağlıkPRESS uygulamasının çalışma gerekliliklerini teknik olarak karşılayan mobil cihaz sahibi bireyler oluşturmaktadır. Bu nedenle evrendeki birey sayısı net olarak ölçülememiş ve evrendeki popülasyon sayısı belirsiz olduğu (SağlıkPRESS uygulamasını kaç kişinin kullanacağı bilinmediği için) için %95 güven aralığında ve 0,05 hata payı ile 384 kullanıcıya (Sekaran ve Bougie, 2016, s. 264) ulaşılması hedeflenerek araştırmaya başlanmıştır. Araştırma sürecinde detayları bulgularda açıklanan 1585 kullanıcıya ulaşılmasına rağmen ön test ve son test için belirlenen kriterlere uygun 400 kullanıcı deney grubunun örnekleme, 100 kullanıcı ise kontrol grubunun örnekleme dahil edilmiştir.

3.2.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü

Araştırmanın tüm sürecinde bilimsel ve genel etik ilkelere uygun davranılmış; herhangi bir kamu, özel veya kâr amacı gütmeyen bir kurumdan hibe alınmamıştır. Çalışma kapsamında ihtiyaç duyulan verilerin toplanmasına yönelik süreçlerin etik uygunluğunun değerlendirilmesi adına Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'na insan araştırmaları projeleri için etik değerlendirme başvurusu yapılarak gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan HLS-EU-Q16 ölçeğinin Türkçe çevirisini yaparak geçerlik ve güvenilirliği test edildiği araştırmanın (Öztürk-Emiral, vd., 2018) ilk yazarıyla iletişime geçilerek araştırmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş ve anketin Türkçe formunun kullanımı için onay alınmıştır.

Araştırma sürecinde geliştirilen SağlıkPRESS uygulamasının içerikleri hazırlanırken, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan <https://sagligim.gov.tr> internet sitesi temel kaynak olarak kullanılmıştır. Ayrıca ilgili internet sitesindeki içeriklerin araştırma kapsamında mobil uygulamada kullanılacağına dair Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Uygulama içeriğinde kullanılan kaynaklar, uygulamanın 'İçerik Kaynakları' bölümünde referans olarak sunulmuştur. Tüm bunlara ek olarak uygulamadan sunulan içeriklere gerekli uyarı mesajı eklenmiş ve uygulama menüsüne "Sorumluluk Reddi" bağlantısı eklenerek kullanıcılar bilgilendirilmiştir.

Son olarak uygulamayı yükleyen katılımcıların içerikleri görüntüleyebilmesi için kayıt olma zorunluluğu getirilmiş ve kayıt ekranına 'Üyelik ve Kullanım Sözleşmesi' eklenerek kullanıcıların kayıt işlemlerinin tamamlanabilmesi için ilgili formları okuyup onaylaması sağlanmıştır. Ayrıca uygulama içerisine 'Gizlilik ve Çerez Politikası' başlığında bir sayfa oluşturularak kullanıcılara uygulamanın kullanımına ilişkin hangi verilerin ne amaçla toplandığı açıklanmıştır. Böylelikle araştırma sürecinde gerekli olan yasal yükümlülükler yerine getirilmiştir.

3.2.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesinde sağlık iletişimi kampanyalarının etkilerini mobil sağlık uygulaması kullanımı aracılığıyla ölçebilmek adına izlenen veri toplama sürecine ilişkin detaylar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Veri Toplama Süreci

Süreç Adı	İzlenen Yol
Kavramsal Çerçevenin Oluşturulması	Literatür taraması yöntemiyle çalışmanın kavramsal çerçevesi oluşturulmuştur.
Ön Test Verilerinin Toplanması	SağlıkPRESS mobil uygulamasını yükleyen kullanıcıların uygulama içeriklerini görüntüleyebilmesi için uygulamaya ücretsiz kayıt olma zorunluluğu getirilmiş ve kayıt formunda kullanıcıların; kişisel bilgileri, demografik bilgileri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek için kullanılan ölçekte yer alan anket sorularına verdikleri cevaplar kullanıcıların izniyle toplanmıştır. Bu bilgiler araştırmanın ön test verilerini oluşturmuştur.
Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Geliştirilmesine Yönelik Verilerin Toplanması	SağlıkPRESS sağlık okuryazarlığı geliştirme uygulaması ile kullanıcılara sunulan planlı sağlık iletişimi kampanyalarının kullanıcılar tarafından görüntülenme sayıları, süreleri ve uygulamayı kullanırken izledikleri davranışlar (içerik görüntüleme, içerik etkileşimi, sayfa kaydırma, oturma açma, uygulama içi arama yapma, bağlantıya tıklama) kaydedilerek araştırmanın sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmeye yönelik verileri oluşturulmuştur.
Son Test Verilerinin Toplanması	Planlı sağlık iletişimi kampanyaları ve kayıtlı kullanıcıların içerikleri görüntülemeye teşvik edici uygulamalar (mobil bildirim, uygulama içi mesaj ve elektronik posta gönderimi) tamamlandıktan sonra katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ön testte kullanılan ölçek tekrar uygulanarak ölçülmüştür. Aynı zamanda bu ölçüm yapılırken katılımcıların uygulamaya yönelik kullanıcı deneyimleri ve uygulamanın sağlık okuryazarlığına olan etkilerine ilişkin görüşleri alınarak araştırmanın son test verileri oluşturulmuştur.

3.3. Mobil Sağlık Uygulaması Geliştirme Süreci

Günümüz insanın adeta bir günlük yaşam davranışı haline gelen akıllı mobil cihazların, sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirme amaçlı kullanımına yönelik çıkarımlarda bulunabilmek için araştırma kapsamında hem IOS hem de Android işletim sistemlerine sahip cihazlarda kullanılabilen bir mobil uygulama oluşturularak mobil uygulama marketleri olan; Apple Store, Google Play Store ve Huawei AppGallery’de yayınlanmıştır. Uygulamaya kurumsal bir kimlik kazandırmak ve araştırma süreci sonunda uygulamanın kullanılabilirliğini geliştirerek somut bir çıktı elde edebilmek için uygulamanın genel konu alanı olan ‘Sağlık’ sözlüğü ile jenerik bir alan adı uzantısı olan ‘.press’ sözcüğü birleştirilerek ‘SağlıkPRESS’ adında oluşturulan mobil uygulamanın geliştirme sürecine yönelik detaylar alt başlıklarda açıklanmıştır.

3.3.1. Planlama ve Hazırlık Aşaması

SağlıkPRESS uygulamasının geliştirilme süreci planlama ve hazırlık aşamasıyla başlamış ve bu kapsamda yürütülen faaliyetler 3 adımda özetlenmiştir.

1. **Mobil Sağlık Uygulamalarının İncelenmesi:** SağlıkPRESS mobil sağlık uygulaması geliştirilmeye başlamadan önce benzer nitelikleri taşıyan mobil sağlık uygulamaları incelenmiş ancak doğrudan kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçerek geliştirmeyi amaçlayan bir uygulamaya rastlanmamıştır. Bu durum araştırmanın özgün değerini ortaya çıkarmıştır.
2. **Uygulama İçeriklerinin Planlanması:** SağlıkPRESS mobil sağlık uygulamasını yükleyen ve kayıt olan kullanıcılara sunulacak içeriklerin planlanmasıyla ilgili süreçte doğru ve güvenilir bilgi sağlayabilmek adına özellikle resmi sağlık otoritelerinin oluşturduğu kaynaklara yer verilmiştir. Bu kapsamda T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanarak, toplumun ihtiyaç duyabileceği sağlıkla ilgili genel konularda doğru bilgilere ulaşabilmesi amacıyla hazırlanan sagligim.gov.tr internet sitesindeki içeriklerin bir kısmı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bilgi verilerek ve kaynak gösterilerek SağlıkPRESS uygulamasına eklenecek bilgiler planlanmıştır. Ayrıca internet siteleri üzerinden, yasaların izin verdiği ölçüde ve özendirici nitelikte olmayan sağlık bilgilerini internet siteleri aracılığıyla paylaşan büyük ölçekli özel sağlık işletmelerinin sağladığı kaynaklar da planlama sürecinde kullanılmıştır.
3. **Uygulamanın Teknik Gerekliliklerinin Belirlenmesi:** SağlıkPRESS mobil sağlık uygulamasını mümkün olan en fazla kullanıcıya ulaştırabilmek adına tüm popüler mobil işletim sistemlerinde çalışabilecek şekilde hazırlanmıştır. Bu kapsamda SağlıkPRESS uygulamasının, Apple App Store, Google Play Store ve Huawei AppGallery platformlarında yayınlanabilmesi için teknik gereklilikler belirlenmiş ve SağlıkPRESS uygulaması geliştirilirken tüm bu gereklilikleri karşılayacak şekilde planlanarak; Apple cihazlarda IOS 11, Android cihazlarda 7.0 ve üzeri yazılıma sahip tüm cihazlarda kullanıma sunulmuştur.

3.3.2. Tasarım ve İçerik Oluşturma Aşaması

Kullanıcılar tarafından tercih edilen ve beğenilen bir mobil uygulama geliştirebilmek için teknik gerekliliklerin yanında uygulamanın tasarımına önem verilmesi mutlak bir gerekliliktir. Özellikle ilk kez yayınlanan bir mobil uygulamanın kullanıcılar tarafından bilinirliğinin sağlanması için çeşitli tanıtım faaliyetleri yapılsa da uygulamanın sürekliliği açısından olumlu bir kullanıcı deneyimi sunabilmesi de oldukça önemlidir.

SağlıkPRESS uygulaması her ne kadar bir araştırma kapsamında geliştirilen ve sınırlı bir süre yayınlanacak bir uygulama olsa da olumlu bir kullanıcı deneyimi sunabilmesi adına özellikle ara yüz tasarımına çok önem verilmiştir.

Uygulamada yayınlanacak tüm içerikler; okunabilirlik (yazı fontu, punto, renk vb.), görsel yerleşimleri, boşluk kullanımı, sayfa animasyonları gibi bir takım kullanıcı deneyimi ölçütlerine göre düzenlenmiştir.

Uygulamanın açılış ekranı, ana menüsü, alt menü görünümü, kullanıcı paneli ekranı, standart kategori sayfası ve standart içerik şablonu gibi temel tasarım yapısı aşağıdaki resimlerde gösterilmiştir (Resim 4-24).



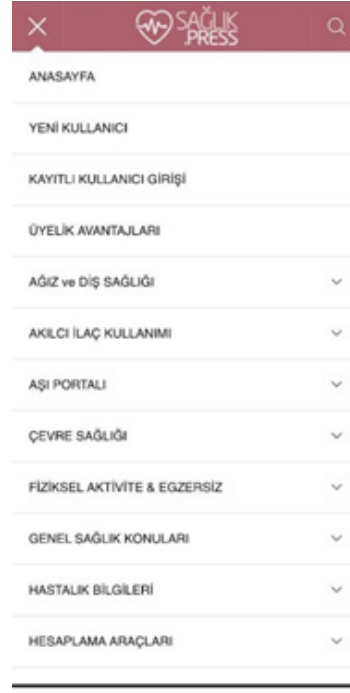
Resim 4. Mobil Cihaz Ekranı Uygulama İkonu



Resim 5. Uygulama Açılış Ekranı



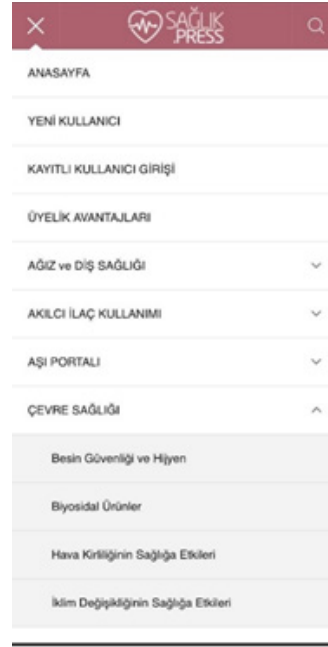
Resim 6. Uygulama Ana Sayfa Ekranı



Resim 7. Uygulama Ana Menü Ekranı



Resim 7.1. Uygulama Ana Menü Ekranı-2



Resim 8. Uygulama Alt Menü Ekranı



Resim 8.1. Uygulama Alt Menü Ekranı-2



Resim 8.2. Uygulama Alt Menü Ekranı-3



Resim 9. Kullanıcı Kayıt Formu Ekranı



Resim 9.1. Kullanıcı Kayıt Formu Ekranı-2

Resim 9.2. Kullanıcı Kayıt Formu Ekranı-3

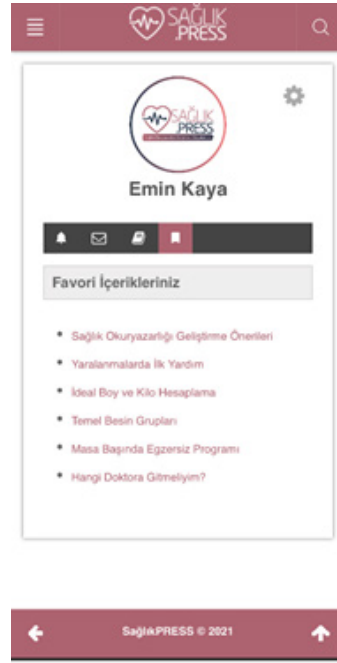
Resim 10. Kullanıcı Girişi Ekranı

Resim 11. Kullanıcı Menüsü Ekranı

Resim 12. Kullanıcı Paneli Ekranı



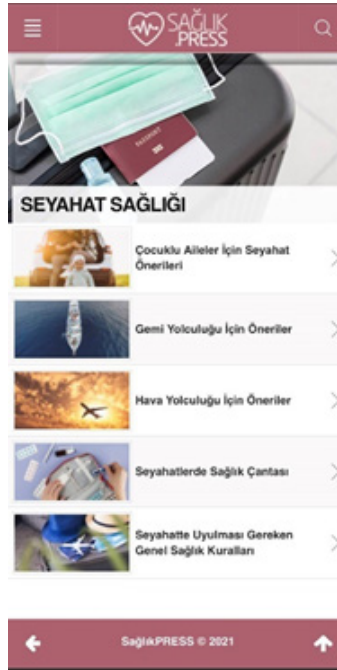
Resim 12.1. Kullanıcı Paneli Ekranı-2



Resim 12.2. Kullanıcı Paneli Ekranı-3



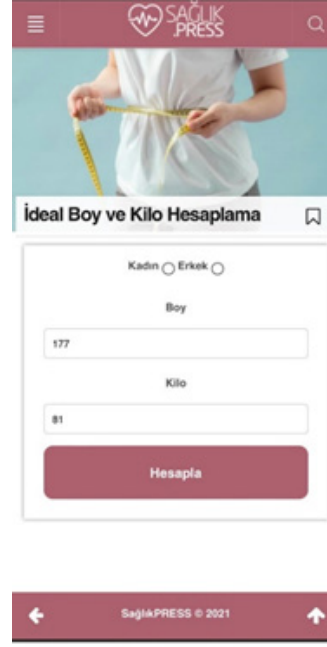
Resim 13. Alt Kategori Sayfa Ekranı



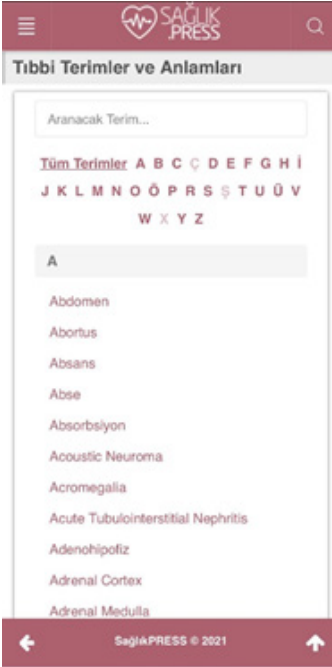
Resim 13.1. Alt Kategori Sayfa Ekranı-2



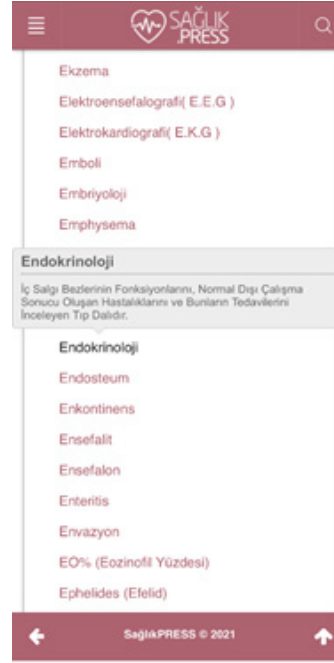
Resim 14. İçerik Sayfası Görüntüsü



Resim 14.1. İçerik Sayfası Görüntüsü-2



Resim 15. Tıbbi Terimler Sözlüğü Ekranı



Resim 16. Tıbbi Terim Açıklama Ekranı



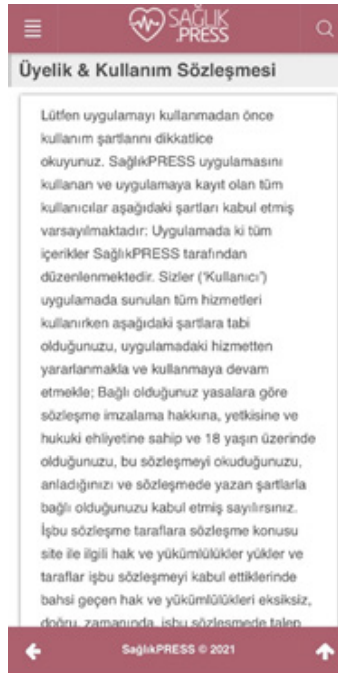
Resim 17. Uygulama Tanıtım Sayfası Ekranı



Resim 18. Üyelik Avantajları Sayfası Ekranı



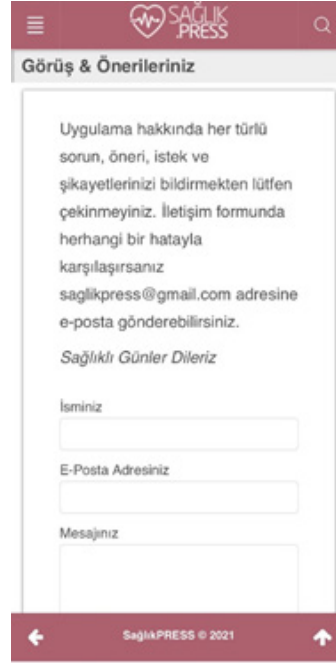
Resim 19. İçerik Kaynakları Sayfa Ekranı



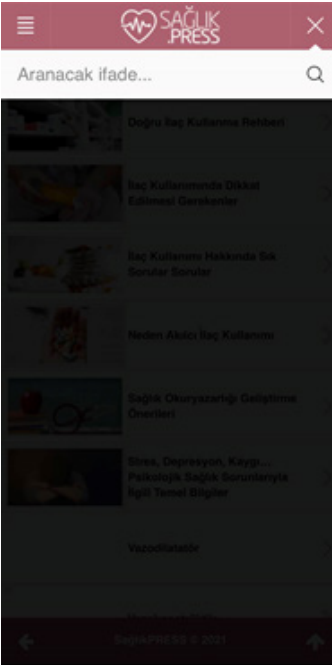
Resim 20. Sözleşme Sayfası Ekranı



Resim 21. Gizlilik ve Çerez Politikası Sayfası Ekranı



Resim 22. Görüş ve Öneriler Sayfası Ekranı



Resim 23. İçerik Arama Sayfası Ekranı



Resim 24. Arama Sonuçları Sayfası Ekranı

3.3.3. Mobil Sağlık Uygulamasının Yayınlanma ve Tanıtım Süreci

SağlıkPRESS uygulaması kullanıcıların mevcut sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçen ve bu düzeyin geliştirilmesine yönelik içerikler sunmayı amaçlayan bir mobil sağlık uygulaması olarak tasarlanmıştır. Bu kapsamda uygulamada yer alan ve kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştireceği düşünülen içeriklerin başlıkları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. SağlıkPRESS Uygulama İçerikleri

ANA MENÜ	ALT MENÜ
ANASAYFA	-
YENİ KULLANICI	-
KAYITLI KULLANICI GİRİŞİ	-
ÜYELİK AVANTAJLARI	-
KULLANICI PANELİ	Bildirimleriniz
	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyiniz
	Mesajlarınız
	Favori İçerikleriniz
	Üyelik Bilgileriniz
AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI	Güvenli Çıkış
	Diş Sağlığı Hakkında Bilinmesi Gerekenler
	Ağız ve Diş Sağlığının Beslenmeyle İlişkisi
	Çocuklarda Beslenme ve Diş Sağlığının Önemi
	Gebelik ve Diş Sağlığı
	Çocuklar Dişlerini Nasıl Fırçalamalı?
	Yetişkinler Dişlerini Nasıl Fırçalamalı?
	Ağız ve Diş Sağlığında Kullanılan Ürünler
AKILCI İLAÇ KULLANIMI	Neden Akılcı İlaç Kullanımı?
	İlaç Kullanımında Dikkat Edilmesi Gerekenler
	Akılcı Antibiyotik Kullanımı
	Bilinçli Ağrı Kesici Kullanımı
AŞI PORTALI	İlaç Kullanımı Hakkında Sık Sorulan Sorular
	Aşı Nedir, Nasıl Etki Eder?
	Aşıyla Önlenebilen Hastalıklar
	Kimler Aşı Yaptırmalıdır?
	Bebeklerde Aşı Takvimi
ÇEVRE SAĞLIĞI	Besin Güvenliği ve Hijyen
	Biyosidal Ürünler
	Hava Kirliliğinin Sağlığa Etkileri
	İklim Değişikliğinin Sağlığa Etkileri

FİZİKSEL AKTİVİTE ve EGZERSİZ	Fiziksel Aktivite Nedir?
	Fiziksel Aktivite Neden Önemlidir?
	Fiziksel Aktivite Ne Kadar ve Nasıl Yapılmalıdır?
	3-6 Yaş Grubu Egzersiz Programı
	İlköğretim Çağı Çocukları İçin Egzersiz Programı
	Masa Başında Egzersiz Programı
	Engellilerde Fiziksel Aktivite
GENEL SAĞLIK KONULARI	Doğru İlaç Kullanma Rehberi
	Doktor Seçimi
	Günlük Davranışlarımızın Sağlığa Etkileri
	Hangi Doktora Gitmelisiniz?
	İkinci Bir Doktora Ne Zaman Gitmelisiniz?
	İnternette Yazan Hastalıklar
	İnternette Doğru Sağlık Bilgisine Nasıl Ulaşılr?
	Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Önerileri
	Günümüz İnsanın Gizli Sağlık Sorunu: Psikoloji
	Diyabet
HASTALIK BİLGİLERİ	Kalp ve Damar Hastalıkları
	Kanser
	Mide Hastalıkları
	Obezite
	Ortopedik Hastalıklar
HESAPLAMA ARAÇLARI	Beden Kütle İndeksi Hesaplama
	İdeal Boy-Kilo Hesaplama
	İdeal Kalp Atış Hızı Hesaplama
	Günlük Kalori İhtiyacı Hesaplama
	Günlük İdeal Su İçme Miktarı Hesaplama
	Günlük İdeal Uyku Süresi Hesaplama
	Regl Dönemi Hesaplama
	Gebe Kalınabilecek Dönem Hesaplama
	Gebelik Süresi Hesaplama
	Tahmini Doğrum Zamanı Hesaplama
Anne Sütü İhtiyacı Hesaplama	
RUH SAĞLIĞI	Ruhsal Travma
	0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme
	Okul Çağı Çocuklarında Ruh Sağlığı Gelişimi
	Otizm Spektrum Bozukluğu
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	Sağlık Okuryazarlığı Nedir?
	Sağlık Okuryazarlığı Neden Önemlidir?
	Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler
	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri
	Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları	

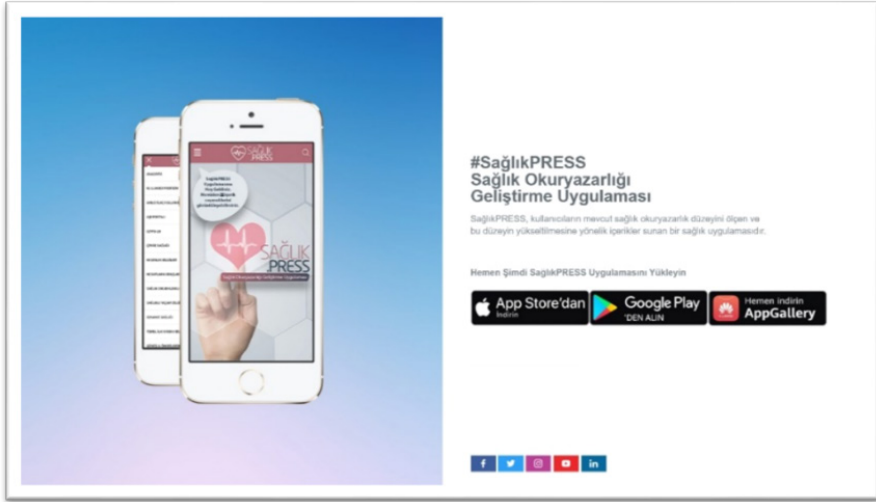
SAĞLIKLI BESLENME	Yeterli ve Dengeli Beslenme
	Temel Besin Grupları
	Yaş Gruplarına Göre Beslenme
	Gebelik, Emzirme ve Menopoz Dönemlerinde Beslenme
	Hastalıklarda Beslenme
SEYAHAT SAĞLIĞI	Seyahatte Uyulması Gereken Genel Sağlık Kuralları
	Seyahatlerde Sağlık Çantası
	Çocuklu Aileler İçin Seyahat Önerileri
	Hava Yolculuğu İçin Öneriler
	Gemi Yolculuğu İçin Öneriler
SİGARASIZ YAŞAM	Tütün Ürünleri ve Zararları
	Tütün Dumanının Zararları
	Pasif İçicilik
	Tütün ve Ağız Diş Sağlığı
	Tütün ve Akciğerler
	Tütün ve Beyin
	Tütün ve Çocuk
	Tütün ve Gebelik
	Tütün ve İnfertilite (Kısırlık)
	Tütün ve Kanser
Tütün ve Kalp Damar Hastalıkları	
Tütün ve Ruh Sağlığı	
TEMEL İLK YARDIM BİLGİLERİ	Hasta-Yaralı Taşıma Teknikleri
	Bilinç Kaybında İlk Yardım
	Boğulmalarda İlk Yardım
	Hayvan Isırmalarında İlk Yardım
	Kırık, Çıkık ve Burkulmalarda İlk Yardım
	Yabancı Cisim Batmalarında İlk Yardım
	Yanık, Donma ve Sıcak Çarpmalarında İlk Yardım
	Yaralanmalarda İlk Yardım
TIP TERİMLERİ SÖZLÜĞÜ	(1244 Temel Tıp Terimi Açıklanmaktadır)
SAĞLIKPRESS HAKKINDA	SağlıkPRESS Uygulaması Tanıtım Videosu
	Sorumluluk Reddi
	İçerik Kaynakları
	Üyelik ve Kullanım Sözleşmesi
	Gizlilik ve Çerez Politikası
GÖRÜŞ ve ÖNERİLERİNİZ	-

Tablo 4'te gösterildiği üzere SağlıkPRESS mobil uygulamasına eklenen içerikler araştırmanın amaçlarına uygun şekilde oluşturularak; kullanıcıların uygulamadan en yüksek düzeyde fayda sağlamaları, sürdürülebilir bir kullanıcı deneyimi edinmeleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmeleri amaçlanmıştır.

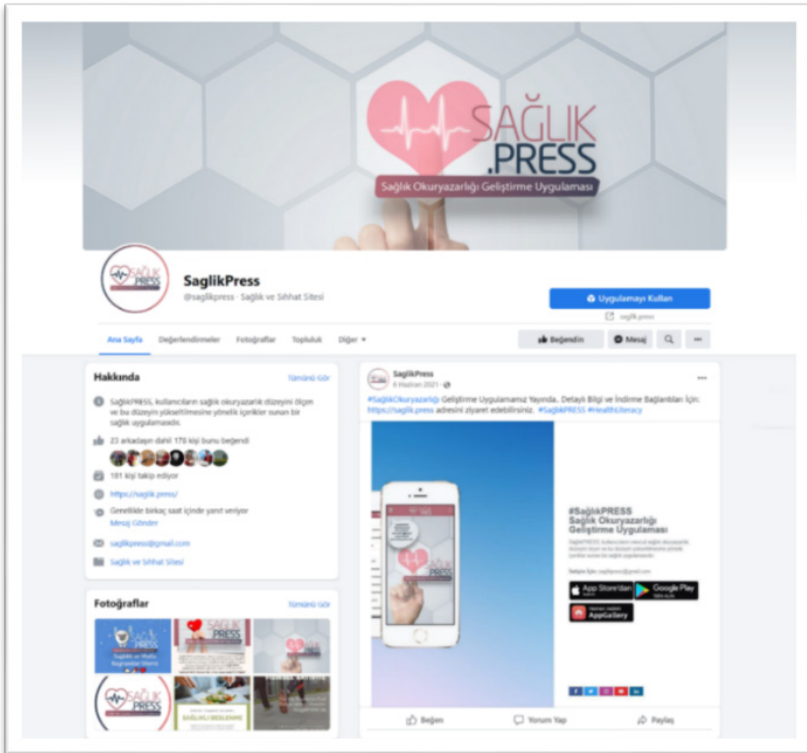
SağlıkPRESS uygulamasının geliştirme ve içerik ekleme süreçleri tamamlandıktan sonra mobil uygulama marketlerinde yayınlanabilmesi için gerekli başvurular yapılmıştır. Bu kapsamda IOS cihazlar için Apple App Store'da, Android cihazlar için Google Play Store ve Huawei AppGallery'de geliştirici hesapları açılmıştır. SağlıkPRESS uygulamasını yayınlama başvurusu yapıldıktan sonra Google Play Store ve Huawei AppGallery yetkilileri yaptıkları incelemede SağlıkPRESS'in yayınlanması adına herhangi bir revizyon önerisinde bulunmamıştır. Ancak Apple App Store yetkilileri öncelikle uygulamada sunulan içeriklerin kaynak bilgilerinin yazılı olarak gönderilmesini istemiş ve bu kaynakları kullanmaya dair yetkili olduğu ya da kaynak sahibinin izninin olduğunu kanıtlayan belgeleri talep etmiştir. Hatta sağlık hesaplamaları menüsünde yer alan içeriklerin kaldırılmasını ya da yayınlanabilmesi için tıbbi tavsiye niteliği taşımadığını belirten ifadelerin daha görünür olmasını istemiştir. Bu nedenle uygulamanın Apple App Store'da yayınlanma iznine yönelik süreç yaklaşık iki aylık bir dönemde tamamlanabilmiştir. Bu durum, IOS işletim sistemine sahip cihazlarda kullanılacak uygulamaların titizlikle incelendiğini, kullanıcı gizliliği ve güvenliğine yönelik hususların Apple firması tarafından oldukça yüksek düzeyde önemsendiğini göstermektedir.

SağlıkPRESS uygulaması, tüm mobil uygulama yüklenen platformlarda sunulduktan sonra uygulamanın tanıtımına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Bu kapsamda uygulama ile aynı adı taşıyan bir internet sitesi (<https://saglik.press>) oluşturulmuş (Resim 25) ve sosyal medya platformlarında paylaşılmıştır. Uygulama için hazırlanan internet sitesine mobil cihazlardan erişim sağlandığında, ziyaretçi doğrudan telefonunun işletim sistemine uygun uygulama marketine yönlendirilerek daha fazla kişinin uygulamayı yüklemesi amaçlanmıştır.

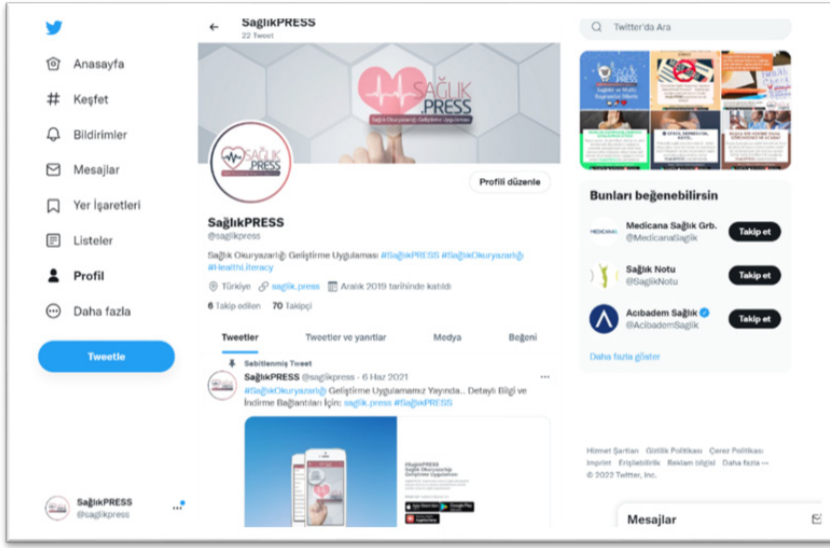
Facebook, Twitter, Instagram, YouTube ve LinkedIn gibi popüler sosyal medya platformlarının tümünde SağlıkPRESS adını taşıyan işletme hesapları oluşturularak (Resim 26-30) uygulamanın tanıtımına yönelik paylaşımlarda bulunulmuştur.



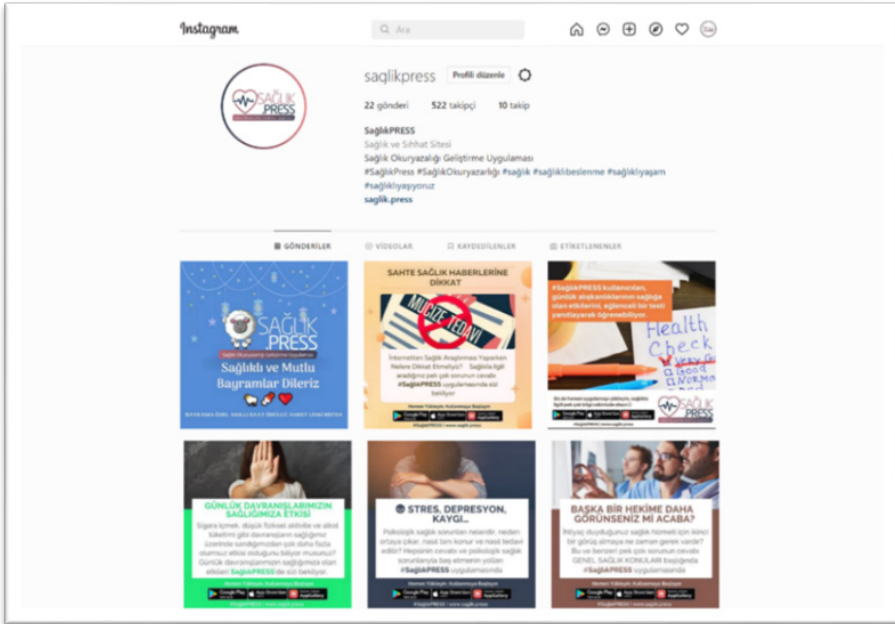
Resim 25. Mobil Uygulama İnternet Sitesi Ekran Görüntüsü



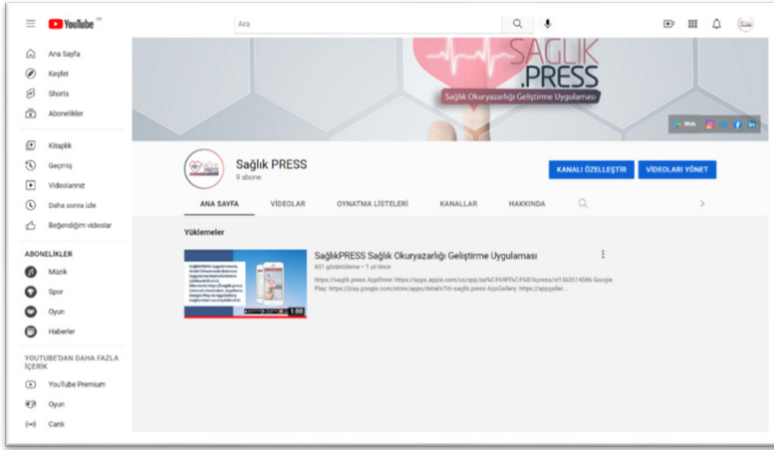
Resim 26. Mobil Uygulama Facebook Sayfası Ekran Görüntüsü



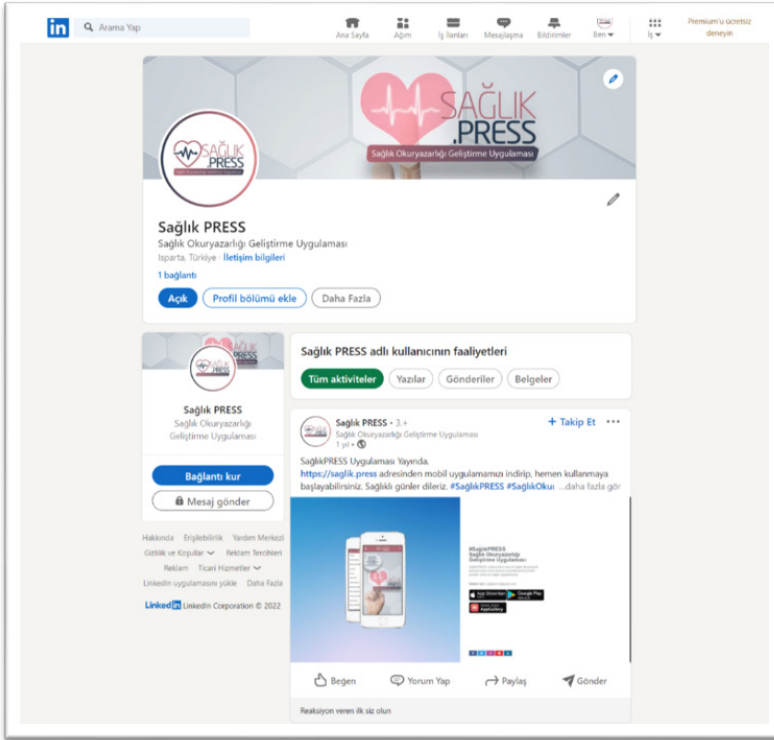
Resim 27. Mobil Uygulama Twitter Sayfası Ekran Görüntüsü



Resim 28. Mobil Uygulama Instagram Sayfası Ekran Görüntüsü



Resim 29. Mobil Uygulama YouTube Sayfası Ekran Görüntüsü

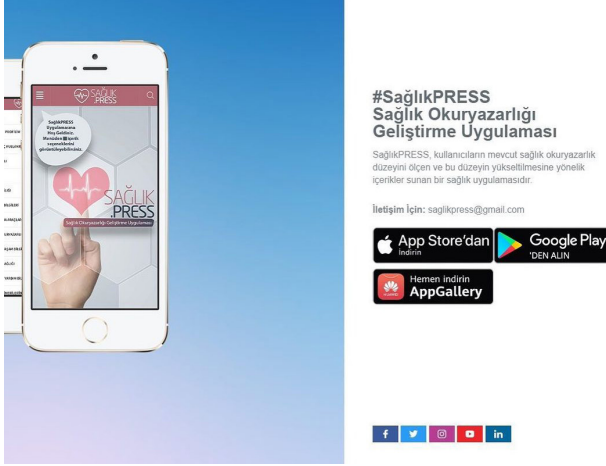


Resim 30. Mobil Uygulama LinkedIn Sayfası Ekran Görüntüsü

Araştırma sürecinde yeterli kullanıcı sayısına erişebilmek adına özellikle sosyal medya hesaplarından hem uygulamanın tanıtımına hem de mobil sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik kullanıcı deneyimini arttıracak gönderiler oluşturulmuştur. Özellikle Instagram platformunda ücretli iş birlikleri yapılarak

sağlığa yönelik konularda dikkat çekici paylaşımlar yapılmaya çalışılmıştır (Resim 31-41). SağlıkPRESS uygulamasını tanıtan 1 dakikalık tanıtım filmi hazırlanarak YouTube başta olmak üzere tüm sosyal medya platformlarında ve sağlıkla ilgili yayın yapan internet sitelerinde paylaşılarak uygulamanın tanıtımına ve kullanımına yönelik yoğun bir çalışma gerçekleştirilmiştir.

Kampanya sürecinde sosyal medya hesapları üzerinden paylaşılan bazı görseller şunlardır:



Resim 31. SağlıkPRESS İnternet Sitesi Tanıtım Görseli¹⁵



Resim 32. SağlıkPRESS Mobil Uygulama Tanıtım Görseli¹⁶

15 06.06.2021 tarihinde paylaşıldı

16 12.06.2021 tarihinde paylaşıldı



SAĞLIK
.PRESS

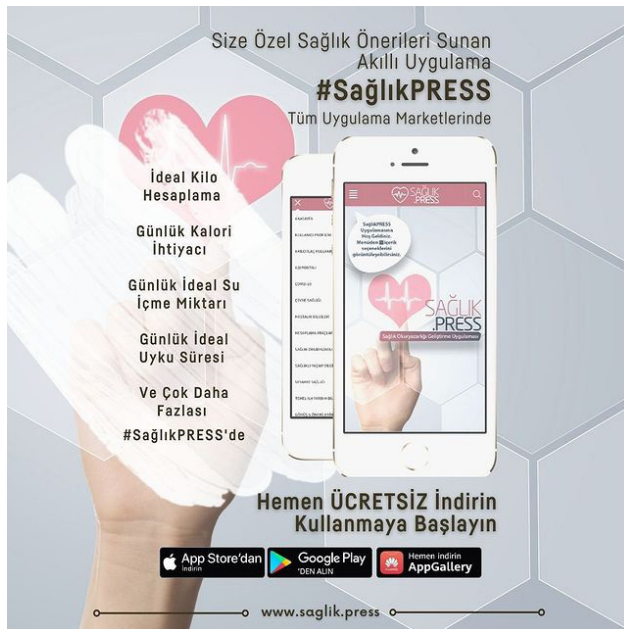
Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Uygulaması

SağlıkPRESS uygulamasıyla ihtiyaç duyduğunuz tüm temel sağlık bilgilerine ve size özel olarak oluşturulacak içeriklere ulaşabilir, sağlığa ilgili bilgi düzeyinizi yükselterek daha sağlıklı bir yaşam sürmeye başlayabilirsiniz. Hemen şimdi SağlıkPRESS uygulamasını yükleyin, sağlıklı bir yaşam için ilk adımı atın.

SAĞLIKPRESS TÜM MOBİL UYGULAMA MARKETLERİNDE

App Store'dan İndirin | Google Play 'DEN ALIN | Hemen İndirin AppGallery

www.saglik.press

Resim 32.1. SağlıkPRESS Mobil Uygulama Tanıtım Görseli-2¹⁷


Size Özel Sağlık Önerileri Sunan Akıllı Uygulama

#SağlıkPRESS

Tüm Uygulama Marketlerinde

İdeal Kilo Hesaplama

Günlük Kalori İhtiyacı

Günlük İdeal Su İçme Miktarı

Günlük İdeal Uyku Süresi

Ve Çok Daha Fazlası

#SağlıkPRESS'de

Hemen ÜCRETSİZ İndirin Kullanmaya Başlayın

App Store'dan İndirin | Google Play 'DEN ALIN | Hemen İndirin AppGallery

www.saglik.press

Resim 32.2. SağlıkPRESS Mobil Uygulama Tanıtım Görseli-3¹⁸

17 13.06.2021 tarihinde paylaşıldı

18 18.06.2021 tarihinde paylaşıldı

#SağlıkPRESS kullanıcıları, günlük alışkanlıklarının sağlığa olan etkilerini, eğlenceli bir testi yanıtlayarak öğrenebiliyor.

Siz de hemen uygulamayı yükleyin, sağlıkla ilgili pek çok bilgi cebinizde olsun📱

Google Play 'DEN ALIN App Store'dan İndirin Hemen indirin AppGallery

#SağlıkPRESS | www.saglik.press

SAĞLIK .PRESS Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Uygulaması

Resim 32.3. SağlıkPRESS Mobil Uygulama Tanıtım Görseli-4¹⁹

Sağlık PRESS

- Günlük Ne Kadar Su içmelisiniz?
- İdeal Uyku Süreniz Nedir?
- Vücudunuz Ne Kadar Kaloriye İhtiyaç Duyuyor?
- Nabzımız Kaç Olmalı?

Ve çok daha fazlası #SağlıkPRESS Uygulamasında

App Store'dan İndirin Google Play 'DEN ALIN Hemen indirin AppGallery

<https://saglik.press>

Resim 33. Sağlık Hesaplamaları İçeriği Tanıtım Görseli-1²⁰

19 12.06.2021 tarihinde paylaşıldı

20 10.06.2021 tarihinde paylaşıldı



GÜNLÜK NE KADAR SU İÇMENİZ GEREKTİĞİNİ BİLİYOR MUSUNUZ?

Vücut ağırlığınıza göre günlük içmeniz gereken ideal su miktarı ve sağlıkla ilgili diğer pek çok hesaplama
#SağlıkPRESS uygulamasında

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın

Google Play **DEN ALIN** App Store'dan **İndirin** Hemen indirin **AppGallery**

#SağlıkPRESS | www.saglik.press

Resim 33.1. Sağlık Hesaplamaları İçeriği Tanıtım Görseli-2²¹



SAĞLIKLI YAŞAMIN İLK ADIMI:

SAĞLIKLI BESLENME

Sağlık okuryazarlığınızı arttırmaya sağlıklı beslenmeyi öğrenerek başlayın. Hemen SağlıkPRESS uygulamasını indirip, kayıt olarak sağlıklı beslenmeyle ilgili bilgilere ulaşabilirsiniz.

Resim 34. Sağlıklı Beslenme İçeriği Tanıtım Görseli²²

21 02.07.2021 tarihinde paylaşıldı

22 07.06.2021 tarihinde paylaşıldı



Resim 35. Fiziksel Aktivite İçeriği Tanıtım Görseli²³



Resim 36. Ağız ve Diş Sağlığı İçeriği Tanıtım Görseli²⁴

23 07.06.2021 tarihinde paylaşıldı

24 07.06.2021 tarihinde paylaşıldı

Ne Kadar Sağlık Okuryazarısınız?

1. Uygulama Marketlerinden SağlıkPRESS uygulamasını indirin. Dilerseniz <https://saglik.press> adresinden de indirme bağlantılarına erişebilirsiniz.
2. Uygulamayı indirdikten sonra "ÜYELİK İŞLEMLERİ" menüsünden üyeliliğinizi oluşturun.
3. Uygulamaya kayıt olurken verdiğiniz bilgilere göre mevcut Sağlık Okuryazarlığı düzeyiniz belirlenecektir.
4. Süreci icrasinde mevcut sağlık okuryazarlığı düzeyinize ve uygulamayı kullanma durumunuza göre uygulama size özel içerikler oluşturarak, sağlık okuryazarlığınızı arttıracak bilgileri önerecektir.

f t i /@saglikpress

Resim 37. Sağlık Okuryazarlığı İçeriği Tanıtım Görseli²⁵

KIRIK DEĞİLDİR O, KIRIK OLSA DURAMAZSIN !

Kırık, çıkık ve burkulmalar, yaralanmalar, zehirlenmeler, yabancı cisim batmaları... İhtiyaç duyabileceğiniz tüm temel ilk yardım bilgileri ve çok daha fazlası **#SağlıkPRESS** uygulamasında...

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın

Google Play App Store'dan Hemen indirin AppGallery

#SağlıkPRESS | www.saglik.press

Resim 38. Temel İlk Yardım Bilgileri İçeriği Tanıtım Görseli²⁶

25 09.06.2021 tarihinde paylaşıldı

26 02.07.2021 tarihinde paylaşıldı



**YEMEKLERDEN SONRA
MİDENİZ RAHATSIZ
OLUYOR MU?**

Mide Yanması, Reflü, Gastrit, Ülser... En sık görülen mide hastalıklarıyla ilgili temel bilgiler ve çok daha fazlası **#SağlıkPRESS** uygulamasında

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın





#SağlıkPRESS | www.saglik.press

Resim 39. Hastalık Bilgileri İçeriği Tanıtım Görseli²⁷

- İlaçlar Nerede Saklanır?
- Antibiyotikler Nasıl Kullanılır?
- Vitamin Alırken Nelere Dikkat Etmeliyiz?
- Evde Yarım Kalan İlaçları Ne Yapacağız?
- İlaç Kullanmaya Başlamadan Önce Neleri Bilmemiz Gerekir?



İlaç kullanımıyla ilgili aklınıza takılan tüm soruların cevabı **#SağlıkPRESS** uygulamasında.





www.saglik.press

Resim 40. Genel Sağlık Konuları İçeriği Tanıtım Görseli²⁸

27 02.07.2021 tarihinde paylaşıldı

28 02.07.2021 tarihinde paylaşıldı

HANGİ DOKTORA GİTMELİYİM?

Hastalandığınızda hangi doktora gitmeniz gerektiğine karar veremiyorsanız **SağlıkPRESS** cebinizde...

En sık görülen semptomlar ve bu semptomlara göre hangi branşlara başvurmanız gerektiğiyle ilgili temel bilgiler **SağlıkPRESS** uygulamasında sizi bekliyor.

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın

 **Google Play**
'DEN ALIN

 **App Store'dan**
İndirin

 **Hemen indirin**
AppGallery

#SağlıkPRESS
Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Uygulaması
www.saglik.press

Resim 40.1. Genel Sağlık Konuları İçeriği Tanıtım Görseli-2²⁹

BAŞKA BİR HEKİME DAHA GÖRÜNSENİZ Mİ ACABA?

İhtiyaç duyduğunuz sağlık hizmeti için ikinci bir görüş almaya ne zaman gerek vardır?
Bu ve benzeri pek çok sorunun cevabı **GENEL SAĞLIK KONULARI** başlığında **#SağlıkPRESS** uygulamasında

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın

 **Google Play**
'DEN ALIN

 **App Store'dan**
İndirin

 **Hemen indirin**
AppGallery

#SağlıkPRESS | www.saglik.press

Resim 40.2. Genel Sağlık Konuları İçeriği Tanıtım Görseli-3³⁰

29 02.07.2021 tarihinde paylaşıldı

30 05.07.2021 tarihinde paylaşıldı



**STRES, DEPRESYON,
KAYGI...**

Psikolojik sağlık sorunları nelerdir, neden ortaya çıkar, nasıl tanı konur ve nasıl tedavi edilir? Hepsinin cevabı ve psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etmenin yolları **#SağlıkPRESS** uygulamasında

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın

Google Play **DEN ALIN** App Store'dan **İndirin** Hemen indirin **AppGallery**

#SağlıkPRESS | www.saglik.press

Resim 40.3. Genel Sağlık Konuları İçeriği Tanıtım Görseli-4³¹



**GÜNLÜK DAVRANIŞLARIMIZIN
SAĞLIĞIMIZA ETKİSİ**

Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve alkol tüketimi gibi davranışların sağlığımız üzerinde sandığımızdan çok daha fazla olumsuz etkisi olduğunu biliyor musunuz? Günlük davranışlarımızın sağlığımıza olan etkileri **SağlıkPRESS**'de sizi bekliyor.

Hemen Yükleyin, Kullanmaya Başlayın

Google Play **DEN ALIN** App Store'dan **İndirin** Hemen indirin **AppGallery**

#SağlıkPRESS | www.saglik.press

Resim 40.4. Genel Sağlık Konuları İçeriği Tanıtım Görseli-5³²

31 06.07.2021 tarihinde paylaşıldı

32 09.07.2021 tarihinde paylaşıldı



Resim 40.5. Genel Sağlık Konuları İçeriği Tanıtım Görseli-6³³



Resim 41. Son Test Anketi Tanıtım Görseli³⁴

33 15.07.2021 tarihinde paylaşıldı

34 20.07.2021 tarihinde paylaşıldı

Yapılan tanıtım faaliyetleri sonucunda 1585 kullanıcı SağlıkPRESS uygulamasını yüklemiş ve 76 kullanıcı uygulamayla ilgili Google Play Store ve Apple App Store'da yorum yazarak, 194 kullanıcı da puan vererek uygulamayı değerlendirmiştir. Yapılan değerlendirmeler neticesinde SağlıkPRESS mobil uygulaması 184 kullanıcı tarafından 5 yıldız, 9 kullanıcı tarafından 4 yıldız ve 1 kullanıcı tarafından 3 yıldız olarak toplamda 5 üzerinden 4,94 gibi oldukça yüksek bir değerlendirilme skoruna ulaşmıştır. 76 kullanıcının yaptığı yorumlarda da olumsuz bir görüş bildirilmemiştir. Bu sonuçlar, SağlıkPRESS uygulamasının tasarım ve içerik oluşturma aşamalarında gösterilen çabaların başarılı olduğunun ve olumlu bir kullanıcı deneyimi sunduğunun göstergesi olarak da değerlendirilebilir.

3.4. Mobil Sağlık İletişimi Kampanyalarının Planlanması ve Mobil Bildirim Gönderilme Süreci

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına sağlık iletişimi kampanyalarında mobil uygulamaların kullanılabilirliği ve mobil bildirimlerle hedef kitlenin kendilerine sunulan içerikleri görüntüleme motivasyonlarının artırılmasına yönelik araştırma kapsamında planlı bir süreç izlenmiştir. Mobil sağlık iletişimi kampanyaları, hedef kitleye iletilmek istenen mesajların farklı türlerde sunulabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada özellikle mobil uygulamalardan bir bildirim alındığında, uygulama ikonunda çıkan bildirim işaretinin kullanıcının dikkatini çekmesi ve işareti kaldırmak için uygulamayı açması gerekliliği, sunulan sağlık iletişimi mesajının görüntülenmesi adına motive edici unsur olarak planlanmıştır.

Çalışma kapsamında geliştirilen SağlıkPRESS uygulamasına yeterli kullanıcı kazandırabilmek için tanıtım çalışmalarının yapıldığı yaklaşık 1 aylık süreçte hem uygulamayı test etmek hem de olumlu bir kullanıcı deneyimi oluşturabilmek adına farklı içerikte 6 adet bildirim gönderimi yapılmıştır. Yeterli örneklem sayısına ulaşıldıktan sonraki yaklaşık 1 aylık süreçte de kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için kullanılan HLS-EU-Q16 ölçeğinin; tedavi, koruma ve geliştirme boyutlarındaki konulara yönelik hazırlanan içeriklere, planlı sağlık iletişimi kampanyalarının sunulduğu 8 farklı bildirim gönderilmiş ve bu bildirimlerin detayları Tablo 5'te aktarılmıştır. Ayrıca araştırma sürecinde planlanan son test verilerinin toplanabilmesi için kullanıcılara mobil bildirim, uygulama içi mesaj gönderimi ve elektronik posta gönderimi yapılmıştır.

Araştırma kapsamında SağlıkPRESS uygulaması kullanılarak yürütülen mobil sağlık iletişimi kampanyaları aracılığıyla kullanıcılara sunulacak mesajların belirlenmesi ve içeriklerin oluşturulmasında çalışmanın 'Mobil Sağlık İletişimi başlığında yer verilen ve Şekil 14'de aktarılan süreç izlenmiş

ve gerek uygulamanın kullanımını arttırmak gerekse kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek için gönderilen bildirimlere ilişkin genel bilgiler Tablo 6 ve Tablo 7’de aktarılmıştır. Tüm bildirim süreçlerinde ortak olan noktalar ise şunlardır:

- **Kampanyaların Genel Amacı:** SağlıkPRESS uygulamasının kullanımını sağlamak ve kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek.
- **Kampanyaların Temel Hedefleri:** Uygulamadaki kullanıcı sayısı kadar içerik görüntülemesi elde etmek.
- **Kampanyaların Hedef Kitle:** SağlıkPRESS uygulamasının tüm kullanıcıları.
- **Kampanyaların Stratejileri:** Araştırmada kullanılan HLS-EU-Q16 ölçeğinin boyutlarına (tedavi, koruma, geliştirme) yönelik sağlık konularında hedef kitlenin bilgilenmesini sağlamak.³⁵
- **Bildirim Yöntemi:** Mobil bildirim ve elektronik posta gönderimi.
- **Bildirim İçeriği:** Hedef sağlık okuryazarlığı boyutuna uygun içerikler oluşturulmuştur.
- **Bildirim Başlığı ve Bildirim Mesajı:** Tablo 6 ve Tablo 7’de aktarılmıştır.
- **Bildirim Hedef Bağlantısı:** Kampanya hedeflerinde belirlenen içeriğe yönlendirme yapılmıştır.
- **Bildirim Gönderimi ve Bildirim Verilerinin Toplanması:** Her bildirim için; gönderilen bildirimlerin kaç kullanıcıya iletiildiği, bildirim bağlantısına tıklama verileri, hedef içeriğin görüntülenme sayısı ve kullanıcının hedef içerikte geçirdiği süreler toplanmıştır.
- **Bildirim Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi:** Çalışmanın dördüncü ve beşinci bölümlerinde detaylı olarak aktarılmıştır.

Tablo 5. Mobil Sağlık İletişimi Kampanyaları

Kampanya Başlığı	Hedef Sağlık Okuryazarlığı Boyutu	Kampanya Araçları
Hastalandığımızda Hangi Polikliniğe Gitmeniz Gerektiğini Biliyor Musunuz?	Tedavi	Mobil Bildirim (MB6) E-Posta (EPB3)
Tıbbi Terimlere Yabancı Kalmayın	Tedavi	Mobil Bildirim (MB7) E-Posta (EPB4)
İnternette Bakıp Panik Olmayın	Tedavi Koruma	Mobil Bildirim (MB8) E-Posta (EPB5)
Psikolojik Sağlık Sorunlarıyla Baş Etmenin Yolları	Koruma	Mobil Bildirim (MB9) E-Posta (EPB6)

35 Stratejiler belirlenirken her kampanyada ilgili ölçeğin alt boyutlarında yer alan sağlık konuları referans alınmıştır.






Günlük Davranışlarımızın Sağlığımıza Etkisi	Koruma Geliştirme	Mobil Bildirim (MB10) E-Posta (EPB7)
Sahte Sağlık Haberlerine Dikkat	Koruma Geliştirme	Mobil Bildirim (MB12) E-Posta (EPB9)
Doğru İlaç Kullanma Rehberi	Tedavi	E-Posta (EPB10)
Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Önerileri	Tedavi Koruma Geliştirme	Bildirimsiz Kampanya (Kontrol Bildirimi)

Mobil sağlık iletişimi kampanyalarında bildirimlerin etkisini doğru şekilde ölçebilmek adına Tablo 5’te aktarılan son bildirim, mobil bildirim ya da elektronik posta gönderimi yapılmadan sadece uygulamanın ‘Bildirimler’ sayfasındaki listeye eklenerek yürütülmüştür. Aynı amaçla 1 bildirim de sadece elektronik posta yoluyla gönderilmiştir. Böylece bildirimlerin etkisi çalışmanın amaçlarına uygun olarak kontrollü bir şekilde ölçülmüştür.

Tablo 6. Mobil Bildirimler Listesi


Bildirim Başlığı	Bildirim Kodu	Bildirim Mesajı
SağlıkPRESS Uygulamasına Hoş Geldiniz	MB1	Uygulamamız hakkında detaylı bilgi için tanıtım videomuzu izleyebilirsiniz. ³⁶
Vücut sağlığın hakkında yeterince bilgili misin?	MB2	Senin için eğlenceli bir test hazırladık. Hemen çöz, sonucunu öğren 😊
Kırık Değildir O, Kırık Olsa Duramazsın !?	MB3	Ama belki de kırıktır. En iyisi kırık, çıkık ve burkulmalarda yapılabilecek ilk yardıma bir göz atın 🚑
🍽️ Yemeklerden Sonra Mideniz Rahatsız Oluyor Mu?	MB4	Mide Yanması, Reflü, Gastrit, Ülser... En sık görülen mide hastalıklarıyla ilgili temel bilgiler SağlıkPRESS uygulamasında 📖
Günlük Ne Kadar Su İçmeniz Gerekliğini Biliyor Musunuz?	MB5	Vücut ağırlığınıza göre günlük içmeniz gereken ideal su miktarı ve sağlıkla ilgili diğer pek çok hesaplama SağlıkPRESS’de.
Hastalandığınızda hangi polikliniğe gitmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	MB6	İşte size birkaç hastalık ve bu hastalık durumlarında hangi branşlara başvurmanız gerektiğiyle ilgili temel bilgiler.
📖 Tıbbi Terimlere Yabancı Kalmayın	MB7	SağlıkPRESS’in yeni özelliği, TIP TERİMLERİ SÖZLÜĞÜ yayında.
🏠 İnternette Bakıp Panik Olmayın	MB8	Hangi doktora gitmelisiniz, doktorunuzu nasıl seçmelisiniz, ikinci bir doktora ne zaman başvurmalısınız? Hepsinin cevabı GENEL SAĞLIK KONULARINDA sizi bekliyor.

36 Bu bildirim kayıt olan tüm kullanıcılara otomatik olarak gönderildiği için bildirim analizlerine dahil edilmemiştir.

 Stres, Depresyon, Kaygı...	MB9	Psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etmenin yolları SağlıkPRESS'de
 Günlük Davranışlarımızın Sağlığımıza Etkisi	MB10	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve alkol tüketimi gibi davranışların sağlığımız üzerinde sandığımızdan çok daha fazla olumsuz etkilediğini biliyor musunuz?
Senin İçin Eğlenceli Bir Test Hazırladık 📄	MB11	Günlük alışkanlıklarının sağlığına olan etkisini öğrenmek için hemen BİLDİRİMLER sayfasına göz atabilirsiniz 😊
Sahte Sağlık Haberlerine Dikkat 🚫	MB12	İnternette Sağlık Araştırması Yaparken Nelere Dikkat Etmeliyiz? 😊
 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinizi Geliştirme Önerileri ³⁷	KB	 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinizi Geliştirmek İçin Size özel hazırladığımız sağlık önerileri burada 📄
 SağlıkPRESS Kullanıcı Deneyimi Anketi	STB	Değerli kullanıcımız, SağlıkPRESS uygulamasının etkisini ölçmek ve geliştirmek için hazırladığımız ankete katılarak görüşlerinizi bizimle paylaşabilirsiniz. 📄 Anket bağlantısı burada.

Tablo 6'da detayları açıklanan tüm bildirimler SağlıkPRESS mobil uygulaması aracılığıyla kullanıcılara iletilmiş olup bildirimlerin etkilerine yönelik bulgular çalışmanın dördüncü bölümünde açıklanmıştır.

Tablo 7. E-Posta Bildirimleri Listesi

Bildirim Başlığı	Bildirim Kodu	Bildirim Mesajı
 SağlıkPRESS: Vücut Sağlığıyla İlgili Ne Kadar Bilginiz Var	EPB1	Değerli Kullanıcımız; SağlıkPRESS uygulamasını kullandığınız için teşekkürler. Sizin için eğlenceli bir içerik hazırladık ve profil sayfanıza bildirim olarak ekledik. Uygulamaya giriş yaptıktan sonra için “Üyelik İşlemleri” menüsünden “Kullanıcı Paneli” sayfasına ulaşabilir ve ZİL 📄 ikonundan bildirim içeriğinizi görüntüleyebilirsiniz.
#SağlıkPRESS Uygulamasından Size Özel Yeni Bir Bildirim Var 📄	EPB2	Merhaba; SağlıkPRESS ekibi olarak kullanıcıların Sağlık Bilgi Düzeylerini geliştirmeye yönelik içerikler oluşturuyoruz. Bu kapsamda hazırladığımız yeni bir içeriği SİZE ÖZEL olarak uygulamaya ekledik SağlıkPRESS uygulamasına kullanıcı hesabınızla giriş yaptıktan sonra “Kullanıcı Paneli” menüsünden “Bildirimler” sayfasını ziyaret edebilir ve size özel olarak oluşturulan içeriğe göz atabilirsiniz.

<p>Hastalandığınızda hangi polikliniğe gitmeniz gerektiğini biliyor musunuz?</p>	EPB3	<p>Merhaba;</p> <p>Hastalandığınızda hangi doktora gitmeniz gerektiğine karar veremiyorsanız bu içerik tam size göre. En sık görülen semptomlar ve bu semptomlara göre hangi branşlara başvurmanız gerektiğiyle ilgili temel bilgiler SağlıkPRESS uygulamasında sizi bekliyor.</p> <p>Hemen SağlıkPRESS uygulamasına kullanıcı girişi yaparak, “<i>Genel Sağlık Bilgileri</i>” menüsünden “<i>Hangi Doktora Gitmeliyim</i>” içeriğine göz atabilirsiniz.</p>
<p></p>	EPB4	<p>SağlıkPRESS’in Yeni Özelliği Yayında</p> <p>Tıbbi terimleri anlamak için sayfa sayfa dolaşmaya artık gerek yok. Uygulamamıza eklediğimiz “Tıp Terimleri Sözlüğü” ihtiyaç duyabileceğiniz tüm temel tıbbi terimleri ve detaylı açıklamalarını bir arada bulduruyor. Aradığınız kelimeye ve anlamına kolayca ulaşabileceğiniz şekilde tasarlanan Tıp Terimleri Sözlüğü SağlıkPRESS’de <i>Genel Sağlık Bilgileri</i> menüsünde sizi bekliyor.</p> <p>Hemen uygulamaya <i>Giriş Yapın</i> ve SağlıkPRESS’in yeni özelliğini keşfedin.</p>
<p></p>	EPB5	<p>Sayın Kullanıcımız;</p> <p>Hastalıkları tedavi etmenin yolu, tartışmasız doğru tanı ile başlar. Doğru tanının ilk adımı da doğru hekime başvurmaktan geçer. Peki hangi hekime gitmelisiniz, hekim seçerken nelere dikkat etmelisiniz ve ikinci bir görüşe ne zaman ihtiyaç duyarsınız. Tüm bu soruların cevabı SağlıkPRESS’de <i>Genel Sağlık Bilgileri</i> menüsünde sizi bekliyor. İnternette bulduğunuz sağlık bilgileriyle panik yapmayın.</p> <p>Hemen uygulamaya <i>Giriş Yapın</i> ve sizin için oluşturulan içeriklere bir göz atın.</p>
<p></p>	EPB6	<p>Merhaba;</p> <p>Psikolojik sağlık sorunları nelerdir, neden ortaya çıkar, nasıl tanı konur ve nasıl tedavi edilir? Hepsinin cevabı ve psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etmenin yolları SağlıkPRESS’de <i>Genel Sağlık Bilgileri</i> menüsünde sizi bekliyor.</p> <p>Hemen uygulamaya giriş yaparak <i>Bildirimler</i> ekranından Psikolojik Sağlık Sorunlarıyla İlgili Temel Bilgilere ulaşabilirsiniz.</p>

 Günlük Davranışlarımızın Sağlığımıza Etkisi	EPB7	<p>Değerli Kullanıcımız;</p> <p>Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve alkol tüketimi gibi davranışların sağlığımız üzerinde sandığımızdan çok daha fazla olumsuz etkilediğini biliyor musunuz?</p> <p>Günlük davranışlarımızın sağlığımıza olan etkileri SağlıkPRESS’de sizi bekliyor. Hemen uygulamaya giriş yaparak <i>Bildirimler</i> ekranından detaylı bilgiye ulaşabilirsiniz.</p>
Senin İçin Eğlenceli Bir Test Hazırladık	EPB8	<p>Merhaba;</p> <p>Günlük alışkanlıklarımızın sağlığımıza olan etkilerini eğlenceli bir testi çözerek öğrenmek için hemen SağlıkPRESS uygulamasına <i>Kullanıcı Girişi</i> yaparak <i>Bildirimler</i> sayfasına göz atabilirsiniz 😊</p>
Sahte Sağlık Haberlerine Dikkat	EPB9	<p>Merhaba;</p> <p>İnternette edindiğimiz bilgilerin doğruluğu her zaman için teyit edilmeye muhtaçtır ve geçerli bir kaynağı olmayan hiçbir bilgiye inanmamak gerekir. Konu “sağlık” ve “sağlıkla ilgili haberler” olunca da durum çok daha önemli bir hal alıyor. Çünkü insanlar sahte sağlık haberlerinden ve bilgilerden doğrudan etkilenebiliyorlar. SağlıkPRESS olarak sizin için sahte bir sağlık haberlerini nasıl anlayabileceğiniz ve internette sağlık konularında araştırma yaparken nelere dikkat etmeniz gerektiğine dair bir içerik hazırladık.</p> <p>Hemen SağlıkPRESS uygulamasına <i>Kullanıcı Girişi</i> yaparak <i>Bildirimler</i> sayfasına göz atabilirsiniz 😊</p>
 Doğru İlaç Kullanma Rehberi	EPB10 ³⁸	<p>Merhaba;</p> <p>1x1, 2x1, 3x2, aç karna, tok karna, antibiyotik, analjezik... İlaç kullanımıyla ilgili merak ettiğiniz tüm soruların cevabı için yeni bir içerik ekledik. Hemen SağlıkPRESS uygulamasına kullanıcı girişi yaparak <i>Bildirimler</i> sayfasından <i>Doğru İlaç Kullanma Rehberine</i> göz atabilirsiniz 😊</p>
 SağlıkPRESS Uygulaması Kullanıcı Deneyimi Anketi	STB	<p>Merhaba Değerli Kullanıcımız;</p> <p>SağlıkPRESS uygulamasının bir parçası olduğunuz için teşekkürler. 🙌 SağlıkPRESS ekibi olarak hem uygulamamızın etkisini ölçmek hem de daha iyi bir kullanıcı deneyimi oluşturabilmek için desteğinize ihtiyacımız var. Aşağıdaki bağlantıda yer alan ankete katılarak, uygulamamızla ilgili kullanıcı deneyiminizi bizimle paylaşabilirsiniz.</p> <p><i>Ankete Katılmak İçin Tıklayınız</i></p>

Tablo 7’de detayları açıklanan tüm bildirimler katılımcıların kayıt olurken verdikleri elektronik posta adreslerine iletilmiş olup etkilerine yönelik bulgular çalışmanın dördüncü bölümünde açıklanmıştır.

3.5. Son Test Aşaması

SağlıkPRESS uygulaması aracılığıyla yürütülen planlı veri toplama süreci tamamlandıktan sonra kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki değişimin belirlenebilmesi için ön testte kullanılan ölçekte yer alan sorular, “SağlıkPRESS Uygulaması Kullanıcı Deneyimi Anketi” başlığıyla kullanıcılara tekrar gönderilmiştir. Kullanıcıların son teste katılımını arttırmak adına; uygulama üzerinden mobil bildirim, e-posta gönderimi, uygulama içi mesaj gönderimi ve uygulamanın kullanıcı panelindeki bildirimler sayfasına duyurular eklenmiş ve sosyal medya üzerinden paylaşımlar yapılmıştır.

Son test verileri çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak uygulama harici bir platformdan toplanmıştır. Son test verilerinin uygulama üzerinden toplanmamasının nedeni kullanıcıların gerçek bir ankete katıldıklarını düşünmelerini sağlamaktır. Ayrıca son test verileri toplanırken kullanıcılardan uygulamaya kayıt olurken verdikleri e-posta adreslerini yazmaları istenmiştir. Böylelikle ön test bulgularıyla son test bulguları kullanıcı bazında karşılaştırılabilmektedir.

IV. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE ANALİZİ

4.1. Genel Veriler ve Demografik Bulgular

Araştırma verileri Haziran 2021 – Temmuz 2021 arasındaki iki aylık dönemde toplanmış ve SağlıkPRESS sağlık okuryazarlığı mobil uygulaması 383’si IOS ve 1202’i Android işletim sistemine sahip mobil cihazlar olmak üzere toplamda 1585 kullanıcı tarafından yüklenmiştir. SağlıkPRESS mobil uygulamasını yükleyen 1585 kullanıcıdan 943’ü kayıt formunu doldurarak kullanıcı hesabı oluşturmuş, 642 kullanıcı ise sadece uygulamayı yüklemiş fakat kullanıcı hesabı oluşturmamıştır. Uygulamayı yükleyen ve kullanıcı hesabı oluşturan 943 katılımcının 108’i uygulama kayıt formunda bulunan ve kullanıcıların uygulamayı yükledikleri andaki sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmeyi amaçlayan anket sorularına eklenen kontrol sorusunu doğru cevaplamadığı için bu kullanıcıların verileri araştırma bulgularına dahil edilmemiştir.

Araştırmanın deney grubunu, çalışmanın temel amacına uygun şekilde SağlıkPRESS uygulamasını kullanan, mobil uygulamadan planlı bir şekilde sağlık iletişimi kampanyası olarak gönderilen 8 bildirimden en az 4 tanesini görüntüleyen ve son testi geçerli şekilde cevaplamayan 400 kullanıcı oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise uygulamayı yükleyerek kullanıcı hesabı oluşturmasına rağmen araştırma süreci boyunca uygulamayı 1 dakikanın az kullanan ve planlı bir şekilde sağlık iletişimi kampanyası olarak gönderilen bildirimleri görüntülemeyen ancak yine de son teste katılan 100 kullanıcı oluşturmuştur. Kalan 335 kullanıcı ise son teste katılmadığı, uygulamaya kayıt olduktan sonra hiç kullanıcı girişi yapmadığı ya da son teste yer alan kontrol sorusunu doğru cevaplamadığı için verileri araştırma bulgularına dahil edilmemiştir.

Araştırma verilerini oluşturan grupların tanımlayıcı verilerine ilişkin bulgular Tablo 8, Tablo 9 ve Tablo 10'da aktarılmıştır.

Tablo 8. Tüm Kullanıcıların Tanımlayıcı Bulguları

DEĞİŞKEN	(N=943)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Yaş	15-22	441	46,77
	23-29	203	21,53
	30-49	255	27,04
	50>	44	4,67
Cinsiyet	Kadın	567	60,13
	Erkek	376	39,87
Gelir Durumu (TL)	<3.500 (Düşük)	418	44,33
	3.500-5.000 (Orta)	288	30,54
	5.000-10.000 (İyi)	176	18,88
	10.000> (Çok İyi)	61	6,47
Medeni Durum	Bekar	638	67,66
	Evli	305	32,34
Çalışma Durumu	Çalışmıyor / Emekli	193	20,47
	Öğrenci	444	47,08
	Aktif Çalışan	306	32,45
Eğitim Düzeyi	İlkokul	43	4,56
	Ortaokul	41	4,35
	Lise	185	19,62
	Üniversite	538	57,05
	Lisansüstü	136	14,42
Bölge	Akdeniz	371	39,34
	Ege	248	26,30
	İç Anadolu	121	12,83
	Marmara	95	10,07
	Güneydoğu Anadolu	46	4,88
	Doğu Anadolu	37	3,92
	Karadeniz	24	2,55
	KKTC	1	0,11
	Mobil Cihaz Yazılımı	IOS	205

Tablo 8'de aktarıldığı üzere SağlıkPRESS uygulamasını yükleyerek kullanıcı hesabı oluşturan 943 kullanıcının %46,77'si 15-22 yaş aralığında olup %60,13'ü kadındır. %67,66 oranla katılımcıların çoğunun medeni durumu bekarıdır. Çoğunluğun gelir durumu %44,33'lük bir oranla 0-3500 TL arasındadır. Çalışma durumlarına bakıldığında ise %47,08'le öğrencilerin daha ağırlıklı olduğu görülmekte ve eğitim düzeyleri açısından %57,05'le üniversite mezunları çoğunluk teşkil etmektedir. Son olarak katılımcıların %39,34'ü

Akdeniz bölgesinde yaşadığını belirtmiş ve kullanıcıların SağlıkPRESS uygulamasını yükledikleri cihazlara göre %78,26'lık bir oranla Android işletim sistemli mobil cihaz kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 9. Deney Grubu Kullanıcılarının Tanımlayıcı Bulguları

DEMOGRAFİK DEĞİŞKEN (N=400)	SAYI (n)	YÜZDE (%)	
Yaş	15-22	189	47,25
	23-29	87	21,75
	30-49	109	27,25
	50>	15	3,75
Cinsiyet	Kadın	242	60,50
	Erkek	158	39,50
Gelir Durumu (TL)	<3.500 (Düşük)	161	40,25
	3.500-5.000 (Orta)	126	31,50
	5.000-10.000 (İyi)	83	20,75
	10.000> (Çok İyi)	30	7,50
Medeni Durum	Bekar	273	68,25
	Evli	127	31,75
Çalışma Durumu	Çalışmıyor / Emekli	75	18,75
	Öğrenci	204	51,00
	Aktif Çalışan	121	30,25
Eğitim Düzeyi	İlkokul	15	3,75
	Ortaokul	11	2,75
	Lise	57	14,25
	Üniversite	245	61,25
	Lisansüstü	72	18,00
Bölge	Akdeniz	154	38,50
	Ege	109	27,25
	İç Anadolu	53	13,25
	Marmara	41	10,25
	Güneydoğu Anadolu	20	5,00
	Doğu Anadolu	11	2,75
	Karadeniz	12	3,00
Mobil Cihaz Yazılımı	Android	329	82,25
	IOS	71	17,75

Tablo 9'da gösterildiği üzere SağlıkPRESS uygulamasını yükleyen, kullanıcı hesabı oluşturan ve planlı bildirimlerin en az dördünü görüntüleyerek son teste katılan 400 kullanıcının %47,25'i 15-22 yaş aralığında olup %60,50'si kadındır. %68,25 oranla katılımcıların çoğunun medeni durumu bekarıdır. Çoğunluğun gelir durumu %40,25'lik bir oranla 0-3500 TL arasındadır. Çalışma durumlarına bakıldığında ise %51'le öğrencilerin daha ağırlıklı olduğu görülmekte ve eğitim düzeyleri açısından %61,25'le üniversite mezunları

çoğunluk teşkil etmektedir. Son olarak katılımcıların %38,50'si Akdeniz bölgesinde yaşadığını belirtmiş ve kullanıcıların SağlıkPRESS uygulamasını yükledikleri cihazlara göre %82,25'lik bir oranla Android işletim sistemli mobil cihaz kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 10. Kontrol Grubu Kullanıcılarının Tanımlayıcı Bulguları

DEMOGRAFİK DEĞİŞKEN (N=100)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Yaş	15-22	37
	23-29	28
	30-49	27
	50>	8
Cinsiyet	Kadın	61
	Erkek	39
Gelir Durumu (TL)	<3.500 (Düşük)	53
	3.500-5.000 (Orta)	31
	5.000-10.000 (İyi)	10
	10.000> (Çok İyi)	6
Medeni Durum	Bekar	65
	Evli	35
Çalışma Durumu	Çalışmıyor / Emekli	28
	Öğrenci	41
	Aktif Çalışan	31
Eğitim Düzeyi	İlkokul	6
	Ortaokul	10
	Lise	19
	Üniversite	53
	Lisansüstü	12
Bölge	Akdeniz	39
	Ege	25
	İç Anadolu	11
	Marmara	9
	Güneydoğu Anadolu	8
	Doğu Anadolu	7
	Karadeniz	1
Mobil Cihaz Yazılımı	Android	83
	IOS	17

Tablo 10'da gösterildiği üzere araştırmanın deney kontrol grubunda olan 100 kullanıcının %37'si 15-22 yaş aralığında olup %61'i kadındır. %65 oranla katılımcıların çoğunun medeni durumu bekarıdır. Çoğunluğun gelir durumu %53'lük bir oranla 0-3500 TL arasındadır. Çalışma durumlarına bakıldığında ise %41'le öğrencilerin daha ağırlıklı olduğu görülmekte ve eğitim düzeyleri açısından %53'le üniversite mezunları çoğunluk teşkil etmektedir. Son olarak

katılımcıların %39'u Akdeniz bölgesinde yaşadığını belirtmiş ve kullanıcıların SağlıkPRESS uygulamasını yükledikleri cihazlara göre %83'lük bir oranla Android işletim sistemli mobil cihaz kullandıkları belirlenmiştir.

4.2. Ön Test – Son Test Bulguları

Araştırma kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde, SağlıkPRESS uygulamasına kayıt olan 943 katılımcıdan 835'i, uygulama kayıt formunda yer alan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formundaki (HLS-EU-Q16) soruları ve kontrol sorusunu cevaplamış, katılımcıların uygulamayı kullanmaya başladıkları andaki mevcut sağlık okuryazarlığı düzeyleri ölçülmüştür. Planlı bildirim gönderim süreci tamamlandığında ise ön teste katılan ve sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek amacıyla gönderilen planlı bildirimlerden en az dördünü görüntüleyen kullanıcılara aynı ölçek tekrar uygulanarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri tekrar değerlendirilmiş ve yapılan testlere yönelik bulgular Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Deney Grubu Ön Test – Son Test Bulguları

Katılımcı Sayısı (N=400)					
Ön Test Düzeyleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	Son Test Düzeyleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yetersiz	92	23,00	Yetersiz	3	0,75
Sınırlı	146	36,50	Sınırlı	47	11,75
Yeterli	150	37,50	Yeterli	113	28,25
Mükemmel	12	3,00	Mükemmel	237	59,25

Tablo 11'de aktarıldığı üzere SağlıkPRESS mobil uygulamasını yükleyerek hem ön teste hem de son teste katılarak geçerli cevaplar veren ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek üzere gönderilen planlı bildirimlerin en az dördünü görüntüleyen 400 kullanıcının %23'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %36,50'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ise sınırlı olmak üzere toplamda %59,50'sinin uygulamayı kullanmaya başladığı andaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz veya sınırlı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Daha sade bir anlatımla SağlıkPRESS uygulaması kullanılmaya başlandığında katılımcıların yarısından çoğunun sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli değildir. Bu oran, araştırma süreci sonunda %12,5 düzeyine kadar düşürülmüş ve uygulamayı kullanan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki farklılıklar detaylı olarak Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Dency Grubunun Ön Test – Son Test Farklılıkları

Pozitif Farklar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yetersiz →	Sınırlı	38	9,50
Yetersiz →	Yeterli	12	3,00
Yetersiz →	Mükemmel	39	9,75
Sınırlı →	Yeterli	74	18,50
Sınırlı →	Mükemmel	69	17,25
Yeterli →	Mükemmel	117	29,25
TOPLAM POZİTİF DEĞİŞİM		349	87,25
Nötr Durumlar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yetersiz =	Yetersiz	3	0,75
Sınırlı =	Sınırlı	3	0,75
Yeterli =	Yeterli	27	6,75
Mükemmel =	Mükemmel	12	3,00
TOPLAM NÖTR DURUM		45	11,25
Negatif Farklar		Sayı	Yüzde (%)
Sınırlı ←	Yeterli	6	1,50
TOPLAM NEGATİF DEĞİŞİM		6	1,50

Tablo 12’de gösterildiği üzere yetersiz sağlık okuryazarı olan katılımcıların %22,25’i, sınırlı sağlık okuryazarı olan katılımcıların %35,75’i, yeterli sağlık okuryazarı olan katılımcıların %29,25’i mobil uygulama kullanımı sonrasında sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmişlerdir. Katılımcıların %11,25’inin sağlık okuryazarlığı düzeylerinde herhangi bir değişim olmamıştır. Katılımcıların %1,5’nin ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri gerilemiş olarak görünmektedir. Bu durum beklenen sonuçların aksinde bir durum olup muhtemel nedenlerinden birinin mobil uygulama aracılığıyla sağlanan sağlık bilgileriyle katılımcıların doğru bildikleri sağlık davranışlarının aslında yanlış olduğunun farkına varması, diğeri ise katılımcıların ön test ve son testte yer alan kontrol sorularını tesadüfi olarak doğru cevaplamasına rağmen gerçekte anket sorularını hatalı cevaplanma olasılığıdır.

Tablo 13. Kontrol Grubu Ön Test – Son Test Bulguları

Katılımcı Sayısı (N=100)					
Ön Test Düzeyleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	Son Test Düzeyleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yetersiz	32	32,00	Yetersiz	31	31,00
Sınırlı	25	25,00	Sınırlı	23	23,00
Yeterli	29	29,00	Yeterli	30	30,00
Mükemmel	14	14,00	Mükemmel	16	16,00

Tablo 13'te aktarıldığı üzere araştırmanın kontrol grubunda olan 100 kullanıcının ön test verilerine göre %32'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %25'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi ise sınırlı olmak üzere toplamda %57'sinin uygulamayı kullanmaya başladığı andaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz veya sınırlı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırma sürecinde uygulamayı 1 dakikadan az kullanan kontrol grubu katılımcılarının son test verilerinde ise bu oran deney grubu katılımcılarına göre çok daha sınırlı bir düşüğe ancak %54'e gerilemiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki farklılıklar Tablo 14'te detaylı olarak gösterilmektedir.

Tablo 14. Kontrol Grubunun Ön Test – Son Test Farklılıkları

Pozitif Farklar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yetersiz →	Sınırlı	2	2,00
Sınırlı →	Yeterli	3	3,00
Sınırlı →	Mükemmel	2	2,00
Yeterli →	Mükemmel	2	2,00
TOPLAM POZİTİF DEĞİŞİM		9	9,00
Nötr Durumlar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yetersiz =	Yetersiz	30	30,00
Sınırlı =	Sınırlı	20	20,00
Yeterli =	Yeterli	27	27,00
Mükemmel =	Mükemmel	12	12,00
TOPLAM NÖTR DURUM		89	89,00
Negatif Farklar		Sayı	Yüzde (%)
Sınırlı ←	Mükemmel	1	1,00
Yetersiz ←	Mükemmel	1	1,00
TOPLAM NEGATİF DEĞİŞİM		2	2,00

Tablo 14’te aktarıldığı üzere kontrol grubunun ön test ve son testle ölçülen sağlık okuryazarlığı düzeylerinde, katılımcıların %89’unun sağlık okuryazarlığı düzeylerinde herhangi bir değişim olmamıştır. Çalışmadaki deneysel etkiye maruz kalmayan kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmaması beklenen bir sonuç olup deneyin etkisinin ortaya konulabilmesi için oldukça önemli bir bulgudur.

4.3. Mobil Uygulama Verileri

4.3.1. Genel Veriler

Araştırmaya katılan kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek ve araştırma sürecinde veri toplamak amacıyla hazırlanan SağlıkPRESS mobil uygulamasına kayıt olan kullanıcılara ve uygulamanın genel kullanımına yönelik genel veriler Tablo 15’te aktarılmıştır.

Tablo 15. Uygulama Kullanımına Yönelik Genel Veriler

UYGULAMANIN YÜKLENME VERİLERİ	
IOS Cihazlar	383
Android Cihazlar	1202
TOPLAM	1585
UYGULAMA KULLANICI VERİLERİ	
Kayıtlı Kullanıcı Sayısı	943
Hesap Oluşturmayan Kullanıcı Sayısı	642
Hesap Oluşturan ve Ön Test Verileri Geçerli Kullanıcı Sayısı	835
Son Test Verileri Geçerli Kullanıcı Sayısı	641
Deney Grubu Kullanıcı Sayısı ³⁹	400
Kontrol Grubu Kullanıcı Sayısı ⁴⁰	100
UYGULAMA İÇERİK VERİLERİ	
İçerik Sayısı	144
Tıbbi Terimler Sözlüğünde Açıklanan Terim Sayısı	1244
Toplam İçerik ve Terim Sayısı	1388
UYGULAMA KULLANIM VERİLERİ (n=943)	
İçeriklerin Toplam Görüntülenme Sayısı	15.263
İçeriklerin Toplam Görüntülenme Süresi	83 saat 56 dakika 39 saniye
Uygulama İçi Yapılan Arama Sayısı	215
Uygulama İçinde En Çok Aranan Terim	‘Sağlık Okuryazarlığı’
Tıbbi Terimler Sözlüğü Sayfa Görüntülenme Sayısı	860
Sözlükte Görüntülenen Tekil Tıbbi Terim Sayısı	95
Sözlükte En Çok Görüntülenen Terim	‘Abdomen’
Uygulama Kullanımındaki Ekran Kaydırma Sayısı	30.811

39 Araştırma sürecinde kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla yürütülen mobil sağlık iletişimi kampanyaları kapsamında gönderilen planlı mobil bildirimlerin en az 4 tanesini görüntüleyen kullanıcılar.

40 Uygulamaya kayıt olan ancak ön test – son test verileri geçerli olmasına rağmen (kontrol sorusunu doğru cevaplamış) uygulama içeriklerini ve mobil bildirimleri (son test bildirim hariç) hiç görüntülemeyen kullanıcılar.

Kullanıcı Başına Ortalama İçerik Görüntüleme Süresi	5 dakika 21 saniye	
UYGULAMA KULLANIM VERİLERİ (n=400)		
İçeriklerin Toplam Görüntülenme Sayısı	5.851	
İçeriklerin Toplam Görüntülenme Süresi	80 saat 01 dakika 42 saniye	
Kullanıcı Başına Ortalama İçerik Görüntüleme Sayısı	15	
Kullanıcı Başına Uygulamanın Ortalama Kullanım Süresi	12 dakika	
Kullanıcı Başına Ortalama İçerik Görüntüleme Süresi	48 saniye	
UYGULAMANIN EN SIK KULLANILDIĞI ZAMAN ARALIĞI	15:00 – 17:00 Arası	
UYGULAMANIN EN ÇOK ALDIĞI ANLIK TRAFİK	271 Kullanıcı	
UYGULAMANIN EN ÇOK ANLIK TRAFİK ALAN İÇERİĞİ	Vücut Sağlığın Hakkında Yeterince Bilgili Misin?	
UYGULAMAYI EN ÇOK KULLANAN KATILIMCININ		
Toplam Kullanım Süresi	28 dakika 38 saniye	
Toplam İçerik Görüntüleme Sayısı	105	
Görüntülediği Toplam Tekil İçerik Sayısı	43	
En Sık Görüntülediği İçerik	Hangi Doktora Gitmeliyim?	
EN ÇOK ZİYARET EDİLEN 10 İÇERİK	Gör. Sayısı	Gör. Süresi (sa.dk.sn)
Günlük Alışkanlıklarına Göre Ne Kadar Sağlıklı Bir Yaşam Tarzına Sahipsin?	1020	12:45:10
Günlük İdeal Su İçme Miktarı Hesaplama	914	00:41:41
İnternette Sağlık Araştırması Yaparken Nelere Dikkat Etmeliyiz?	886	02:52:32
Hangi Doktora Gitmeliyim?	882	02:53:54
Tıbbi Terimler ve Anlamları	860	04:08:18
Vücut Sağlığın Hakkında Yeterince Bilgili Misin?	817	16:37:41
Günlük Davranışlarımızın Sağlığa Etkisi	816	02:00:12
Stres, Depresyon, Kaygı... Psikolojik Sağlık Sorunlarıyla İlgili Temel Bilgiler	765	02:17:32
Kırık, Çıkık ve Burkulmalarda İlk Yardım	578	01:02:01
Doğru İlaç Kullanma Rehberi	498	02:15:15
EN AZ ZİYARET EDİLEN 10 İÇERİK	Gör. Sayısı	Gör. Süresi
Tütün ve Kalp Damar Hastalıkları	1	00:00:11
Astım	1	00:00:23
Boyun Ağrıları	1	00:00:57
Tütün Dumanının Zararları	1	00:01:01
Tütün ve Akciğerler	1	00:01:08
Kanser Taramaları	2	00:00:18
Kanserden Korunma	2	00:00:32
Obezitenin Nedenleri	2	00:00:44
Kalp Damar Hastalıklarında Tedavi	2	00:00:45
Kalp Damar Hastalıklarında Risk Faktörleri	2	00:00:46

UYGULAMANIN EN SIK KULLANILDIĞI İLK 10 ŞEHİR	Kullanıcı Sayısı (n=1585)
İzmir	198
Isparta	187
Antalya	174
İstanbul	170
Ankara	136
Konya	92
Gaziantep	76
Adana	70
Manisa	62
Denizli	54

SağlıkPRESS mobil uygulamasına yönelik genel veriler incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%76) Android işletim sistemine sahip bir mobil cihaz kullandıkları görülmektedir. SağlıkPRESS uygulaması mobil uygulama marketlerinde yayımlandıktan sonra yapılan çeşitli tanıtım faaliyetleri⁴¹ aracılığıyla bir aylık sürecin sonunda 1585 kullanıcı tarafından yüklenmiştir. Uygulamayı yükleyen kullanıcılardan 642'sinin bir kullanıcı hesabı oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu durumun temel nedeni olarak, uygulama içeriklerinin sadece uygulamadaki kayıt formunu doldurarak hesap oluşturan kullanıcıların görüntüleyebileceği şekilde hazırlanmış olması gösterilebilir. Uygulamayı yükleyen kullanıcılar, uygulamadan sunulan içerikleri görüntüleyebilmek için gerekli olan kayıt olma zorunluluğunu çeşitli nedenlerle⁴² reddetmiş ve uygulamayı kullanmaktan vazgeçmiş olduğu söylenebilir.

Uygulamayı yükleyerek kayıt formunu dolduran 943 kullanıcının 108'i ise kayıt formundaki sağlık okuryazarlığı anketine eklenen kontrol sorusunu doğru cevaplamadığı için bu kullanıcıların verileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön test formunda bulunan kontrol sorusunu doğru cevaplayarak uygulamaya kayıt olan 835 kullanıcıdan, çalışma sonunda tekrar uygulanan son teste katılarak kontrol sorusunu doğru cevaplayan kullanıcı sayısı ise 641'dir. Ancak çalışmanın temel araştırma sorularında biri olan "bireylerin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine etki eder mi?" ve "sağlık iletişimi kampanyaları mobil uygulamalar aracılığıyla sunulabilir mi, bu kampanyalar bireylerin sağlıkla ilgili konulardaki bilgi düzeylerini etkiler mi?" sorularını bilimsel olarak geçerli ve güvenilir verilerle yanıtlayabilmek ve özellikle mobil bildirimlerin uygulama kullanımına olan etkisini ortaya koyabilmek adına 641 kullanıcının içinden, uygulamadan gönderilen planlı bildirimlerden en az 4 tanesini görüntüleyerek son teste katılan ve son testteki kontrol sorusunu da

41 Sosyal medya hesaplarından yapılan paylaşımlar, dijital pazarlama çalışmaları v.b.

42 Kayıt formunun -görece- uzun olması, kişisel verilerin paylaşılacak istenmemesi v.b.

doğru cevaplayan 400 kullanıcı çalışmanın deney grubu olarak belirlenmiştir. 641 kullanıcıdan 100 tanesi ise ön test ve son test verileri geçerli olmasına rağmen uygulama içeriklerini hiç görüntülememiştir. Bu nedenle çalışmanın ilk planlandığı süreçte kontrol grubuna yönelik herhangi bir tanımlama yapılmamasına rağmen analiz sürecinde bu 100 kişinin verileri kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir. Son test verileri geçerli olan 641 kullanıcıdan 141'i ise deney grubu veya kontrol grubu katılımcılarının özelliklerini taşımayan kullanıcılar olduğu için araştırma bulgularına dahil edilmemiştir.

Kullanıcıların sağlıkla ilgili ihtiyaç duyabilecekleri temel bilgileri sağlaması adına titizlikle oluşturulan 144 içerik ve 1244 tıbbi terim, SağlıkPRESS mobil sağlık uygulaması kapsamında kullanıcılara sunulmuştur. Toplamda 1388 tekil sayfadan oluşan SağlıkPRESS uygulamasının içerikleri, uygulamaya kayıt olan 943 kullanıcı tarafından 15.263 kez görüntülenmiş ve kullanıcıların uygulamada geçirdiği toplam süre yaklaşık 84 saat olarak ölçülmüştür.

Dinamik bir içerik yapısını sahip olan SağlıkPRESS uygulaması, kullanıcıların ihtiyaç duyacakları sağlık bilgilerine yönelik uygulama içerisinde arama yapılabilmesini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur. Uygulamanın arama özelliği kullanıcılar tarafında 215 kez kullanılmış ve en çok aranan terim 'Sağlık Okuryazarlığı' kavramı olmuştur. Tıbbi terimlerin açıklandığı sözlük içeriği ise 860 görüntüleme almış ve sözlükte yer alan 95 farklı tıbbi terimin detay sayfası ziyaret edilmiştir. Sözlükte en çok görüntülenen tıbbi terim ise 'Abdomen' terimi olmuştur. Bu durumun nedeni olarak da 'Abdomen' teriminin sözlükte ilk sırada yer alması gösterilebilir.

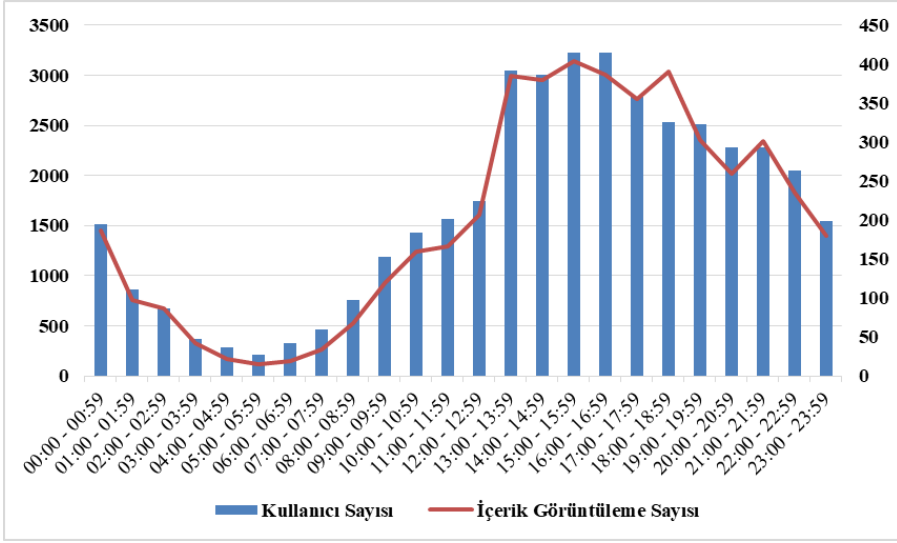
SağlıkPRESS uygulaması hazırlanırken çalışmanın amaçlarına uygun veriler toplayabilmek için özel eklentiler⁴³ kullanılmıştır. Bu eklentilerden biri de katılımcıların uygulamayı kullanırken görüntüledikleri içerik ekranını kaç kez kaydardıklarına yönelik verilerdir. Uygulamanın arka planında toplanan bu veriye göre SağlıkPRESS uygulamasını kullanan katılımcılar içerikleri görüntülerken toplamda 30.811 kez mobil cihazlarının ekranını kaydırmişlardır. Toplam içerik görüntüleme sayısı ile ekran kaydırma sayısı karşılaştırıldığında, her bir kullanıcının içerikleri görüntülerken ortalama 2 kez ekranı kaydardıkları sonucuna ulaşılmaktadır.

Uygulamadaki içeriklerin toplam görüntüleme süresiyle içeriklerin toplam görüntülenme sayısı oranlandığında, her bir kullanıcının toplamda ortalama 5 dakika 21 saniye uygulamayı kullandığı bulgusuna ulaşılmaktadır. Bu oran, sadece geçerli ön test ve son test verileri sağlayarak planlı bildirimlerin en az dört tanesini görüntüleyen 400 kullanıcının verilerine göre hesaplandığında ise 132 farklı içeriğin ilgili 400 kullanıcı tarafından 5.851 kez görüntülediği ve bu kullanıcıların toplamda 80 saat uygulamayı kullandıkları görülmektedir. Buna

43 Uygulamayı kullandıkları zaman aralıkları, görüntülenen içerik bilgileri, içerikte geçirilen süre v.b.

göre her bir kullanıcı toplamda 15 kez ve 12 dakika uygulamayı kullanmıştır. Her bir içeriğin ortalama görüntülenme süresi ise 48 saniye olarak hesaplanmıştır.

Uygulamada kullanılan eklentilerden elde edilen verilere göre, kullanıcıların uygulamayı kullandıkları zaman aralıklarına ilişkin veriler Grafik 1’de gösterilmektedir.



Grafik 1. Uygulama Kullanıma Yönelik Zaman Dağılımları

Grafik 1’de görüleceği üzere uygulamanın en sık kullanıldığı zaman aralığı 15:00 – 17:00 saatleri olmuştur. Bu bulgu uygulamadan gönderilen planlı bildirimlerin gönderim saati ortalaması olan 15:27 bulgusuyla tutarlı sonuçlar sağlamakta ve mobil bildirimlerin uygulama kullanımını arttırdığı çıkarımını desteklemektedir.

Uygulama kullanımına yönelik elde edilen bulgulardan bir diğeri de anlık olarak alınan en yüksek trafik bulgusudur. Bu bulguya göre SağlıkPRESS uygulamasının içerikleri anlık olarak en yüksek 271 kullanıcı tarafından ziyaret edilmiştir. Anlık olarak en yüksek ziyaretçi sayısına ulaşan içerik ‘Vücut Sağlığın Hakkında Yeterince Bilgili Misin?’ içeriği olmuştur. Uygulamayı en fazla kullanan 236 kod numaralı kullanıcının verilerine bakıldığında; toplamda 28 dakika 38 saniye boyunca uygulamayı kullandığı, 43 farklı içeriği 105 kez ziyaret ettiği görülmektedir. İlgili kullanıcının en çok görüntülediği ettiği içerik ise ‘Hangi Doktora Gitmeliyim?’ başlıklı sayfa olmuştur.

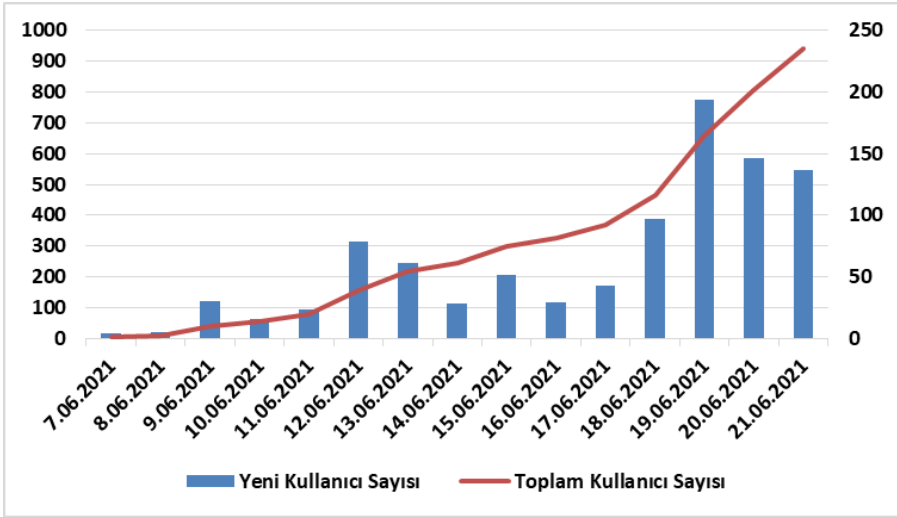
Tüm kullanıcıların ziyaret ettiği içerik verilerine göre uygulamada en çok görüntülenen ilk 10 içeriğin içinde en fazla süreyle görüntülenen içerik 16 saat 37 dakika 41 saniye ile ‘Vücut Sağlığın Hakkında Yeterince Bilgili Misin?’ başlıklı içerik olmuştur. İlgili içeriğin en uzun süreli görüntülenme almasının

temel nedeni olarak ise içerikte yer verilen testin kullanıcılar tarafından ilgi çekici ve eğlenceli bulunması ve testin çözümü için 1 dakikadan daha uzun bir süreyi gerektirmesi gösterilebilir.

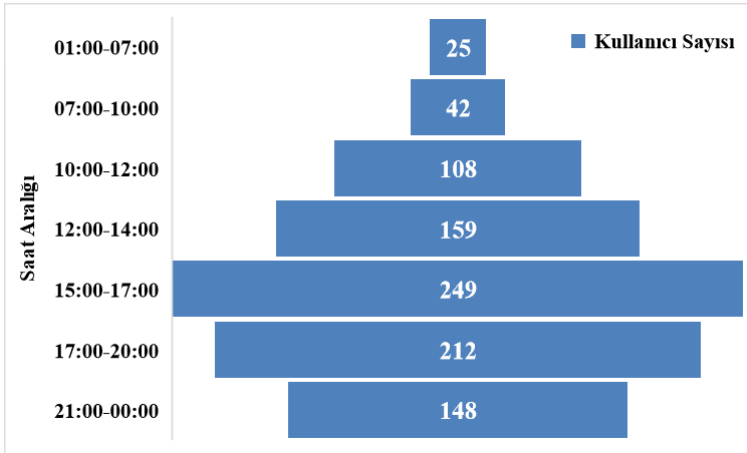
SağlıkPRESS uygulaması Türkiye'nin 59 farklı şehrinde ve KKTC'de yaşayan kullanıcılar tarafından yüklenmiş ve kullanılmıştır. Uygulamanın kullanıldığı şehirlere yönelik dağılımı incelendiğinde İzmir 198 kullanıcıyla en üst sırada yer almaktadır. Bu sayıya yakın kullanıcısı olan şehirler ise Isparta, Antalya ve İstanbul'dur. En fazla kullanıcının İzmir'den olmasının nedeni olarak da uygulamanın tanıtımına yönelik 19-20 ve 21 Haziran tarihlerinde bu bölgedeki anlık gelişmeleri yayınlayan ve 90 binin üzerinde takipçisi olan bir sosyal medya hesabından ücretli tanıtım yapılarak SağlıkPRESS uygulamasının paylaşılması gösterilebilir. Yapılan ücretli tanıtımda kullanılan görseli 20 binin üzerinde kullanıcıya görüntülemiştir.

4.3.2. Kayıt Olma Verileri

Uygulamayı yükleyerek kayıt olan kullanıcıların kayıt oldukları tarih ve zaman aralığına yönelik bulgular Grafik 2 ve Grafik 3'de gösterilmektedir.



Grafik 2. Yeni Kullanıcı Edinimine Yönelik Tarih Dağılımı



Grafik 3. Yeni Kullanıcı Edinimine Yönelik Zaman Dağılımı

İlgili grafikler incelendiğinde; en yüksek 19 Haziran (194), 20 Haziran (146) ve 21 Haziran (137) yeni kullanıcının kayıt olduğu ve en çok kaydın 15:00 – 17:00 (249) saatleri arasında gerçekleştiği görülmektedir. Bu bulgular da uygulama kullanıcılarının, yapılan tanıtım çalışmasına bağlı olarak en yüksek İzmir’den olması ve uygulamanın en çok kullanıldığı zaman aralığı olan 15:00 – 17:00 aralığındaki kullanım bulgularıyla tutarlı sonuçlar vermektedir.

4.3.3. Sosyal Medya Gönderilerine Yönelik Veriler

Uygulamanın tanıtım ve veri toplama sürecinde oluşturulan sosyal medya hesaplarıyla⁴⁴ SağlıkPRESS uygulamasına kullanıcı kazandırmak ve kayıtlı kullanıcıları uygulamayı kullanmaya teşvik etmek amacıyla yapılan paylaşımlarda bulunulmuştur. Yapılan paylaşımlara yönelik veriler Tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16. Sosyal Medya Paylaşımlarına Yönelik Veriler

Paylaşım Tarihi ⁴⁵	Paylaşım Amacı	Paylaşım Yapılan Sosyal Medya Aracı	Paylaşılan İçerik Sayısı	Sosyal Medyadan Erişilen Kişi Sayısı
06.06.21	Uygulama Tanıtımı	Instagram Facebook Twitter Linkedin	1	342
07.06.21	Uygulama Kullanımı	Instagram Facebook Twitter	3	1016
09.06.21	Uygulama Tanıtımı	Instagram Facebook Twitter	1	355

⁴⁴ Instagram, Twitter, Facebook, YouTube, LinkedIn

⁴⁵ (*) ile belirtilen tarihlerde kullanıcılara mobil bildirim gönderimi de yapılmıştır.

10.06.21	Uygulama Tanıtımı	Instagram Facebook Twitter	2	6124 ⁴⁶
12.06.21	Uygulama Tanıtımı	Instagram Facebook Twitter YouTube	1	902
*13.06.21	Uygulama Tanıtımı	Instagram Facebook Twitter	2	20563 ⁴⁷
18.06.21	Uygulama Tanıtımı	Instagram Facebook Twitter	1	2759 ⁴⁸
*02.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	5	2106
05.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	1	549
*06.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	1	349
*09.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	1	511
*12.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	1	413
*15.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	1	657
20.07.21	Sağlık İletişimi Kampanyası	Instagram Facebook Twitter	1	349

Tablo 16'daki veriler incelendiğinde, sosyal medyadan yapılan paylaşımların reklamlarla desteklenmesi durumunda erişilen kişi sayısında doğrudan, uygulama kullanımında ise dolaylı bir artışın yaşandığı söylenebilir. SağlıkPRESS uygulamasındaki eklentilerde kaydedilen trafik verileri, kayıtlı kullanıcılara dayalı veriler olduğu için doğrudan sosyal medya araçlarından uygulamaya yönlendirilen trafiğe ilişkin veriler ayrıştırılamamıştır. Çünkü sosyal medyadan paylaşım yapıldığı tarihlerde aynı zamanda mobil bildirimler de gönderilmiş ve içerik görüntülemeleri sadece kayıtlı kullanıcılar baz alınarak tutulmuştur.

46 Paylaşılan içerik Facebook reklamıyla desteklenmiştir.

47 Paylaşılan içerik Instagram reklamıyla desteklenmiştir.

48 Paylaşılan içerik Twitter reklamıyla desteklenmiştir.

Sosyal medya paylaşımlarının uygulama kullanımına olan etkisini belirlemek adına, sosyal medyadan paylaşım yapılan günlerde uygulamaya yeni kayıt olan kullanıcı sayısı ile mobil bildirim gönderilmeyen⁴⁹ ve sosyal medyada paylaşım yapılmayan bir önceki günün yeni kayıt olan kullanıcı sayıları karşılaştırılmış ve bulgular Tablo 17’de aktarılmıştır.

Tablo 17. Sosyal Medya Paylaşımlarının Uygulama Kullanımına Yönelik Etkisi

Sosyal Medyadan Gönderi Paylaşım Tarihi	Sosyal Medyada Yapılan Paylaşım Önceki Gün Kayıt Olan Kullanıcı Sayısı	Sosyal Medyada Paylaşım Yapılan Gün Kayıt Olan Kullanıcı Sayısı	Sosyal Medya Paylaşımının Tahmini Etki Oranı
09.06.2021	4	30	%750
12.06.2021	23	79	%343,47
18.06.2021	43	97	%225,58

Tablo 17’deki veriler incelendiğinde, mobil bildirim gönderilmeyen veya sosyal medyadan paylaşım yapılmayan günlerde kayıt olan yeni kullanıcı sayıları ile sadece sosyal medyadan paylaşım yapılan günlerde kayıt olan yeni kullanıcı sayıları arasında oldukça yüksek bir artış görülmektedir.

4.3.4. Kullanıcıların SağlıkPRESS Uygulamasına Yönelik Görüşleri

Araştırmaya katılan kullanıcıların SağlıkPRESS mobil uygulamasına yönelik görüşleri, veri toplama süreci sonunda uygulanan son testte yer alan 4 ek soru ile değerlendirilmiştir. Bu kapsamda uygulama kullanıcılarına yöneltilen ek sorular ve verilen cevaplara ilişkin bulgular Tablo 18 ve Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 18. Deney Grubu Kullanıcıların SağlıkPRESS Uygulamasına Yönelik Görüşleri

EK SORU I: SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığına (sağlıkla ilgili bilgilere; ulaşma, anlama ve kullanma becerisi) olan etkisini nasıl değerlendirirsiniz?		
Çok Etkili	Sayı (n)	266
	Yüzde (%)	66,50
Etkili	Sayı (n)	118
	Yüzde (%)	29,50
Ne Etkili Ne Etkisiz	Sayı (n)	14
	Yüzde (%)	3,50
Etkisiz	Sayı (n)	2
	Yüzde (%)	0,50
Çok Etkisiz	Sayı (n)	0
	Yüzde (%)	0

49 Daha önceden uygulamayı yükleyen fakat henüz kayıt yaptırmayan kullanıcıların bildirim etkisiyle kayıt olabileceği kısıttan dolayı sadece mobil bildirim gönderilmeyen tarihlerdeki veriler dikkate alınmıştır.

EK SORU II: SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimler, uygulamayı kullanma tercihinizi ne kadar etkiledi?

Çok Etkiledi	Sayı (n)	246
	Yüzde (%)	61,50
Etkiledi	Sayı (n)	129
	Yüzde (%)	32,25
Ne Etkiledi Ne Etkilemedi	Sayı (n)	19
	Yüzde (%)	4,75
Etkilemedi	Sayı (n)	6
	Yüzde (%)	1,50
Hiç Etkilemedi	Sayı (n)	0
	Yüzde (%)	0

EK SORU III: SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeyinize katkı sağladığınızı düşünüyor musunuz?

Evet	Sayı (n)	388
	Yüzde (%)	97,00
Hayır	Sayı (n)	12
	Yüzde (%)	3,00

EK SORU IV: SağlıkPRESS uygulamasını kullanmaya devam etmeyi düşünüyor musunuz?

Evet	Sayı (n)	387
	Yüzde (%)	96,75
Hayır	Sayı (n)	13
	Yüzde (%)	3,25

SağlıkPRESS sağlık okuryazarlığı geliştirme uygulamasına yönelik deney grubundaki kullanıcı görüşleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%66,5) uygulamadan gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde çok etkili olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğu (%61,5) bildirimlerin uygulamayı kullanma tercihlerini çok etkilediğini ifade etmiştir. Ayrıca 388 (%97) kullanıcı; SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeylerine katkı sağladığını belirtmiş ve 387 (%96,75) kullanıcı uygulamayı kullanmaya devam edeceği yönünde görüş sunmuştur.

Tablo 19. Kontrol Grubu Kullanıcıların SağlıkPRESS Uygulamasına Yönelik Görüşleri**EK SORU I: SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığına (sağlıkla ilgili bilgilere; ulaşma, anlama ve kullanma becerisi) olan etkisini nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok Etkili	Sayı (n)	16
	Yüzde (%)	16,00
Etkili	Sayı (n)	20
	Yüzde (%)	20,00
Ne Etkili Ne Etkisiz	Sayı (n)	23
	Yüzde (%)	23,00
Etkisiz	Sayı (n)	15
	Yüzde (%)	15,00
Çok Etkisiz	Sayı (n)	26
	Yüzde (%)	26,00

EK SORU II: SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimler, uygulamayı kullanma tercihinizi ne kadar etkiledi?

Çok Etkiledi	Sayı (n)	19
	Yüzde (%)	19,00
Etkiledi	Sayı (n)	25
	Yüzde (%)	25,00
Ne Etkiledi Ne Etkilemedi	Sayı (n)	26
	Yüzde (%)	26,00
Etkilemedi	Sayı (n)	16
	Yüzde (%)	16,00
Hiç Etkilemedi	Sayı (n)	14
	Yüzde (%)	14,00

EK SORU III: SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeyinize katkı sağladığını düşünüyor musunuz?

Evet	Sayı (n)	45
	Yüzde (%)	45,00
Hayır	Sayı (n)	55
	Yüzde (%)	55,00

EK SORU IV: SağlıkPRESS uygulamasını kullanmaya devam etmeyi düşünüyor musunuz?

Evet	Sayı (n)	56
	Yüzde (%)	56,00
Hayır	Sayı (n)	44
	Yüzde (%)	44,00

SağlıkPRESS sağlık okuryazarlığı geliştirme uygulamasına yönelik kontrol grubundaki kullanıcı görüşleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun beklenildiği üzere uygulamadan gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde etkili bulmadığını ifade eden cevaplar verdiği görülmektedir. Her ne kadar sayısal olarak kontrol grubundaki kullanıcıların uygulamayı kullanmaya devam edeceği yönünde görüşleri fazla olsa da bu verinin gerçeği yansıttığı düşünülmemektedir.

4.3.5. Mobil Bildirilere Yönelik Veriler

Araştırmaya katılan kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek ve araştırma sürecinde veri toplamak amacıyla hazırlanan SağlıkPRESS mobil uygulaması aracılığıyla gönderilen bildirimler ve e-posta aracılığıyla gönderilen mesajlara yönelik genel veriler Tablo 20’de aktarılmıştır.

Tablo 20. Mobil Bildirim ve E-Posta Verileri

Bildirim Kodu	Tarih	Saat	Bildirim Hedefi	Gönderilen Kullanıcı Sayısı	Görüntüleyen Kullanıcı Sayısı	Bildirim Etki Düzeyi ⁵⁰
MB1	13.06.21	13:14	Uygulama Kullanımı	241	104	0,43
MB2 EPB1	16.06.21	12:30	Uygulama Kullanımı	448	417	0,93
MB3	20.06.21	10:30	Uygulama Kullanımı	548	445	0,81
MB4	22.06.21	20:40	Uygulama Kullanımı	761	646	0,85
MB5	28.06.21	13:18	Uygulama Kullanımı	727	590	0,81
EPB2 ⁵¹	30.06.21	18:55	Uygulama Kullanımı	188	91	0,48
MB6 EPB3	01.07.21	13:20	Tedavi	1030	655	0,64
MB7 EPB4	02.07.21	19:41	Tedavi	984	635	0,65
MB8 EPB5	04.07.21	15:46	Tedavi Koruma	909	607	0,67
MB9 EPB6	06.07.21	13:50	Koruma	899	603	0,67
MB10 EPB7	09.07.21	15:55	Koruma Geliştirme	883	586	0,66

50 Bildirim trafiğe dönüşme oranı

51 Sadece E-Posta Olarak Gönderilen Hatırlatma Bildirimi

MB11 EPB8	12.07.21	16:32	Uygulama Kullanımı	874	572	0,65
MB12 EPB9	15.07.21	22:05	Koruma Geliştirme	861	577	0,67
EPB10	16.07.21	15:12	Tedavi	889	255	0,29
KB⁵²	18.07.21	15:30	Tedavi Koruma Geliştirme	460	215	0,47
STB	19.07.21	10:20	Son Test	943	628	0,67
ORTALAMA				728	477	0,65

Tablo 20’de aktarılan bulgular incelendiğinde bildirimlerin uygulamadaki içeriklerin görüntülenme trafiğini ortalama %65 düzeyinde etkilediği görülmektedir. Yani ortalama her 10 görüntülemeden 6’sı bildirim yönlendirmeleriyle gerçekleşmiştir. Ayrıca uygulamada en çok görüntülenen içerikler bildirimler aracılığıyla yönlendirilen içerik olup, bu içeriklerin uygulama genelindeki tüm içeriklere göre daha fazla ziyaret edildiği bulgusuna ulaşılmaktadır.

30.06.2021 ve 16.07.2021 tarihlerinde yalnızca e-posta aracılığıyla gönderilen bildirimlerin (EPB2 – EPB10), içeriğin görüntülenmesine olan etkinin diğer bildirimlere göre daha düşük ve ortalama bildirim etkisinden daha az olduğu görülmektedir. EPB2’nin etkisinin EPB10’a göre çok daha düşük olmasının nedeni ilgili tarihlerdeki kullanıcı sayılarındaki farklılık olduğu düşünülmektedir. Ayrıca e-posta ya da mobil uygulama aracılığıyla herhangi bir bildirim yapılmadan sadece uygulama içerisindeki bildirimler sayfasına içerik olarak eklenen kontrol bildirimleri de (KB) hem diğer bildirimlere göre hem de ortalama bildirim etkisine göre (%65) daha düşük bir etkileşim (%47) aldığı görülmektedir.

Uygulama kullanımını arttırmak amacıyla gönderilen bildirimler arasında “Vücut Sağlığın Hakkında Yeterince Bilgili Misin?” başlığıyla gönderilen ve içeriğinde kullanıcıların sağlığa yönelik bilgilerini ölçmeye (bilimsel olmayan) yönelik bir testin yer aldığı bildirim (MB2 – EPB1) en yüksek etkileşimi (%93) aldığı görülmektedir. Kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmeye yönelik gönderilen diğer bildirimlerdeki etkileşimlerin etkilerinin ise benzer düzeylerde ve ortalama bildirim etki oranında gerçekleştiği görülmektedir.





Tablo 21. Mobil Bildirim ve E-Postayla Yönlendirilen İçeriklere Yönelik Bulgular

Bildirim Kodu	Tarih	Saat	Hedef İçerik	Hedef İçeriğin Toplam Görüntülenme Sayısı	Bildirim Hedef İçerikteki Toplam Görüntülemeye Etkisi ⁵³
MB6 EPB3	01.07.21	13:20	Hangi Doktora Gitmeliyim?	882	%74
MB7 EPB4	02.07.21	19:41	Tıbbi Terimler ve Anlamları (Sözlük Sayfası)	860	%74
MB8 EPB5	04.07.21	15:46	Genel Sağlık Konuları (Kategori Sayfası)		Ölçülemedi ⁵⁴
MB9 EPB6	06.07.21	13:50	Stres, Depresyon, Kaygı... Psikolojik Sağlık Sorunlarıyla İlgili Temel Bilgiler	899	%79
MB10 EPB7	09.07.21	15:55	Günlük Davranışlarımızın Sağlığa Etkisi	883	%72
MB12 EPB9	15.07.21	22:05	İnternette Sağlık Araştırması Yaparken Nelere Dikkat Etmeliyiz?	863	%65
EPB10	16.07.21	15:12	Doğru İlaç Kullanma Rehberi	889	%51
KB	18.07.21	15:30	Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Önerileri	460	%46
ORTALAMA				819	%66

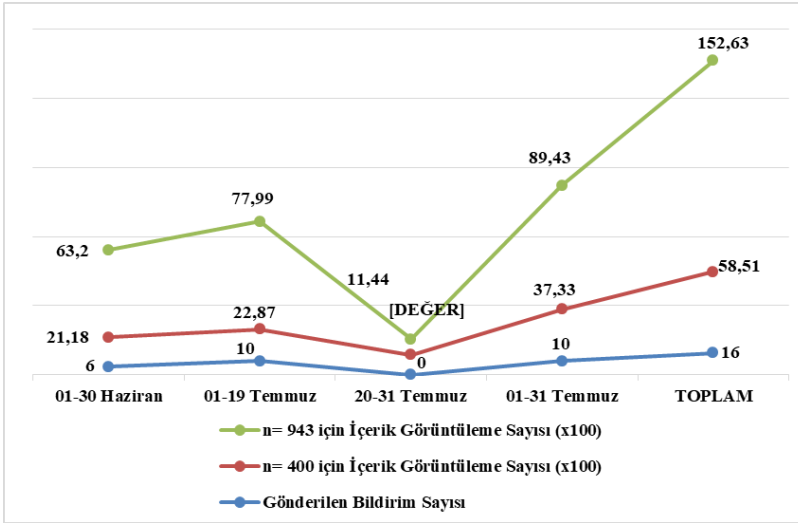
Araştırma kapsamında 1 aylık (Haziran 2021) kullanıcı edinme ve mevcut kullanıcıların uygulamayı kullanmasını sağlamak amacıyla yapılan tanıtım ve bildirim gönderme süreci tamamlandıktan sonraki 1 aylık (Temmuz 2021) süreçte, kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla daha önceden oluşturulan mobil sağlık iletişimi kampanyaları SağlıkPRESS uygulaması aracılığıyla yürütülmüş ve bu kapsamda oluşturulan içeriklere kullanıcıları yönlendirebilmek için 8 tane planlı bildirim ve e-posta gönderimi sağlanmıştır. Tablo 21’de aktarılan bulgulara göre ‘🤔 Stres, Depresyon, Kaygı... Psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etmenin yolları SağlıkPRESS’de’ başlığıyla yürütülen kampanya bildirimini en etkili bildirim (%79) olarak ölçülmüştür. Kontrol bildirimini olarak planlanan ve e-posta ya da mobil uygulama

53 İlgili içeriğin toplam görüntülenme trafiğinin içindeki bildirim ve e-posta yönlendirmelerinin oranı.

54 İlgili sayfa kategori sayfası olduğu ve kategoride yer alan içeriklere birden fazla bildirimle yönlendirme yapıldığı için ölçüm yapılamamıştır.

aracılığıyla herhangi bir bildirim yapılmadan sadece uygulama içerisindeki bildirimler sayfasına içerik olarak eklenen “ Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinizi Geliştirmek İçin Size özel hazırladığımız sağlık önerileri  burada” başlıklı bildirim ise diğer planlı bildirimlere ve ortalamaya (%66) göre en az etkiyi göstermiştir (%46). Benzer şekilde mobil bildirim olmaksızın sadece e-posta olarak gönderilen EPB10 kodlu “ Doğru İlaç Kullanma Rehberi: 2x1, 3x2, aç karna, tok karna, antibiyotik, analjezik... İlaç kullanımıyla ilgili tüm merak ettiğiniz konular  burada” bildirimini de diğer bildirimlere ve ortalamaya (%66) göre kullanıcıların ilgili içeriği görüntülemesinde daha az etkili (%51) olmuştur.

Araştırma verilerinin toplandığı dönem süresince (Haziran-Temmuz 2021) uygulamadan gönderilen bildirimlerin ve e-postaların, içeriklerin görüntülenme sayılarına olan etkilerine yönelik bulgular Grafik 4’te gösterilmektedir.



Grafik 4. İçerik Görüntüleme Sayısı – Bildirim Sayısı Grafiği

Grafik 4’de görüleceği üzere hem n=400 için hem de n=943 için uygulama içeriklerinin görüntülenme sayısı ile gönderilen bildirimler arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. 20-31 Temmuz aralığında kullanıcılara mobil bildirim gönderilmemiş ve ilgili dönemdeki görüntülenme sayılarında önemli bir azalış gözlemlenmiştir. Uygulama içeriklerinin görüntülenmesinde görülen bu azalma doğrudan ilgili dönemde bildirim gönderilmemesiyle açıklanabilir.

Çalışma kapsamında gönderilen tüm bildirimler değerlendirildiğinde gerek kontrol bildirimlerinin etki sonuçları gerekse sadece e-posta ile gönderilen bildirimlerin etki sonuçlarının mobil bildirimlerin uygulama kullanımında pozitif bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda gönderilen bildirim sayısı ile uygulama içeriklerinin görüntülenmesi arasında bulunan doğrusal

ilişki de mobil bildirimlerle uygulama kullanımının arttırılabileceği sonucunu ortaya koymaktadır.

4.4. İstatistiksel Analizler

Araştırma kapsamında yürütülen veri toplama süreci sonunda, deney grubundaki 400 katılımcı ve kontrol grubundaki 100 katılımcının verileri istatistiksel analizlerde kullanılmak üzere uygulamanın veri tabanından çekilerek uygun dosya formatlarına dönüştürülmüştür. Toplanan veriler Jamovi 1.6, SPSS 25 ve IBM SPSS AMOS 24 programlarında analiz edilerek çalışmanın istatistiksel analiz bulguları ortaya konmuştur.

4.4.1. Veri Dağılımı, Geçerlik ve Güvenirlik

Uygulamadan elde edilen verilerin dağılımı, geçerlik ve güvenirliliğine yönelik analiz bulguları Tablo 22 ve Tablo 23'te aktarılmıştır.

Tablo 22. Deney Grubu Veri Dağılımı, Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Skewness	-0,370	-0,402	-0,411	-0,312	-0,880	-0,779	-0,929	-0,762
Kurtosis	0,107	-0,049	0,735	-0,227	0,050	-0,045	-0,018	-0,410
Cronbach Alfa	0,64	0,65	0,61	0,80	0,80	0,71	0,73	0,88

(1) Ön Test Tedavi (2) Ön Test Koruma (3) Ön Test Geliştirme (4) **Ön Test Genel** (5) Son Test Tedavi (6) Son Test Koruma (7) Son Test Geliştirme (8) **Son Test Genel**

Tablo 23. Kontrol Grubu Veri Dağılımı, Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Skewness	0,075	-1,092	-1,095	-0,241	-0,512	-0,685	-0,798	-0,375
Kurtosis	-0,652	1,827	1,434	0,059	0,519	0,711	1,115	0,324
Cronbach Alfa	0,81	0,83	0,90	0,91	0,61	0,43	0,45	0,73

(1) Ön Test Tedavi (2) Ön Test Koruma (3) Ön Test Geliştirme (4) **Ön Test Genel** (5) Son Test Tedavi (6) Son Test Koruma (7) Son Test Geliştirme (8) **Son Test Genel**

Verilerin normallik dağılımlarının değerlendirilmesinde verilerin simetrik olup olmadığına yönelik bilgi veren çarpıklık katsayısı (skewness) ve verilerin dağılımında yayılmaya veya sivirmeye yönelik bilgi veren basıklık katsayısı (kurtosis) değerlerinden faydalanılmaktadır (Baykul ve Güzeller, 2014, s. 294).

Çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri verilerin dağılımının normal olarak gerçekleşip gerçekleşmediği hakkında bilgi vermektedir. Verilerin dağılımı mükemmel seviyede normal dağılım gösterirse, bu değerler 0 (sıfır) olarak hesaplanır ancak sosyal bilimlerde bu durum neredeyse imkânsızdır. Verilerin normallik dağılımının varsayımı için skewness ve kurtosis değerlerinin +1 ile -1 arasında (Hair vd., 2019, s. 48), +1,5 ile -1,5 arasında (Tabachnick ve Fidell, 2013) veya +2 ile -2 arasında (George ve Mallery, 2010) olması beklenmektedir.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeğin boyutlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde deney grubu verilerinin; tedavi, koruma, geliştirme boyutlarının hem ön test verilerinde hem de son test verilerinde -1,5 ile +1,5 arasında yer aldığı belirlenmiş ve Tablo 22’de görüldüğü gibi verilerin normallik dağılımına uyum gösterdiği varsayılmıştır. Benzer şekilde ölçeğin tümü değerlendirildiğinde de çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olduğu ve verilerin normallik dağılımına uyum gösterdiği varsayılmıştır.

Kontrol grubu verilerinin dağılım özelliklerine bakıldığında; ölçeğin sadece koruma boyutunun son test verilerinde kurtosis değerinin -2 ile +2 arasında olduğu diğer tüm boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında yer aldığı belirlenmiştir. Ölçeğin tümü değerlendirildiğinde de çarpıklık ve basıklık değerlerinin kontrol grubunda da -1 ile +1 arasında olduğu ve verilerin normallik dağılımına uyum gösterdiği varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğiyle toplanan verilerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla iç tutarlık analizi yapılmış ve hem ölçekteki boyutların hem de ölçeğin tümünün Cronbach’s Alpha katsayıları hesaplanarak elde edilen α değerleri Tablo 22 ve Tablo 23’te gösterilmiştir. Alpha katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliğin yorumlanmasında farklı görüşler yer almakla birlikte bu araştırmada aşağıda yer alan aralıklar referans olarak alınmıştır (Kalaycı, 2009, s. 405).

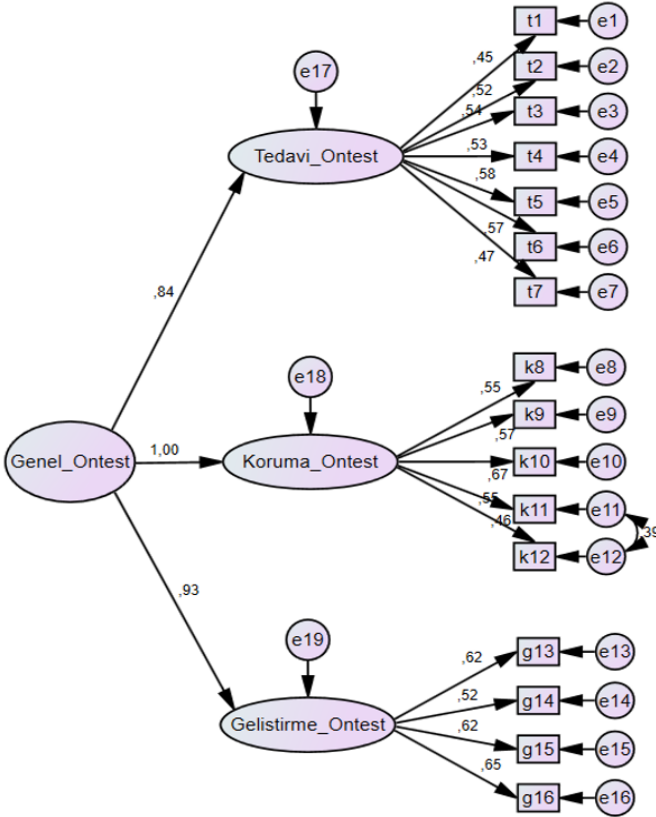
- $0,00 < \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,40 < \alpha < 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $0,60 < \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir,
- $0,80 < \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 22’de aktarıldığı üzere araştırmada kullanılan ölçeğin deney grubu verilerinde hem ön test hem de son test için tüm boyutlarda oldukça güvenilir olduğu genel düzeyde ise yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Tablo 23’te aktarılan kontrol grubu verilerinde ise ölçeğin tümüne bakıldığında ön test değerinin yüksek derecede güvenilir, son test değerinin de oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

Ölçeğin alt boyutları ise ön test verilerinde oldukça güvenilir düzeydeyken son test verilerinde tedavi boyutu oldukça güvenilir, koruma ve geliştirme boyutları ise güvenilirliği düşük olarak hesaplanmıştır.

4.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

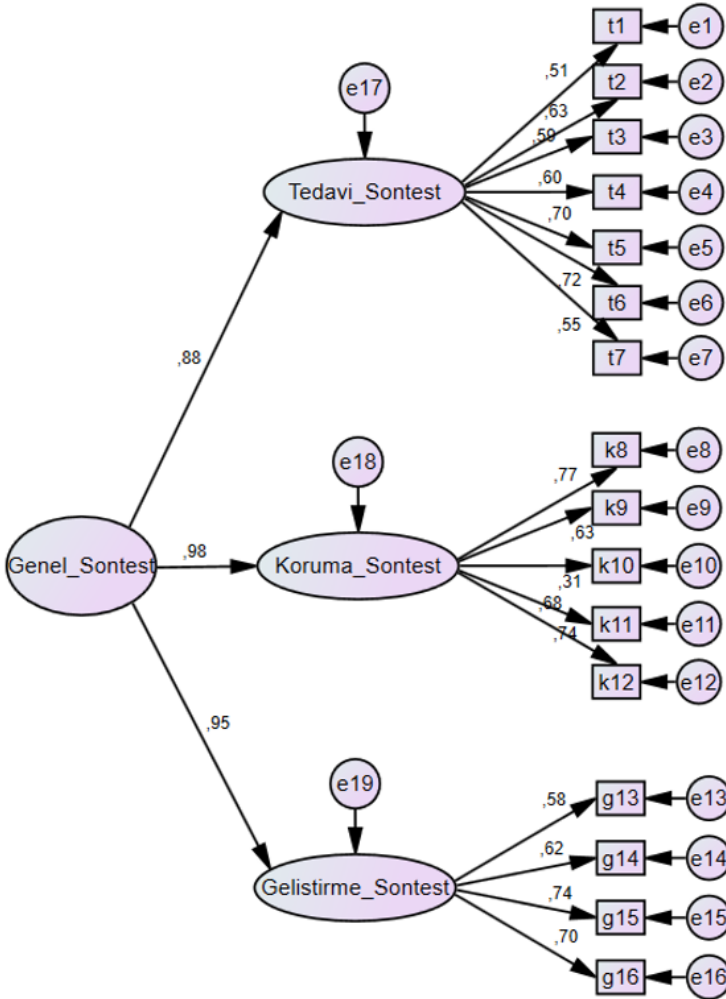
Çalışmada kullanılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formunun (HLS-EU-Q16) Türkçe anket formu uygulanarak toplanan ön test verilerine uygulanan ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizine yönelik bulgular Şekil 15’de gösterilmiştir. Analiz sonucunda CFI=0.87 değerinin istenilen sınırlar içerisinde olmaması sebebiyle modifikasyon indeksleri incelenmiş ve e11 ve e12 sorularına kovaryans işlemi yapılmıştır. Yapılan modifikasyon sonucunda Şekil 14’te yer alan ölçüm modeline ait uyum iyiliği değerleri verinin yapı ile iyi uyum sağladığını doğrulamaktadır. Ayrıca faktör yüklerinin de kabul edilebilir değer olan (Şencan, 2005, s. 779) 0,40’ın üzerinde olduğu görülmektedir.



CMIN/DF	CFI	GFI	AGFI	NFI	RMSEA
2,438	0,91	0,93	0,91	0,68	00,6

Şekil 15. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu Ön Test DFA

Çalışmada kullanılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formunun (HLS-EU-Q16) Türkçe anket formu uygulanarak toplanan son test verilerine uygulanan ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizine yönelik bulgular Şekil 16'da gösterilmiştir. Analiz sonucunda uyum iyiliği değerleri istenilen sınırlara uygun düzeyde çıkmış ve verilerin üç faktörlü yapı ile uyumlu olduğu DFA sonucunda doğrulanmıştır. Uyum iyiliği değerlerinin ve faktör yüklerinin iyi uyum sağlamasından dolayı ölçekte herhangi bir modifikasyon yapılmamıştır.



CMIN/DF	CFI	GFI	AGFI	NFI	RMSEA
3,278	0,91	0,91	0,88	0,87	00,7

Şekil 16. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu Son Test DFA

4.4.3. Paired Simple t Testi Analizi

Araştırmada sürecinde kullanıcıların uygulamaya kayıt olurken ölçülen sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin ön testten aldıkları puanlarla, planlı bildirim sürecinin sonunda ölçülen sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin son testten aldıkları puanlar, iki ilişkili grubun aritmetik ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını sınamak amacıyla kullanılan paired sample t testi ile analiz edilerek elde edilen bulgular Tablo 24 ve Tablo 25’te aktarılmıştır.

Tablo 24. Deney Grubu Paired Simple t-Testi Analiz Bulguları

BOYUTLAR	ÖNTEST			SONTEST			Fark	Sig. (2-Tailed)
	n (Sayı)	X (Ort)	SS	n (Sayı)	X (Ort)	SS		
Tedavi	400	30,779	0,463	400	42,833	0,395	12,054	0,00**
Koruma	400	28,641	0,603	400	39,991	0,513	11,350	0,00**
Geliştirme	400	32,770	0,591	400	42,916	0,455	10,146	0,00**
Genel	400	30,609	0,439	400	41,966	0,392	11,357	0,00**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında “Sig.(2-tailed)” değeri $0.00 < 0.05$ olduğu için %95 güven aralığında, ön test ve son test sonrası deney grubu katılımcılarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini ifade eden puanlara ilişkin ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgular Tablo 11 ve Tablo 12’de aktarılan deney grubu katılımcılarının ön test – son test farklılıklarının yüzde frekans dağılımlarıyla tutarlı sonuçlar sağlamaktadır. Daha sade bir anlatımla araştırma sürecinde SağlıkPRESS uygulamasını kullanan katılımcılara yönelik sunulan ve sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi amaçlayan kampanyalar başarı olmuş ve katılımların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, kullanılan ölçekteki tüm boyutlarda gelişim göstermiştir.

Tablo 25. Kontrol Grubu Paired Simple t-Testi Analiz Bulguları

BOYUTLAR	ÖNTEST			SONTEST			Fark	Sig. (2-Tailed)
	n (Sayı)	X (Ort)	SS	n (Sayı)	X (Ort)	SS		
Tedavi	100	31,572	10,428	100	30,339	8,566	-1,233	0,298
Koruma	100	28,467	14,783	100	31,368	9,004	2,901	0,055
Geliştirme	100	29,457	15,728	100	29,458	10,414	0,001	1,000
Genel	100	30,074	11,072	100	30,439	7,292	0,365	0,713

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında “Sig.(2-tailed)” değeri $0.05 > 0,00$ olduğu için %95 güven aralığında, ön test ve son test sonrası kontrol grubu katılımcılarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini ifade eden puanlara ilişkin ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgular Tablo 13 ve Tablo 14’te aktarılan kontrol grubu katılımcılarının ön test – son test farklılıklarının yüzde frekans dağılımlarıyla tutarlı sonuçlar sağlamaktadır. Daha sade bir anlatımla araştırma sürecinde SağlıkPRESS uygulamasını kullanmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir gelişme olmamıştır.

4.4.4. Korelasyon Analizi

Araştırmanın bağımsız değişkenleri “içerikleri görüntüleme sayısı ve içeriklerde geçirilen süre” boyutları ile temsil edilmektedir. Bağımlı değişkenler ise sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki; tedavi, koruma ve geliştirme boyutlarından oluşmaktadır. Ayrıca bu boyutların toplam değeri de genel sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir. Bu çalışmada toplam 6 gözlenen değişken bulunmaktadır. Bu gözlenen değişkenler arasındaki korelasyon değerleri (Pearson çarpım momentler korelasyon matrisi) Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Korelasyon Analizi Bulguları

<i>Boyutlar</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>
<i>(1)</i>	1					
<i>(2)</i>	0,329***	1				
<i>(3)</i>	0,380***	0,462***	1			
<i>(4)</i>	0,750***	0,786***	0,754***	1		
<i>(5)</i>	0,237***	0,101*	0,113*	0,200***	1	
<i>(6)</i>	0,235***	0,098*	0,108*	0,191***	0,802***	1

(1) Tedavi Fark (2) Koruma Fark (3) Geliştirme Fark (4) Genel Fark (5) Sayı (6) Süre

** $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$*

Tablo 26’da yer alan korelasyon bulguları incelendiğinde değişkenler arasında istatistiksel olarak doğrusal ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi, koruma, geliştirme boyutlarıyla kullanıcıların içerikleri görüntüleme sayısı ve süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla uygulama kullanıcıları sağlıklarını koruma, geliştirme ve tedavi arama davranışlarına yönelik sağlık konularında uygulamadan sunulan içerikleri görüntülemesi, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin olumlu yönde gelişmesine katkı sağlamıştır. Ölçek tüm boyutlarıyla değerlendirildiğinde ise katılımcıların son test

puanları ile ön test puanları arasındaki genel farkın uygulamadaki içeriklerin görüntülenme sayısı ve görüntülenme süreleriyle pozitif ilişkili olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla kendilerine sunulan sağlık bilgilerini daha sık görüntüleyen kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri bu durumdan olumlu yönde etkilenmektedir.

4.4.5. Uygulama Kullanımına Yönelik Analizler

Kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesine yönelik oluşturulan SağlıkPRESS uygulamasının kullanımına ilişkin veriler, araştırma sorularının yanıtlanabilmesi için uygun istatistiksel analizlerle test edilmiştir. Buna göre deney grubu kullanıcıların uygulama içeriklerini görüntüleme sayıları⁵⁵ ve uygulamada geçirdikleri toplam süreler⁵⁶ kategorize edilerek kullanıcıların demografik değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Benzer şekilde son test verileri toplanırken SağlıkPRESS uygulamasının etkilerini belirlemeye yönelik sorulan sorulara verilen cevaplarla kullanıcıların demografik değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenerek elde edilen sonuçlar aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcılar, uygulamayı içeriklerini 1 dakikanın altında görüntülediği ve planlı bildirimleri görüntülemedikleri için uygulama kullanımlarına yönelik bulguları bulunmamaktadır. Bu nedenle kontrol grubunun uygulama kullanımına yönelik analizleri araştırmada kapsamına alınmamıştır.

Tablo 27. İçerik Görüntüleme Sayısı ve Uygulama Kullanım Süresiyle Demografik Değişkenlerin Analiz Bulguları

DEĞİŞKENLER	N		X̄		SS		Test Değerleri	
			Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre
Yaş	15-22	189	2,69	2,66	0,845	0,906	F=,971 p=,412	F=1,239 p=,303
	23-29	87	2,79	2,74	0,865	0,828		
	30-49	109	2,63	2,58	0,835	0,831		
	50 ve Üzeri	15	2,93	3,00	0,799	0,926		
Gelir	Düşük	161	2,77	2,67	0,868	0,934	F=,579 p=,630	F=,312 p=,816
	Orta	126	2,68	2,71	0,816	0,847		
	İyi	83	2,66	2,61	0,873	0,809		
	Çok İyi	30	2,60	2,60	0,770	0,814		

55 0-4 Arası (Az), 5-8 Arası (Orta), 9-16 Arası (Sık), 17 ve Üzeri (Çok Sık)

56 0-4 Dk. Arası (Az), 5-8 Dk. Arası (Orta), 9-12 Dk. Arası (Sık), 13 Dk. ve Üzeri (Çok Sık)

Çalışma Durumu	<i>Öğrenci</i>	204	2,67	2,61	0,844	0,943	F=,236 p=,791	F=,635 p=,531
	<i>Aktif Çalışan</i>	121	2,74	2,72	0,859	0,875		
	<i>Emekli / Çalışmıyor</i>	75	2,69	2,62	0,827	0,819		
Eğitim Düzeyi	<i>İlkokul</i>	15	2,67	2,60	0,816	0,910	F=,481 p=,750	F=,155 p=,959
	<i>Ortaokul</i>	11	2,64	2,46	0,809	1,036		
	<i>Lise</i>	57	2,58	2,65	0,778	0,896		
	<i>Üniversite</i>	245	2,74	2,68	0,862	0,876		
	<i>Lisansüstü</i>	72	2,72	2,68	0,859	0,819		
Bölge	<i>Akdeniz</i>	154	2,72	2,63	0,820	0,825	F=1,238 p=,299	F=1,339 p=,254
	<i>Doğu Anadolu</i>	10	2,60	2,80	0,516	0,919		
	<i>Ege</i>	109	2,60	2,61	0,840	0,872		
	<i>Güneydoğu Anadolu</i>	17	2,77	2,71	0,831	0,920		
	<i>İç Anadolu</i>	49	2,98	2,98	0,901	0,829		
	<i>Karadeniz</i>	18	2,50	2,56	0,924	0,984		
	<i>Marmara</i>	43	2,72	2,63	0,882	0,976		

Tablo 27'deki veriler incelendiğinde, SağlıkPRESS uygulamasındaki içeriklerin görüntüleme sayıları ve içeriklerde geçirilen sürenin sağlık okuryazarlığına olan etkileriyle deney grubu katılımcılarının demografik değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizler (T-Testi, ANOVA) sonucunda anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir.

Tablo 28. İçerik Görüntüleme Sayısı ve Uygulama Kullanım Süresiyle Bildirimlerin Etkilerine Yönelik Kullanıcı Görüşleri Analiz Bulguları

DEĞİŞKENLER	n	Ortalama		SS		Test Değerleri		
		Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	
SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeyinize katkı sağladığını düşünüyor musunuz? (Ek Soru 3)	<i>Evet</i>	388	2,71	2,67	0,846	0,874	p= ,379	p= ,716
	<i>Hayır</i>	12	2,5	2,58	0,798	0,793		
SağlıkPRESS uygulamasını kullanmaya devam etmeyi düşünüyor musunuz? (Ek Soru 4)	<i>Evet</i>	387	2,71	2,67	0,848	0,870	p= ,668	p= ,925
	<i>Hayır</i>	13	2,62	2,69	0,768	0,947		

Uygulama içeriklerinin görüntülenme sayısı ve görüntülenme süresine ilişkin yapılan kategorizasyon⁵⁷ sonucunda elde edilen verilerle, mobil bildirimlerin kullanıcının sağlık bilgisine yönelik sağladığı katkı ve uygulamanın kullanılma tercihine ilişkin alınan kullanıcı görüşleriyle⁵⁸ arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Buna göre Tablo 28'deki veriler incelendiğinde uygulama içeriklerinin kategorize edilen görüntülenme sayısı ve süreleriyle, bildirimlerin etkilerine yönelik kullanıcı görüşlerinin alındığı ek soru 3 ve ek soru 4'e verilen cevaplar arasında yapılan istatistiksel analizler (t-testi) sonucunda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 29. Kullanıcıların Bildirimlere Yönelik Görüşleriyle Uygulama İçeriklerinin Görüntülenme Sayısı ve Süresi Arasındaki İlişki

<i>Boyutlar</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
(1)	1			
(2)	0,588***	1		
(3)	0,126*	0,064	1	
(4)	0,144**	0,048	0,802***	1

(1) Ek Soru 1 (2) Ek Soru 2 (3) Görüntülenme Sayısı (4) Görüntülenme Süresi

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 29'daki veriler incelendiğinde, uygulama içeriklerinin kategorize edilen görüntülenme sayısı ve görüntülenme süreleriyle uygulamadan gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığına olan etkisine yönelik kullanıcı görüşleri⁵⁹ arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Uygulamadaki içerikleri daha sık görüntüleyen ve uygulamada daha fazla vakit geçiren katılımcılar bildirimlerin sağlık okuryazarlığında etkili olduğunu düşünürken içeriklerin görüntülenme sayısı ve süresiyle katılımcıların uygulamayı kullanma tercihlerine yönelik görüşleri⁶⁰ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (korelasyon) bulunamamıştır.

Tablo 30. Bildirimlerin Etkilerine Yönelik Kullanıcı Görüşleri ve Demografik Değişkenlerin Analiz Bulguları

DEĞİŞKENLER	N		Ortalama		SS		Test Değerleri	
			Ek Soru 1	Ek Soru 2	Ek Soru 1	Ek Soru 2	Ek Soru 1	Ek Soru 2
Cinsiyet	Kadın	242	4,62	4,53	0,608	0,676	F=,741	F=,207
	Erkek	158	4,62	4,54	0,537	0,634	p=,994	p=,868
Medeni Durum	Bekar	273	4,65	4,53	0,557	0,653	F=4,819	F=,026
	Evli	127	4,56	4,55	0,626	0,675	p=,152	p=,778

57 **Görüntülenme Sayısı:** 4 Görüntülemeye Kadar: Az | 5-8: Orta | 9-16: Sık | 17 ve Üzeri Çok Sık **Görüntülenme Süresi:** 2 Dakikaya Kadar: Az | 2-8 Dakika: Orta | 9-16 Dakika: Sık | 16 Dakika ve Üzeri: Çok Sık

58 Ek Soru 3 ve Ek Soru 4

59 Ek Soru 1

60 Ek Soru 2

Yaş	<i>15-22</i>	189	4,62	4,52	0,585	0,649	F=,537 p=,658	F=,177 p=,911
	<i>23-29</i>	87	4,67	4,52	0,564	0,680		
	<i>30-49</i>	109	4,60	4,58	0,579	0,684		
	<i>50 ve Üzeri</i>	15	4,47	4,53	0,640	0,516		
Gelir	<i>Düşük</i>	161	4,63	4,50	0,546	0,672	F=,958 p=0,415	F=1,546 p=,206
	<i>Orta</i>	126	4,67	4,63	0,566	0,576		
	<i>İyi</i>	83	4,52	4,46	0,687	0,754		
	<i>Çok İyi</i>	30	4,67	4,60	0,479	0,621		
Çalışma Durumu	<i>Çalışmıyor / Emekli</i>	75	4,61	4,60	0,634	0,658	F=1,656 p=,194	F=,645 p=,526
	<i>Öğrenci</i>	204	4,67	4,54	0,541	0,630		
	<i>Aktif Çalışan</i>	121	4,55	4,49	0,055	0,708		
Eğitim Düzeyi	<i>İlkokul</i>	15	4,67	4,67	0,488	0,488	F=,876 p=,486	F=1,587 p=,194
	<i>Ortaokul</i>	11	4,82	4,82	0,405	0,405		
	<i>Lise</i>	57	4,63	4,51	0,616	0,685		
	<i>Üniversite</i>	245	4,62	4,54	0,585	0,636		
	<i>Lisansüstü</i>	72	4,56	4,47	0,579	0,769		
Bölge	<i>Akdeniz</i>	154	4,60	4,52	0,578	0,725	F=1,837 p=,106	F=,453 p=,840
	<i>Doğu Anadolu</i>	10	4,90	4,60	0,316	0,516		
	<i>Ege</i>	109	4,59	4,54	0,627	0,646		
	<i>Güneydoğu Anadolu</i>	17	4,53	4,41	0,624	0,712		
	<i>İç Anadolu</i>	49	4,74	4,63	0,446	0,528		
	<i>Karadeniz</i>	18	4,56	4,61	0,511	0,502		
	<i>Marmara</i>	43	4,65	4,49	0,650	0,668		

Tablo 30'daki veriler incelendiğinde, SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin; sağlık okuryazarlığına ve uygulamayı kullanma tercihlerine olan etkisinin değerlendirilme düzeyleriyle katılımcıların demografik değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizler (T-Testi, ANOVA) sonucunda anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir.

Tablo 31. Bildirimlerin Sağlık Konularındaki Bilgi Düzeyine Sağladığı Katkı Hakkında Kullanıcı Görüşleriyle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki

DEĞİŞKENLER		61Ek Soru 3						
		Evet		Hayır		χ^2	df	p
Yaş	15-22	182	45,50%	7	1,75%	1,354	3	0,716
	23-29	84	21,00%	3	0,75%			
	30-49	107	26,75%	2	0,50%			
	50 ve Üzeri	15	3,75%	0	0,00%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			
Cinsiyet	Kadın	232	58,00%	10	2,50%	2,699	3	0,100
	Erkek	156	39,00%	2	0,50%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			
Medeni Durum	Bekar	265	66,25%	8	2,00%	0,014	1	0,905
	Evli	123	30,75%	4	1,00%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			
Gelir Düzeyi	Düşük	158	39,50%	3	0,75%	3,501	3	0,321
	Orta	123	30,75%	3	0,75%			
	İyi	78	19,50%	5	1,25%			
	Çok İyi	29	7,25%	1	0,25%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			
Çalışma Durumu	Öğrenci	200	50,00%	4	1,00%	1,548	2	0,461
	Aktif Çalışan	116	29,00%	5	1,25%			
	Emekli / Çalışmıyor	72	18,00%	3	0,75%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			
Eğitim Düzeyi	İlkokul	15	3,75%	0	0,00%	1,837	4	0,766
	Ortaokul	11	2,75%	0	0,00%			
	Lise	54	13,50%	3	0,75%			
	Üniversite	238	59,50%	7	1,75%			
	Lisansüstü	70	17,50%	2	0,50%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			
Bölge	Akdeniz	150	37,50%	4	1,00%	3,811	6	0,702
	Doğu Anadolu	10	2,50%	0	0,00%			
	Ege	104	26,00%	5	1,25%			
	Güneydoğu Anadolu	16	4,00%	1	0,25%			
	İç Anadolu	49	12,25%	0	0,00%			
	Karadeniz	17	4,25%	1	0,25%			
	Marmara	42	10,50%	1	0,25%			
	TOPLAM	388	97,00%	12	3,00%			

Tablo 31'deki veriler incelendiğinde uygulama kullanıcılarının yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve yaşadıkları coğrafi bölgeyle SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık

61 SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeyinize katkı sağladığını düşünüyor musunuz? 1: Evet | 2: Hayır

konularındaki bilgi düzeyinize sağladığı katkıya ilişkin görüşleri arasında yapılan istatistiksel analizler (Ki-Kare Testi) sonucunda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 32. Uygulamayı Kullanmaya Devam Etme Tercihi ve Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki

DEĞİŞKENLER		⁶² Ek Soru 4						
		<i>Evet</i>		<i>Hayır</i>		χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Yaş	15-22	180	45,00%	9	2,25%	2,822	3	0,420
	23-29	85	21,25%	2	0,50%			
	30-49	107	26,75%	2	0,50%			
	50 ve Üzeri	15	3,75%	0	0,00%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	234	58,50%	8	2,00%	0,006	1	0,938
	<i>Erkek</i>	153	38,25%	5	1,25%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			
Medeni Durum	<i>Bekar</i>	263	65,75%	10	2,50%	0,466	1	0,495
	<i>Evli</i>	124	31,00%	3	0,75%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			
Gelir Düzeyi	<i>Düşük</i>	157	39,25%	4	1,00%	2,635	3	0,451
	<i>Orta</i>	123	30,75%	3	0,75%			
	<i>İyi</i>	78	19,50%	5	1,25%			
	<i>Çok İyi</i>	29	7,25%	1	0,25%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			
Çalışma Durumu	<i>Öğrenci</i>	197	49,25%	7	1,75%	1,197	2	0,550
	<i>Aktif Çalışan</i>	116	29,00%	5	1,25%			
	<i>Emekli / Çalışmıyor</i>	74	18,50%	1	0,25%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			
Eğitim Düzeyi	<i>İlkokul</i>	15	3,75%	0	0,00%	1,078	4	0,898
	<i>Ortaokul</i>	11	2,75%	0	0,00%			
	<i>Lise</i>	55	13,75%	2	0,50%			
	<i>Üniversite</i>	237	59,25%	8	2,00%			
	<i>Lisansüstü</i>	69	17,25%	3	0,75%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			
Bölge	<i>Akdeniz</i>	149	37,25%	5	1,25%	5,867	6	0,438
	<i>Doğu Anadolu</i>	10	2,50%	0	0,00%			
	<i>Ege</i>	103	25,75%	6	1,50%			
	<i>Güneydoğu Anadolu</i>	16	4,00%	1	0,25%			
	<i>İç Anadolu</i>	49	12,25%	0	0,00%			
	<i>Karadeniz</i>	17	4,25%	1	0,25%			
	<i>Marmara</i>	43	10,75%	0	0,00%			
	TOPLAM	387	96,75%	13	3,25%			

Tablo 32'deki veriler incelendiğinde uygulama kullanıcılarının yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve yaşadıkları coğrafi bölgeyle SağlıkPRESS uygulamasını kullanmaya devam etme durumlarına ilişkin görüşleriyle arasında yapılan istatistiksel analizler (Ki-Kare Testi) sonucunda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 33. Bildirimlerin Etkilerine ve Sağlık Konularındaki Bilgi Düzeyine Sağladığı Katkıyla Uygulamayı Kullanmaya Devam Etme Tercihine Yönelik Kullanıcı Görüşlerinin Analiz Bulguları

DEĞİŞKENLER	n		Ortalama		SS		Test Değerleri	
			Ek Soru 1	Ek Soru 2	Ek Soru 1	Ek Soru 2	Ek Soru 1	Ek Soru 2
SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeyinize katkı sağladığımı düşünüyor musunuz? (Ek Soru 3)	Evet	388	4,67	4,58	0,509	0,608	p<,001	p<,001
	Hayır	12	3,08	3,33	0,669	1,073		
SağlıkPRESS uygulamasını kullanmaya devam etmeyi düşünüyor musunuz? (Ek Soru 4)	Evet	387	4,66	4,58	0,542	0,603	p<,001	p<,001
	Hayır	13	3,54	3,23	0,660	0,927		

Tablo 33'teki bulgular incelendiğinde, SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin; sağlık okuryazarlığına olan etkisi ve uygulamayı kullanma tercihiyle, uygulamadan gönderilen bildirimlerin sağlık konularındaki bilgi düzeyi sağladığı katkı ve uygulamayı kullanmaya devam etmeye yönelik kullanıcı görüşleri arasında yapılan istatistiksel analizler (t-testi) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu $p<0,05$ görülmektedir. Uygulamadan gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığını ve uygulamayı kullanma tercihlerini etkileyerek, kullanıcıların sağlık konularındaki bilgi düzeyine katkı sağladığı ve kullanılmaya devam edileceği bulgusuna ulaşılmıştır.

V. BÖLÜM: SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Araştırmanın Sonuçları

Bu bölümde “Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Mobil Sağlık İletişimi: Deneysel Bir Çalışma” başlıklı araştırmanın amaçları doğrultusunda ortaya konulan araştırma soruları, elde edilen bulgular ve değerlendirmelerin neticesinde yanıtlanmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda çalışmanın “Araştırma Soruları” başlığında belirtilen sorulara yönelik çıkarımlar şunlardır:

Araştırma Sorusu 1. Bireylerin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine etki eder mi?

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, Tablo 24’te aktarılan analiz sonuçlarına göre deney grubu kullanıcılarının SağlıkPRESS mobil uygulamasını kullanmadan önceki ve kullandıktan sonraki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin istatistiksel olarak pozitif yönde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 25’de aktarılan analiz sonuçlarına göre SağlıkPRESS uygulamasını 1 dakikanın altında kullanan kontrol grubu kullanıcılarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 26’da aktarılan analiz sonuçlarına göre ise SağlıkPRESS uygulamasında yer alan ve kullanıcılara gerek mobil bildirimler aracılığıyla gerekse kullanıcıların kendi tercihleriyle uygulamadan sunulan içerikleri görüntüleme sayıları ve süreleriyle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gelişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucu ortaya konmuştur. Bu bulgular ışığında mobil sağlık uygulamaları aracılığıyla bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilebileceği dolayısıyla mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma Sorusu 2. Mobil cihazlar aracılığıyla gönderilen bildirimler ve elektronik posta iletileri mobil sağlık uygulaması kullanım davranışlarını etkiler mi?

Mobil uygulamalar aracılığıyla gönderilen bildirimlerin ve e-posta ile yapılan yönlendirmelerin uygulama kullanımına yönelik etkisi; Grafik 4, Tablo 15, Tablo 21 ve Tablo 33’de aktarılan bulgulara göre değerlendirilmiştir. Grafik 4’de aktarıldığı üzere kullanıcılara gönderilen bildirimlerle uygulama içeriklerinin görüntülenmesi arasında bulunan doğrusal ilişki, Tablo 15’de aktarıldığı üzere uygulamada en çok ziyaret edilen içeriklerin mobil bildirimlerle yönlendirilen içerikler olması ve Tablo 21’de aktarıldığı üzere bildirimlerle yönlendirilen içeriklerin toplam trafiğindeki oranlar göz önünde bulundurulduğunda, mobil bildirimlerin mobil sağlık uygulaması kullanım davranışlarında pozitif bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılabilir. Tablo 33’de aktarılan ve SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin sağlık okuryazarlığını ve uygulamayı kullanma tercihlerini etkilediğine yönelik bulgular da mobil cihazlar aracılığıyla gönderilen bildirimlerin mobil sağlık uygulaması kullanım davranışlarını etkilediği sonucunu desteklemektedir. Ayrıca bu sonuç, Tablo 20’deki bulguların açıklandığı ve veri toplama sürecinde kullanılan farklı bildirim gönderme seçeneklerinin (mobil uygulama üzerinden, e-posta aracılığıyla, uygulama için mesaj gönderimiyle) mobil uygulama kullanımına etki ettiği bulgusuyla da tutarlılık göstermektedir.

Araştırma Sorusu 3. Sosyal medya araçları kullanılarak yapılan tanıtımlar, mobil uygulama kullanımını etkiler mi?

Tablo 16 ve Tablo 17’deki bulgular incelendiğinde sosyal medya araçlarından yapılan paylaşımların özellikle dijital reklam araçlarıyla desteklenmesi durumunda çok daha fazla kişiye erişilebildiği görülmektedir. Mobil bildirim gönderilmeden sadece sosyal medya paylaşımı yapılan tarihlerdeki yeni kullanıcı hesabı oluşturulma sayısının, mobil bildirim gönderilmeyen ve sosyal medyada paylaşım yapılmayan tarihlere göre daha fazla olması, sosyal medya araçları kullanılarak yapılan tanıtımların mobil uygulama kullanımını pozitif yönde etkilediği sonucunu doğurmaktadır.

Araştırma Sorusu 4. Sağlık iletişimi kampanyaları mobil uygulamalar aracılığıyla sunulabilir mi ve bu kampanyalar bireylerin sağlıkla ilgili konulardaki bilgi düzeylerini etkiler mi?

Kullanıcılarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmek amacıyla bu araştırma kapsamında geliştirilen SağlıkPRESS uygulamasıyla, çalışmanın ‘Mobil Sağlık İletişimi Kampanyalarının Oluşturulması ve Mobil Bildirim Gönderim Süreci’ başlığında detayları açıklanan süreçlere uygun şekilde yürütülen mobil sağlık iletişimi kampanyalarının sonuçlarına göre mobil

uygulamalar kullanılarak sağlık iletişimi kampanyalarının yürütülebileceği görülmektedir. Tablo 6, Tablo 7, Tablo 20, Tablo 21, Tablo 24 ve Grafik 4'te paylaşılan bulgulara göre mobil uygulama üzerinden yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarının bireylerin sağlıkla ilgili konulardaki bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilediği ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturduğu sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca Tablo 20'de aktarılan analiz bulguları da uygulamada geçirilen süre ve içerik görüntüleme sayılarının, araştırmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğinin boyutlarıyla pozitif yönlü bir ilişkinin olduğunu ortaya koymakta ve sık görüntülenen içeriklerin mobil bildirimlerle yönlendirilen içerikler olması da sağlık iletişimi kampanyalarının mobil uygulamalardan sunulabileceğini, bu kampanyaların sağlık bilgi düzeylerinin geliştirilmesinde etkili olduğu sonucunu doğurmaktadır.

Araştırma Sorusu 5. Sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla oluşturulan bir mobil sağlık uygulamasının kullanıcı deneyimine yönelik değerlendirmeleri nelerdir?

SağlıkPRESS uygulamasının mobil uygulama marketlerinde yer alan uygulama yorumlama ve değerlendirme bulgularına göre 76 kullanıcı uygulamayla ilgili Google Play Store ve Apple App Store'da yorum yazarak, 194 kullanıcı da puan vererek uygulamayı değerlendirmiştir. Yapılan değerlendirmeler neticesinde SağlıkPRESS mobil uygulaması 184 kullanıcı tarafından 5 yıldız, 9 kullanıcı tarafından 4 yıldız ve 1 kullanıcı tarafından 3 yıldız olarak toplamda 5 üzerinden 4,94 gibi oldukça yüksek bir değerlendirilme skoruna ulaşmıştır. Ayrıca araştırmanın son test aşamasında kullanıcılara sorulan 'SağlıkPRESS uygulamasını kullanmaya devam etmeyi düşünüyor musunuz?' sorusuna %96,75 oranında 'Evet' cevabı verilmiştir. Tablo 32'de sonuçları aktarılan ve kullanıcıların demografik değişkenleriyle uygulamayı kullanmaya devam etmeye yönelik görüşleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analizlerde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın çıkmaması, SağlıkPRESS uygulamasının tüm bireylerin kullanabileceği ve olumlu bir kullanıcı deneyimi sunan bir mobil uygulama olduğunu göstermektedir.

Araştırma Sorusu 6. Sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla oluşturulan bir mobil sağlık uygulamasından gönderilen bildirimlerin etkileri neler olabilir?

Kullanıcılarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek amacıyla oluşturulan SağlıkPRESS mobil sağlık uygulamasından gönderilen bildirimlere yönelik bulgular Tablo 20 ve Tablo 21'de aktarılmıştır. Bu bulgulara göre gerek uygulama kullanımının artırılması gerekse kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesine yönelik sunulan bildirimlerin uygulama içeriklerinin görüntülenmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Tablo 18'de aktarılan bulgulara göre SağlıkPRESS uygulaması üzerinden gönderilen

bildirimler, uygulamanın kullanım sıklığına etki ederek kullanıcıların sağlıkla ilgili konularda bilgi düzeylerinin artması ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gelişmesine katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak araştırma kapsamında elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmada kullanılan SağlıkPRESS uygulamasının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesinde etkili olduğu, uygulamayı kullanan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak da anlamlı bir iyileşme sağladığı görülmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemlerine pek çok açıdan önemli etkileri olan sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi adına atılabilecek adımlardan birinin mobil sağlık uygulamaları üzerine yapılacak çalışmalar olduğu söylenebilir. Mobil sağlık uygulamaları, kullanıcıların ihtiyaç duyduğu sağlık konularında bilgi sağlayacak şekilde ve uygulama kullanımını motive edici unsurlarla sunulduğunda, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için günümüzde kullanılabilecek en ideal yöntemlerden biri olarak değerlendirilebilir. Ayrıca dolaylı olarak sağlık okuryazarlığının gelişimine etki eden sağlık iletişimi kampanyalarının, mobil cihazlar ve/veya mobil uygulamalar aracılığıyla yürütülmesi ya da desteklenmesi kampanyanın hedeflerine ulaşmasına katkı sağlayabilir. Bu doğrultuda geleneksel medya araçlarıyla yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarının yerine mobil cihazlar ve/veya mobil uygulamalar üzerinden yürütülen mobil sağlık iletişimi kampanyalarına daha fazla önem verilmesi önerilmektedir.

Geçmişten günümüze aktarılan ve geçerliliği tüm insanlığı kapsayan “*her şeyin başı sağlık*” deyiimi, konunun özünde sağlıkla ilgili farkındalığın diğer tüm konulardan daha önemli olduğunu ve dolayısıyla sağlığı ilgilendiren konularda herkesin yeterli düzeyde bilgi sahibi olması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını geliştirecek tüm çabalar aslında “*her şeyin başı sağlık*” olduğu içindir.

5.2. Tartışma

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik UnitedHealth Group’un (2020) yayımladığı bir rapora göre, sağlık okuryazarlığını geliştirmek, ABD’de yaklaşık 1 milyon hastane ziyaretini önleyerek yılda 25 milyar doların üzerinde tasarruf sağlayabilecektir. Ayrıca raporda sağlık okuryazarlığını geliştiren uygulamalara ve sistemlere yapılacak yatırımların, tüm yaş gruplarındaki bireylere fayda sağlayacağı ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin daha iyi desteklenebileceği belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığının kavramsal boyutlarına ölçülmesine ve geliştirilmesinin sağlayacağı faydalara yönelik alan yazında pek çok çalışma yer almasına rağmen sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik sunulan önerilerin etkilerini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu durum, sağlık okuryazarlığını etkileyen pek çok unsurun bulunması,

sağlık okuryazarlığı konusunun çok geniş bir kapsamda ele alınıyor olması ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmesi ile açıklanabilir. Bu doğrultuda araştırmadan elde edilen bulgularla sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik sunulan öneriler çalışmanın özgün değerini ortaya koymaktadır.

Mobil teknolojilerin sağlıkla ilgili bilgilendirici bir araç olarak kullanılmaya başlanmasını etkileyen önemli gelişmelerden birinin SMS teknolojisi olduğu söylenebilir. Bu kapsamda alan yazında yeni medya araçlarının kullanıldığı ilk sağlık iletişimi örneklerinden biri, hamile ve yeni anne adaylarına yönelik geliştirilen “Text4Baby” akıllı telefon uygulamasıdır. Uygulamada; bebeğin gelişimiyle ilgili önemli adımlar, beslenme ve çocuk bakımı ipuçları gibi pek çok konuda bilgi sağlamanın yanında gebelik sürecindeki kadınlara ve annelere kritik bilgileri içeren 250’den fazla bilgilendirme mesajı SMS olarak kullanıcının telefonuna iletilmiştir. Kampanya sürecinde “Text4Baby” uygulamasını kullanan kadınların kendilerini yeni anne olmaya daha hazır hissettikleri, doğum öncesi vitaminlere karşı olumlu tutumlar geliştirdikleri ve gebelik sağlığı konusunda daha yüksek düzeyde bilgi sahibi olmuşlardır (Evans vd., 2012; Evans vd., 2014; Mackert vd., 2021). Bu doğrultuda SağlıkPRESS uygulamasından gönderilen bildirimlerin mobil sağlık uygulaması kullanımına ve kullanıcıların sağlık okuryazarlık düzeylerine olan pozitif yönlü etkisi “Text4Baby” uygulaması ile benzer sonuçlar içermekte ve sağlık mesajları kullanıcıları harekete geçirici dijital bir araçla desteklendiğinde istenilen sonuçlara daha kolay ulaşılabilir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde mobil uygulama kullanımı ve etkilerini inceleyen araştırmalar genellikle çok paydaşlı projeler olarak yürütüldüğü görülmektedir. Proje olarak yürütülen çalışmalardan birinde, HIV pozitif erkeklerde antiretroviral tedavi⁶³ uyumunu ve sosyal desteği iyileştirmeyi amaçlayan “AllyQuest” adında bir mobil uygulama geliştirilmiş ve etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre yüksek düzeyde uygulama kullanımıyla HIV öz-yönetim arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, HIV tedavisi gören kişilerin “AllyQuest” uygulamasıyla bakım ihtiyaçlarının karşılanabildiği sonucuna ulaşılmıştır (Hightow-Weidman vd., 2018). Bu sonuç, SağlıkPRESS uygulamasını kullanan katılımcıların uygulamadan elde ettikleri faydalara eş değer düzeyde değerlendirilebilir.

Proje olarak yürütülen bir diğer çalışmada, üniversite öğrencilerinin mental sağlıklarına yönelik geliştirilen “IntelliCare” mobil uygulamasının kullanımı ile çalışma kapsamında belirlenen psikososyal hedefler arasındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçlayan araştırmadır. Araştırmanın sonuçlarına göre mobil sağlık uygulamaları aracılığıyla dijital akıl sağlığı programlarının sunulabileceği, “IntelliCare” uygulamasının büyük ölçüde kullanılabilir ve

63 HIV tedavilerine verilen genel isim

ilgi çekici olarak algılandığını ancak klinik faydasını belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerektiği bulgularına ulaşılmıştır (Lattie vd., 2020). SağlıkPRESS uygulamasından sunulan mobil sağlık iletişimi kampanyaları ile elde edilen çıktılar da bu doğrultuda benzer sonuçlar içermekte ve sağlık iletişimi kampanyalarının mobil uygulamalarla sunulabileceği sonucunu desteklemektedir.

Mental sağlık alanında geliştirilen mobil sağlık uygulamalarına yönelik yapılan başka bir çalışmada, kullanıcıların kaygı ve depresyon risklerini azaltmayı amaçlayan; “MoodKit”, “MoodPrism” ve “MoodMission” uygulamalarının etkileri incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre uygulamaları kullanan kişilerin zihinsel refah düzeylerinde artışlar yaşanmış, “MoodKit” ve “MoodMission” kullananların depresyon risklerinin önemli ölçüde azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır (Bakker vd., 2018). Mental sağlığın geliştirilmesi konusunda mobil sağlık uygulamalarının etkilerinin araştırıldığı bir diğer çalışmada, üniversite öğrencileri arasında zihinsel sağlık okuryazarlığını artırmak için geliştirilen “Shining Mind” mobil uygulamasının kullanıcılarda depresyon ve bipolar bozukluk, sosyal anksiyete, damgalama ve tedavi arama davranışlarında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Van vd., 2020). Sağlık alanında spesifik bir sağlık/hastalık durumunu kapsayan mobil uygulamalar özellikle kronik hastalıklar ve kanserlerle ilgili araştırmalarla desteklenmektedir. Bu kapsamda meme kanserine yönelik mobil sağlık uygulamalarının potansiyelleri üzerine Almanya’da yapılan bir çalışmada, Google Play Store ve Apple App Store’da meme kanserine yönelik geliştirilen ve Almanca olarak yayınlanan uygulamalar incelenerek bu uygulamaların hem meme kanseri hastalarının desteklenmesi hem de kullanıcıların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik önemli bir potansiyele sahip olduğu ifade edilmiştir (Scholz ve Teetz, 2022). Benzer şekilde prostat kanseri tedavisi gören hastalardan semptomları bildirmek ve yönetmek için mobil sağlık uygulaması kullananların, bilişsel ve kritik sağlık okuryazarlığı düzeylerinin önemli ölçüde geliştiği dolayısıyla bu durumun kişinin radyoterapi tedavisiyle ilgili alacağı kararlarda kullanacağı bilgilerin seçimine ve değerlendirmesine yardımcı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Sundberg vd., 2021). Bu doğrultuda SağlıkPRESS uygulamasına benzer mobil sağlık uygulamalarının belirli bir sağlık sorununa yönelik içeriklerle sunulması durumunda, kullanıcıların olumlu sağlık davranışlarını benimsemesinde pozitif bir etkisinin olacağı çıkarımı yapılabilir.

Sağlık alanında geliştirilen mobil uygulamalarda önemli bir çoğunluk da kalp sağlığına yöneliktir. Özellikle giyilebilir teknoloji ürünlerinin popülerliğinin artmasıyla kalp ritmini takip eden uygulamalar da gelişim göstermiştir. Ancak bu uygulamaların kişinin sağlık bilgilerine yönelik etkilerini ölçen

çalışma sayısı sınırlıdır. 2019 yılında yayımlanan bir çalışmada önemli bir sağlık sorunu olan atriyal fibrilasyon (kalp ritmi bozukluğu [AF]) hastalığına yönelik geliştirilen mobil uygulamalar incelenmiş ve çoğu AF uygulamasının bilimsel doğrulamadan yoksun olduğu, içeriklerin yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı gerektirdiği bulgularına ulaşılmış bu nedenle özellikle sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kullanıcılar için mobil sağlık uygulamalarında dikkatli olunması önerilmiştir (Ayyaswami vd., 2019). Mobil sağlık uygulamalarının, AF hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla AF tedavisi alan 120 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada, deney grubunda olan 61 hastayla kontrol grubunda olan 59 hastanın bir aylık süreç sonundaki uygulama kullanımının atriyal fibrilasyon yaşam kalitesi skorlarında anlamlı bir farklılık gösterdiği ve deney grubundaki katılımcıların uygulamayı yararlı, bilgilendirici ve güvenilir bulduklarını belirlemiştir (Guhl vd., 2020). Araştırma sürecinde SağlıkPRESS uygulamasını kullanan katılımcıların, kullanıcı deneyimlerine ilişkin bulguları da bu sonuçları destekler niteliktedir.

Mobil sağlık uygulamalarının etkilerine yönelik çalışmalarda ele alınan bir diğer sağlık sorunu da diyabet ve kronik böbrek hastalıklarıdır. Bu kapsamda gestasyonel diyabet⁶⁴ (GDM) için mobil sağlık uygulamalarında sağlık okuryazarlığının işlevselliğini ortaya koymak amacıyla 7 farklı diyabet uygulamasının incelendiği bir çalışmada, GDM önleme ve yönetimi konusunda cep telefonu uygulamalarının kullanılabilirliği, işlevselliği ve etkinliği incelenerek bu uygulamalarda sağlık okuryazarlığının rolü açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre alan yazında GDM konusunda geliştirilen mobil uygulamalara yönelik yapılan çalışmaların iki temel kategoriye ayrıldığı ve bu uygulamaların hem hastalar hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları açısından kişiselleştirilmiş geri bildirim oluşturmak için kullanılabileceği ortaya konmuştur. Ayrıca GDM ile ilgili mobil uygulamaların özellikleri geliştirilirken sağlık okuryazarlığının göz önünde bulundurulması gerektiği ve hatta bazı uygulamaların sağlık okuryazarlığını bir sonuç olarak ölçtüğü bulgularına yer verilmiştir (Chen ve Carbone, 2017). Diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği olan yetişkinlerin kendi kendini yönetme ve karar verme süreçlerine aktif olarak katılmalarını desteklemek için geliştirilen bir mobil uygulama olan “SUCCESS App” uygulamasının kullanıldığı bir çalışmada ise dijital sağlık çözümlerinin kronik durumlar için hastaların kendi sağlıklarını takip edebilmelerine imkân sağladığı ve böylece sağlık hizmetlerinin kullanımıyla hasta sonuçlarının optimize edilebileceği ortaya konmuştur (Muscat vd., 2021). “SUCCESS App” uygulamasının kullanılabilirliğinin araştırıldığı bir diğer çalışmada katılımcılar 12 hafta boyunca uygulamayı kullanmış ve araştırmanın sonunda yapılan nitel ve nicel değerlendirmelerle uygulamanın sağlık okuryazarlığına önemli katkılar sağladığı bulgusuna ulaşılmıştır (Zwi vd., 2022). Apple App

Store, Google Play Store, Windows Phone ve Blackberry App World'deki tüm böbrek diyeti uygulamalarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise uygulamaların teknik kalitesinin kabul edilebilir bir düzeyde olduğu ve kronik böbrek hastalığı olan bireylere yönelik yararlı gıda ve beslenme bilgileri sağlayarak ya da böbrek diyeti hakkındaki bilgilerini arttırarak kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesinde etkili olduğu ifade edilmiştir (Lambert vd., 2017). Yerli yazında yapılan bir çalışmada da hemodiyaliz hastalarında mobil sağlık uygulaması kullanımının etkileri incelenmiş ve mobil sağlık uygulaması kullanımının; bireylerin hastalığa uyumunun arttırılmasında, fistül bakımı bilgi düzeylerinin ve öz bakım davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özdemir, 2021). Benzer şekilde mobil sağlık uygulaması kullanımının tip 2 diyabetli bireylerin öz bakımlarına olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada da araştırma kapsamında geliştirilen “Akıllı Diyabetim” mobil sağlık uygulaması kullanan tip 2 diyabetli hastaların öz bakımları üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmüştür (Şahin, 2021). Tüm bu sonuçlar, SağlıkPRESS uygulaması ile kullanıcıların sağlık konularındaki bilgi düzeylerinin geliştirilebildiği sonuçlarıyla tutarlı olup, mobil sağlık uygulamalarının hem sağlık hizmeti kullanıcılarına hem de sağlık hizmeti sunucularına fayda sağladığını kanıtlamaktadır.

Spesifik sağlık konularında mobil uygulamalar aracılığıyla iletilen mesajların sağlık okuryazarlığına olan etkisini ölçen önemli bir çalışma da Çin'de kullanılan “WeChat” uygulaması kullanılarak Nijer'deki Çinli gurbetçiler arasında sıtma sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada 1441 katılımcıya önce temel bir sıtma sağlık okuryazarlığı anketini uygulanmış sonraki dört aylık süreçte deney grubuna 50 sıtma önleme ve tedavi mesajı gönderilmiş, eş zamanlı olarak kontrol grubuna da 50 sağlık haberi mesajı gönderilmiştir. Dört ayın sonunda katılımcılara aynı anket tekrar uygulanarak “WeChat” uygulamasından gönderilen mesajların sıtma sağlık okuryazarlığını geliştirmedeki etkisi ölçülmüştür. Elde edilen bulgulara göre deney grubundaki katılımcıların sıtma sağlık okuryazarlığı düzeylerin ortalama %52'den %70'e yükselmiş, katılımcıların; bilgi, tutum, uygulama, beceri ve genel sağlık okuryazarlığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca çalışma döneminde bildirilen sıtma morbiditesi %23,72'den %15,40'a düştüğü de araştırmanın bulguları arasında sunulmuştur (Li vd., 2016). Yöntem olarak oldukça benzer bir araştırma sürecinin izlendiği çalışmanın sonuçlarıyla, SağlıkPRESS uygulaması kullanılarak yürütülen bu çalışmanın sonuçları karşılaştırıldığında benzer bulguların elde edildiği görülmekte ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini iyileştirmek için mobil uygulama kullanımının; etkili, sürdürülebilir ve uygulanabilir bir strateji olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Alan yazında tartışılan önemli kavramlardan biri olan oyunlaştırma kavramı da günümüzde mobil uygulamalarda çokça kullanılmaktadır.

Temelde kullanıcıların sağlık süreçlerine aktif katılımını sağlayarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini amaçlayan mobil sağlık uygulamalarında kullanıcıların motivasyonlarını ve deneyimlerini arttırarak uygulamalarının etkilerini güçlendirebilmek adına oyunlaştırma çalışmalarının yapıldığı söylenebilir. Çünkü oyunlaştırmanın arkasındaki genel fikir göz önünde bulundurulduğunda, oyunlaştırılan uygulamalar kullanıcı etkileşimlerini arttırmakta ve böylece uygulamanın daha fazla kullanılmasını sağlayarak hedeflenen sonuçlara ulaşmada başarılı olma ihtimalini güçlendirebilmektedir. Mobil sağlık uygulamalarının sınıflandırılmasına yönelik yapılan bir çalışmada (Kaya ve Demiralay, 2022) mobil sağlık alanında geliştirilen uygulamaların en fazla Fitness/Egzersiz kategorisinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alan yazın incelendiğinde oyunlaştırmayla ilgili çalışmaların da sıklıkla bu kategorideki uygulamalarda yapıldığı görülmekte ve uygulamada puan, rozet, ödül, skor tabelası gibi unsurlara yer verilerek kullanıcılar belirli davranışlara yönlendirilmeye çalışılmaktadır. Her ne kadar pek çok mobil sağlık uygulaması sıklıkla oyunlaştırma unsurlarını kullansa da bu uygulamaların etkilerinin neler olduğunu belirlemeye yönelik çalışmalar yeterli değildir. Temmuz 2011 ile Temmuz 2021 arasındaki on yıllık dönemde yapılan oyunlaştırma çalışmalarının incelendiği bir çalışmada, mobil oyunların sağlık bilgilerine erişimi artırabileceğini ve sağlıklı davranış değişikliğine katkıda bulunabileceği ifade edilmiştir (Ouedraogo vd., 2022). Mobil sağlık ve fitness uygulamalarında oyunlaştırmanın sağlık okuryazarlığını üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada da oyunlaştırmanın sağlık okuryazarlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Moonen, 2021). Cerrahi işlem uygulanacak hastaların oyunlaştırılmış bir mobil uygulamayla desteklenmesine yönelik yapılan başka bir araştırmada ise cerrahi işlem sonrasındaki sürecin ve hasta memnuniyetinin iyileştirmesi için sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi gerektiği, dijital sağlık ve oyunlaştırmanın sağlık okuryazarlığını arttırabileceği öne sürülmektedir (Davaris vd., 2021).

Mobil sağlık uygulamalarının oyunlaştırılmasına yönelik yerli yazında yapılan bir araştırmada mobil sağlık uygulamalarının oyunlaştırılması, etkileşimli öğrenme ve davranış geliştirme gibi fırsatlar sunarak kişilerin hastalıklara karşı tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceği öngörülmektedir (Güler, 2015). Oyunlaştırma unsurlarının kullanılmasıyla; sağlık okuryazarlığı eğitimi ve farkındalık artırımı yoluyla sağlık hizmetlerinin bireysel olarak etkin kullanımının sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi, toplumsal sağlık gelişim düzeyinin yükseltilmesi, gelişmiş ülkeler ile farkın azaltılması, sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılabilmesi ifade edilmektedir (Kutbay ve Bozbuğa, 2022). Sağlık uygulamalarının oyunlaştırmasının, sağlık okuryazarlığına yönelik olumlu ve olumsuz rolünün incelendiği başka bir çalışmada, oyunlaştırma uygulamaları

kullanılarak pek çok sağlık davranışından olumlu sonuçlar alınabileceği ifade edilerek oyunlaştırmanın sağlık okuryazarlığında keyifli ve hatırlatıcı bir araç olduğu değerlendirilmiştir (Duğan, 2022).

Mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığına olan etkilerini genel çerçevede ele alan çalışmalar incelendiğinde mobil sağlık uygulamalarıyla sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin sıklıkla mevcut araştırmalar üzerinden incelendiği görülmektedir. Mobil uygulamaların sağlık okuryazarlığını geliştirebilmesi için uygulama içeriklerinin hedef kitlenin sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre uyarlanması ve bireylerin teknoloji okuryazarlıklarının da değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca dokunmatik ekran uygulamalarının sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylere katkı sağlayacağı ve bilgisayar animasyonlu karakterlerin, metinler ve grafiklerle programlanan uygulamaların kullanımının daha kolay olduğu için düşük sağlık okuryazarlığına sahip popülasyonlara sağlık iletişimi ve eğitim sağladığı, “Medline Plus” içeriklerinin sunulduğu kiosklerin hastaların sağlık okuryazarlığını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Kim ve Xie, 2015). Mobil sağlık uygulaması kullanıcılarının özelliklerinin belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada ise kullanıcılarının yaşı, eğitim düzeyi ve e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin de genel olarak mobil sağlık uygulaması kullanımının belirleyicileri arasında olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Bol vd., 2018). Mobil sağlık uygulamalarının kullanımının incelendiği başka bir araştırmada da mobil teknolojilerin kullanımında; yaş, sosyoekonomik durum, okuryazarlık düzeyi gibi faktörlerin mobil sağlık uygulamalarının kullanımında eşitsizliklere neden olduğu ifade edilmekle birlikte mobil sağlık uygulamalarının kullanıcının sağlık davranışlarını değiştirme veya sürdürme motivasyonunu etkilediğine yönelik bulgulara yer verilmiştir (Ernsting vd., 2017).

Yerli yazında mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığına yönelik etkilerini konu alan çalışmalar incelendiğinde genellikle resmi sağlık otoritesi tarafından sunulan uygulamaların (e-Nabız, MHRS, HES gibi) incelendiği görülmektedir. 2022 yılında Samsun’da yaşayan 18-40 yaş aralığındaki bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, E-Nabız uygulamasını ve HES uygulamasını aktif olarak kullanan bireylerin, bu uygulamaları aktif olarak kullanmayanlara göre daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ifade edilmiştir (Sarıyıldız vd., 2022). Bireylerin e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına olan etkisini inceleyen başka bir araştırmada da e-Sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artışın, e-Nabız Sisteminin kullanım algısının artmasına neden olduğu ve yüksek e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin mobil uygulamalarının kullanımına yönelik algıyı olumlu yönde etkileyebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Uslu ve İpek, 2022). Sağlık okuryazarlığı ile e-Sağlık hizmet tüketimi arasındaki ilişkiyi e-Nabız kullanımı üzerinden

inceleyen bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve e-Nabız uygulamasının kullanımı arasında tüm sağlık okuryazarlığı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucu ortaya konmuştur (Yalman ve Öcel, 2021). Konunun mali boyutunun değerlendirildiği başka bir çalışmada ise mobil sağlık uygulamalarının sağlık hizmetlerindeki işlem maliyetlerine olan etkisi hastane yöneticileri üzerinden araştırılmış ve mobil sağlık uygulamalarının sağlık hizmetlerinde kullanılmasının hastane içerisindeki işlemler ve hastane dışında gerçekleşen tedarik işlemlerinden doğan maliyetleri azaltabileceği çıkarımı yapılmıştır (Demir, 2016).

Mobil sağlık uygulamalarının etkilerine yönelik yerli yazında yapılan ve hamile kullanıcıların mobil gebelik teknolojilerinden beklenti ve deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, mobil sağlık teknolojilerinin hamile kadınların günlük yaşamlarına entegrasyonunu destekleyebileceği çıkarımı yapılmıştır (Günay, 2017). Yerli yazında yapılan bir diğer çalışmada ise stoma bakımı eğitiminde mobil sağlık uygulaması kullanımının bireyin stomaya uyumuna ve peristomal cilt lezyonlarının gelişimine etkisi değerlendirilmiş ve araştırmada kullanılan “STOMA-M” uygulamasının bireylerin stomaya uyumunu arttırmada ve stoma bakımı yapmalarında daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Toğluk-Yiğitoğlu, 2020).

Ülkemizde toplumun e-Sağlık okuryazarlığı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumlarının belirlenmesine yönelik yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı ve e-sağlık okuryazarlığı algısının arttığı, mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı arttıkça da e-sağlık okuryazarlığı algısının arttığı ifade edilmektedir (Kıral, 2022). Benzer bir sonuç da sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve e-Sağlık arama davranışlarına olan etkisini araştıran bir çalışmada bulunmuş ve sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlık arama davranışını etkilediği aynı zamanda sağlık arama davranışlarının da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirtilmiştir (Mansur ve Şimdi-Ülke, 2022). Mobil uygulamaların sağlık alanında kullanımı üzerinde durulan ve eczacılık bölümünde öğrenim gören öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığıyla mobil sağlık uygulaması kullanımlarının değerlendirildiği bir çalışmada; mobil sağlık uygulamalarının eczacılık öğrencileri tarafından kişisel sağlık davranışını değiştirmek için sıklıkla kullanıldığı, bu uygulamaların gelecekte sağlık hizmetlerinin sunulmasında kullanılabileceği, mobil sağlık uygulamalarının kullanımının artması ile e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ise pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Söylemez vd., 2020). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerine yönelik yapılan başka bir araştırmada ise öğrencilerin eğitim gördükleri bölümlere göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde istatistiksel

olarak anlamlı farklılıklar bulunmuş ve müfredatında sağlık okuryazarlığı dersi olan bölümlerde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini artırabilmek için eğitim öğretim müfredatına sağlık okuryazarlığı dersinin eklenmesi gerektiği önerilmiştir (Şahinöz vd., 2018).

Sonuç olarak gerek yabancı gerek yerli yazında mobil sağlık uygulamaları üzerine yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, genel olarak mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ve özellikle yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin ihtiyaç duyduğu ya da duyabileceği alanlarda mobil uygulamaların geliştirilmesinin hem mobil uygulama kullanıcılarının hem de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesine önemli ölçüde katkı sağlayacağı söylenebilir. Bu bağlamda çalışmadan elde edilen sonuçların alan yazındaki benzer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

5.3. Öneriler

5.3.1. Araştırmacılar İçin Öneriler

“Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Mobil Sağlık İletişimi: Deneysel Bir Çalışma” başlıklı araştırmayla elde edilen bulgular ve değerlendirmeler ışığında, konuyla ilgili araştırma yapmayı planlayan araştırmacılara yönelik öneriler şunlardır:

- Konuyla ilgili daha geniş bulgulara ulaşılabilme adına, bu araştırma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen ve mobil sağlık kavramı içinde ele alınan “SağlıkPRESS Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Uygulaması” yerine farklı mobil sağlık uygulamaları kullanılarak, bireylerin sağlık davranışlarına ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine olan etkileri ortaya konulabilir.
- Mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığına olan etkilerini belirlemek amacıyla daha geniş örneklem ve kapsamda veya belirli bir hastalık / sağlık sorununa sahip spesifik bir örneklem ve kapsamda benzer araştırmalar yapılabilir.
- Teknolojik gelişmelerle farklılaşan ya da yeni geliştirilen mobil sağlık uygulamalarının, bireylerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik etkilerini ortaya koyan araştırmalar yapılabilir.

5.3.2. Uygulayıcılar İçin Öneriler

“Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Mobil Sağlık İletişimi: Deneysel Bir Çalışma” başlıklı araştırmayla elde edilen bulgular ve değerlendirmeler ışığında, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik gerek resmi

sağlık otoriteleri gerekse sağlık hizmeti sunucuları tarafından uygulanabilecek öneriler şunlardır:

- Halihazırda resmi sağlık otoriteleri veya sağlık hizmeti sunucuları tarafından bireylerin kullanımına sunulan mobil sağlık uygulamalarının (e-Nabız, MHRS, özel sağlık kuruluşlarının sundukları mobil uygulamalar gibi) içeriklerine sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgilerin eklenmesi ve mobil bildirimlerle kullanıcıların bu içeriklere yönlendirilmesi, toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.
- Resmi sağlık otoritesi tarafından kişisel sağlık verilerine erişim imkânı sunan e-Nabız uygulaması, yapay zekâ teknolojileri kullanılarak bireylerin sağlık durumlarına özel sağlık önerilerini bildirimlerle sunacak şekilde güncellenebilir.
- Sağlık kuruluşlarından randevu alma imkânı sağlayan mobil sağlık uygulamaları, yapay zekâ teknolojileri kullanılarak bireylerin randevu almak istediği sağlık hizmetlerine yönelik alanlarda bireysel öneriler sunabilecek şekilde güncellenebilir.
- Özellikle kronik hastalığı olan ya da uzun süreli bakım gerektiren sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanmasında, hastalara ve/veya hasta yakınlarına yönelik bilgilendirici içerikler mobil uygulamalar aracılığıyla sunulabilir.
- Sağlık iletişimi kampanyalarından daha etkili sonuçlar elde edilebilmesi adına, özellikle halk sağlığı konularında yürütülen ya da planlanan sağlık iletişimi kampanyaları mobil sağlık uygulamalarıyla desteklenebilir.

5.3.3. Geliştiriciler İçin Öneriler

“Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Mobil Sağlık İletişimi: Deneysel Bir Çalışma” başlıklı araştırmayla elde edilen bulgular ve değerlendirmeler ışığında, mobil sağlık uygulaması geliştiricilerine yönelik sunulabilecek öneriler şunlardır:

- Mobil uygulama geliştiricileri mevcut mobil sağlık uygulamalarına ek olarak doğrudan kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeyi amaçlayan daha spesifik uygulamalar geliştirebilir.
- Mobil cihazların bireysel aktivitelerine yönelik (günlük adım sayısı, aktivite verileri, uyku süresi gibi) veri toplama özelliklerinin kullanıldığı ve yapay zekâ ile desteklenen mobil sağlık uygulamaları geliştirilebilir.
- Sağlık okuryazarlığı konularında erken dönemde farkındalığın oluşturulabilmesi adına çocuklara yönelik oyunlaştırılmış mobil sağlık uygulamaları olarak geliştirilebilir.

KAYNAKÇA

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association., (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 281(6), 552-557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Adams, R. J., (2009). Health Literacy - A New Concept for General Practice? Australian Family Physician, 38(3), 144-147.
- Adkins, N. R.- Corus, C., (2009). Health Literacy for Improved Health Outcomes: Effective Capital in the Marketplace. The Journal of Consumer Affairs, 43(2), 199-222.
- Ajzen, I., (1991). The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I., (2022). *Theory of Planned Behavior*. Erişim Tarihi: 15.05.2022, <https://people.umass.edu/aizen/tpb.html>
- Ajzen, I.- Fishbein, M., (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ.
- Akalın, H. E., (2012). *Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir?*. Erişim Tarihi: 19.09.2022, <http://saglikpolitikalari.org/saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir>
- Akbulut, Y., (2015). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. İçinde Sağlık Okuryazarlığı (ss. 113-132). Ankara Üniversitesi Yayınları. Ankara.
- Aktaş, H., (2018). Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi, 1(1), 12-16.
- Al Sayah, F.- Williams, B., (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. Canadian Journal of Diabetes, 36(1), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.jejd.2011.08.001>
- Alaşık, O.- Aycan, S., (2019). Sağlık Okuryazarlığını Geliştiren Sağlık Politikaları. İçinde Sağlık Okuryazarlığı (1. bs, ss. 6-9). Türkiye Klinikleri. Ankara.
- American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome., (2005). The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. Pediatrics, 116(5), 1245-1255. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1499>
- Australian Bureau of Statistics., (2008). *In Adult Literacy and Life Skills Survey, Summary Results*. Erişim Tarihi: 20.09.2022, <https://tinyurl.com/3sfvzner>
- Avcı, E.- Özkan, S., (2019). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. İçinde Sağlık Okuryazarlığı (1. bs, ss. 16-21). Türkiye Klinikleri. Ankara.
- Avcı, K.- Avşar, Z., (2014). Sağlık İletişimi ve Yeni Medya. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 39, 181-190.
- Ayyaswami, V. vd., (2019). Mobile Health Applications for Atrial Fibrillation: A Readability and Quality Assessment. International Journal of Cardiology, 293, 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.07.026>
- Baker, D. W., (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 878-883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Baker, D. W. vd., (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. ARCH INTERN MED, 167(14), 7.
- Bakker, D. vd., (2018). A Randomized Controlled Trial of Three Smartphone Apps for Enhancing Public Mental Health. Behaviour Research and Therapy, 109, 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.08.003>
- Bandura, A., (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice-Hall, Inc. New Jersey, ABD.
- Bandura, A., (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. W H Freeman. New York, ABD.
- Bandura, A., (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. Psychology & Health, 13(4), 623-649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>
- Bandura, A., (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. Media Psychology, 3(3), 265-299. https://doi.org/10.1207/S1532785XMEP0303_03

- Bandura, A., (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Batterham, R. W. vd., (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Baykul, Y.- Güzeller, C. O., (2014). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik: SPSS Uygulamalı (2. bs)*. Pegem Akademi Yayıncılık. Ankara.
- Beals, D. A.- Fletcher, J. R., (2000). Telemedicine and Pediatric Surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, 9(1), 40-47. [https://doi.org/10.1016/S1055-8586\(00\)70007-2](https://doi.org/10.1016/S1055-8586(00)70007-2)
- Becker, M. H.- Maiman, L. A., (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24. <https://doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002>
- Berger, C. R.- Roloff, M. E.- Ewoldsen, D. R., (2010). *The Handbook of Communication Science (2. bs)*. SAGE Publications, Inc. New York, ABD.
- Berkman, N. D.- Davis, T. C.- McCormack, L., (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15(S2), 9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Berkman, N. D. vd., (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Berkman, N. D. vd., (2011). Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review (Sy 11-E006; s. 941). Evidence Report/Technology Assessment. North Carolina, ABD.
- Bernhardt, J. M., (2004). Communication at the Core of Effective Public Health. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2051-2053.
- Bilgel, N. vd., (2017). Functional Health literacy in a Group of Turkish Patients: A Pilot Study. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1287832. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1287832>
- Bilir, N., (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Bleicher, J. K.- Lampert, C., (2003). Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- Medien und Kommunikationswissenschaft – eine Einleitung. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3-4), 347-352. <https://doi.org/10.5771/1615-634x-2003-3-4-347>
- Bol, N.- Helberger, N.- Weert, J. C. M., (2018). Differences in Mobile Health App Use: A Source of New Digital Inequalities? *The Information Society*, 34(3), 183-193. <https://doi.org/10.1080/01972243.2018.1438550>
- Brabers, A. E. M. vd., (2017). What Role Does Health Literacy Play in Patients' Involvement in Medical Decision-Making? *PLOS ONE*, 12(3), e0173316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173316>
- Buchbinder, R. vd., (2011). Health Literacy: What Is It and Why Is It Important to Measure? *The Journal of Rheumatology*, 38(8), 1791-1797. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110406>
- Buescher, P. A.- White, A. E., (2007). Running the Numbers. *North Carolina Medical Journal*, 68(5), 377-378.
- Bulduklı, Y.- Koçak, A., (2010). *Sağlık İletişimi (1. bs)*. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul.
- Bush, R. vd., (2010). *Advancing Health Literacy Through Primary Health Care Systems*. Australian Primary Health Care Research Institute.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention], (2022). *Health Literacy Basics*. Erişim Tarihi: 29.08.2022, <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn>
- Chen, Q.- Carbone, E. T., (2017). Functionality, Implementation, Impact, and the Role of Health Literacy in Mobile Phone Apps for Gestational Diabetes: Scoping Review. *JMIR Diabetes*, 2(2), e25. <https://doi.org/10.2196/diabetes.8045>
- Chinn, D., (2011). Critical Health Literacy: A Review and Critical Analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
- Clift, E.- Freimuth, V., (1995). Health Communication: What Is It and What Can It Do for You? *Journal of Health Education*, 26(2), 68-74.
- Conner, M.- Norman, P. (Ed.), (2009). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice With Social Cognition Models (2. bs)*. Open University Press. New York, USA.
- Coulter, A.- Ellins, J., (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *BMJ*, 335(7609), 24-27. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>

- Çınarlı, İ., (2008). Sağlık İletişimi ve Medya (1. bs). Nobel Yayın. Ankara.
- Çınarlı, İ., (2011). *Medyada Savunuculuk ve Risk İletişimi*. Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu. Erişim Tarihi: 04.11.2022, <http://alternatifiletisim.blogspot.com/2011/11/medyada-savunuculuk.html>
- Çınarlı, İ., (2019). 21. Yüzyıl İçin Sağlık İletişimi (1. bs). Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara.
- Çiler-Erdağ, G., (2015). Sağlık Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. İçinde Sağlık Okuryazarlığı (1. bs, ss. 1-14). Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Davaris, M. T. vd., (2021). Gamifying Health Literacy: How can Digital Technology Optimize Patient Outcomes in Surgery? ANZ Journal of Surgery, 91(10), 2008-2013. <https://doi.org/10.1111/ans.16753>
- Demir, H., (2016). Mobil Sağlık Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine İşlem Maliyeti Yaklaşımı Bağlamında Etkisi: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.
- Desmond, J.- Copeland, L. R., (2010). Günümüz Hastasıyla İletişim (D. Yamaç & E. Tekin, Çev.; 1. bs). Efil Yayınevi. Ankara.
- DeWalt, D. A. vd., (2004). Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. Journal of General Internal Medicine, 19(12), 1228-1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
- Dimbleby, R.- Burton, G., (1998). More Than Words: An Introduction to Communication (3. bs). Routledge. New York, ABD.
- Domnariu, C. D., (2014). Importance of Communication in Public Health. Acta Medica Transilvanica Journal, 2(4), 161-162.
- Duğan, Ö., (2022). Dijital Çağda Öğrenme Aracı Olarak Oyunlaştırmanın Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Rolü. TRT Akademi, 7(14), 262-284. <https://doi.org/10.37679/trta.960815>
- Duke, J. C. vd., (2019). Impact of The Real Cost Media Campaign on Youth Smoking Initiation. American Journal of Preventive Medicine, 57(5), 645-651. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.06.011>
- Durusu-Tanrıöver, M. vd., (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (1. bs). Sağlık-Sen Yayınları. Ankara.
- Egbert, N.- Nanna, K., (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 14(3), Art. 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No03Man01>
- Eichler, K.- Wieser, S.- Brügger, U., (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. International Journal of Public Health, 54(5), 313-324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Ernsting, C. vd., (2017). Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey. Journal of Medical Internet Research, 19(4), e101. <https://doi.org/10.2196/jmir.6838>
- European Community., (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Commission of the European Communities. Erişim Tarihi: 20.09.2022, <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014-12/media1766.pdf>
- Evans, W. D. vd., (2014). Initial Outcomes From a 4-Week Follow-Up Study of the Text4baby Program in the Military Women's Population: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research, 16(5), e131. <https://doi.org/10.2196/jmir.3297>
- Evans, W. D.- Wallace, J. L.- Snider, J., (2012). Pilot Evaluation of the text4baby Mobile Health Program. BMC Public Health, 12(1), 1031. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1031>
- Fishbein, M., (1967). Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons, Inc. ABD.
- Fishbein, M., (2008). A Reasoned Action Approach to Health Promotion. Medical Decision Making, 28(6), 834-844. <https://doi.org/10.1177/0272989X08326092>
- Fishbein, M.- Ajzen, I., (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley Publishing Company. ABD.
- Fishbein, M.- Ajzen, I., (2010). Predicting and Changing Behavior The Reasoned Action Approach. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203838020>
- Fok, M. S. M.- Wong, T. K. S., (2002). What Does Health Literacy Mean to Children? Contemporary Nurse, 13(2-3), 249-258. <https://doi.org/10.5172/conu.13.2-3.249>

- Fowler, K. vd., (1999). An Assessment of the Health Communication Job Market Across Multiple Types of Organizations. *Journal of Health Communication*, 4(4), 327-342. <https://doi.org/10.1080/108107399126850>
- Freedman, D. A. vd., (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Freimuth, V.- Linnan, H. W.- Potter, P., (2000). Communicating the Threat of Emerging Infections to the Public. *Emerging Infectious Diseases*, 6(4), 337-347. <https://doi.org/10.3201/eid0604.000403>
- Freimuth, V. S.- Quinn, S. C., (2004). The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2053-2055. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2053>
- Frisch, A. L. vd., (2011). Defining and Measuring Health Literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, 27(1), 117-126. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar043>
- Gallagher, P. M., (2012). Self-Efficacy. *İçinde Encyclopedia of Human Behavior* (ss. 314-320).
- Gazmararian, J. A., (1999). Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA*, 281(6), 545-551. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.545>
- Gazmararian, J. A. vd., (2003). Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 267-275. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00239-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00239-2)
- George, D.- Mallery, P., (2010). *Spss for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 Update (10th ed.). Allyn & Bacon. Boston, ABD.
- Gillmore, M. R. vd., (2002). Teen Sexual Behavior: Applicability of the Theory of Reasoned Action. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 885-897. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00885.x>
- Glanz, K.- Rimer, B. K.- Viswanath, K., (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4. bs). John Wiley & Sons, Inc. ABD.
- Gözlü, K., (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Green, E. C.- Murphy, E. M.- Gryboski, K., (2021). The Health Belief Model. *İçinde The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (1. bs, C. 2). John Wiley & Sons Ltd. ABD.
- Grillich, L.- Kostial, E., (2020). Influencing Factors and Determinants of Health Literacy. *European Journal of Public Health*, 30(5), 1005-1049. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1049>
- Grogan, S. vd., (2009). Gender Differences in Smoking: A Longitudinal Study of Beliefs Predicting Smoking in 11-15 Year Olds. *Psychology & Health*, 24(3), 301-316. <https://doi.org/10.1080/08870440701746586>
- Guhl, E. vd., (2020). The Atrial Fibrillation Health Literacy Information Technology Trial: Pilot Trial of a Mobile Health App for Atrial Fibrillation. *JMIR Cardio*, 4(1), e17162. <https://doi.org/10.2196/17162>
- Güler, E., (2015). Mobil Sağlık Hizmetlerinde Oyunlaştırma. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 82-101.
- Günay, A., (2017). Conceptualization of Positive Pregnancy Experience with the Integration of Mobile Health Technologies [Doktora Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Gündoğdu, G., (2021). Sağlık İletişiminde Egemen Bakıştan Eleştirel Bakışa: Televizyon Sağlık Programlarının Eleştirel Sağlık İletişimi Yönünden Analiz Edilmesi [Doktora Tezi]. İstanbul Ticaret Üniversitesi.
- Güner, A. E. vd., (2020). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 58-76. <https://doi.org/10.54247/SOYD.2020.7>
- Güven, A., (2020). Hasta Güvenliği ve Sağlık Okuryazarlığı (1. bs). Gece Kitaplığı. Ankara.
- Hair, J. F. vd., (2019). *Multivariate Data Analysis* (Eighth Edition). Cengage. United Kingdom.
- Hayden, J., (2017). *Introduction to Health Behavior Theory* (3. bs). Jones & Bartlett Learning.
- Health Literacy Tool Shed., (2022). *A Database of Health Literacy Measures*. Erişim Tarihi: 10.09.2022, <https://healthliteracy.bu.edu/>
- Hernandez, L. M., (2009). *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. National Academies Press. Massachusetts, ABD.

- Hightow-Weidman, L. vd., (2018). A Gamified Smartphone App to Support Engagement in Care and Medication Adherence for HIV-Positive Young Men Who Have Sex With Men (AllyQuest): Development and Pilot Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 4(2), e34. <https://doi.org/10.2196/publichealth.8923>
- Hornik, R. vd., (2008). Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on Youths. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2229-2236. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.125849>
- Howard, D. H.- Gazmararian, J.- Parker, R. M., (2005). The Impact of Low Health Literacy on The Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.010>
- Institute of Medicine., (2002). *Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations*. National Academies Press. Washington, ABD.
- Ishikawa, H.- Kiuchi, T., (2010). Health Literacy and Health Communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1-5.
- Ishikawa, H.- Yano, E., (2008). Patient Health Literacy And Participation in the Health-Care Process. *Health Expectations*, 11(2), 113-122. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x>
- Janz, N. K.- Becker, M. H., (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jeong, S. H.- Kim, H. K., (2016). Health Literacy and Barriers to Health Information Seeking: A Nationwide Survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1880-1887. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.015>
- Joint Committee on National Health Education Standards., (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. American School Health Association.
- Joplin, S. vd., (2015). Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis: The Effect of Patient Education, Health Literacy, and Musculoskeletal Ultrasound. *BioMed Research International*, 2015, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2015/150658>
- Jordan, J. E.- Buchbinder, R.- Osborne, R. H., (2010). Conceptualising Health Literacy from the Patient Perspective. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.001>
- Kalaycı, Ş. (Ed.), (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (4. bs). Asil Yayın. Ankara.
- Kasl, S. V.- Cobb, S., (1996). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Kaya, E., (2014). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımı [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Kaya, E., (2020). Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi [Yayımlanmamış Doktora Semineri]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Kaya, E.- Demiralay, M., (2022). Türkiye’de Mobil Sağlık Üzerine Yapılan Akademik Çalışmalar ve Mobil Sağlık Uygulamalarının İncelenmesi. 7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, 43-48.
- Kendilci, K., (2022). Bitlis Eren Üniversitesi Akademik Personellerinde Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi.
- Kendir-Çopurlar, C.- Kartal, M., (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42--47. <https://doi.org/10.5455/tjfm.193796>
- Kıral, C., (2022). Toplumun e-Sağlık Okuryazarlığı ve Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumlarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Trakya Üniversitesi.
- Kickbusch, I., (2008). Health Literacy: An Essential Skill for the Twenty-First Century. *Health Education*, 108(2), 101-104.
- Kickbusch, I.- Wait, S.- Maag, D., (2005). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. International Longevity Centre. Erişim Tarihi: 20.09.2022, <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>

- Kim, H.- Xie, B., (2015). Health Literacy and Internet- and Mobile App-based Health Services: A Systematic Review of the Literature. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, 52, 1-4. <https://doi.org/10.1002/pr2.2015.145052010075>
- Kreps, G. L., (1985). The Development and Presentation of an Interprofessional Surrey Course in Health Communication. Eastern Communication Association Conference, Rhode Island.
- Kreps, G. L.- Bonaguro, E. W.- Query, J. L., (1998a). The History and Development of the Field of Health Communication. *İçinde Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (1. bs, ss. 1-15). Greenwood Press. Westport, ABD.
- Kreps, G. L.- Bonaguro, E. W.- Query, J. L., (1998b). The History and Development of the Field of Health Communication. *İçinde L. D. Jackson.- B. K. Duffy* (Ed.), *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (1. bs, ss. 1-15). Greenwood Press. Westport, ABD.
- Kubota, A.- Fujita, M.- Hatano, Y., (2004). Development and Effects of a Health Promotion Program Utilizing the Mail Function of Mobile Phones. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 51(10), 862-873.
- Kutbay, E.- Bozbuğa, N., (2022). Health Education: Gamification, Health Literacy, and the New Era; Metaverse. *İçinde N. Bozbuğa, S. Gülseçen, V. Kamer, & B. Kurtuldu* (Ed.), *Tıp Bilişimi II* (ss. 225-245). İstanbul Üniversitesi Yayınları. <https://doi.org/10.26650/B/ET07.2022.012.13>
- Kwan, B.- Frankish, J.- Rootman, I., (2006). *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations*. University of British Columbia. Erişim Tarihi: 20.09.2022 <https://blogs.ubc.ca/frankish/files/2010/12/HLit-final-report-2006-11-24.pdf>
- Lambert, K. vd., (2017). Should We Recommend Renal Diet-Related Apps to Our Patients? An Evaluation of the Quality and Health Literacy Demand of Renal Diet-Related Mobile Applications. *Journal of Renal Nutrition*, 27(6), 430-438. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2017.06.007>
- LaMorte, W. W., (2022). *Diffusion of Innovation Theory (Behavioral Change Model)*. Boston University School of Public Health. Erişim Tarihi: 18.10.2022, <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchange/theories>
- Lattie, E. vd., (2020). Examining an App-Based Mental Health Self-Care Program, IntelliCare for College Students: Single-Arm Pilot Study. *JMIR Mental Health*, 7(10), e21075. <https://doi.org/10.2196/21075>
- Lederman, L. C.- Kreps, G.- Roberto, A., (2017). The Role of Communication in Health Issues. *İçinde Health Communication in Everyday Life* (1. bs, ss. 3-23). Kendall Hunt Publishing. ABD.
- Lederman, L. C. vd., (2008). A Final Word: Framing the Future of Health Communication. *İçinde Beyond These Walls: Readings in Health Communication* (1. bs). Oxford University Press. United Kingdom.
- Li, W. vd., (2016). Using WeChat Official Accounts to Improve Malaria Health Literacy Among Chinese Expatriates in Niger: An Intervention Study. *Malaria Journal*, 15(567), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1621-y>
- Liu, C. vd., (2020). What is the Meaning of Health Literacy? A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), 1-8. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Mackert, M. vd., (2021). Mobile Apps as Audience-Centered Health Communication Platforms. *JMIR MHealth and UHealth*, 9(8), e25425. <https://doi.org/10.2196/25425>
- Mahadevan, R., (2013). *Health Literacy Fact Sheets*. CHCS [Center for Health Care Strategies]. Erişim Tarihi: 02.10.2022, <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/>
- Maibach, E.- Holtgrave, D. R., (1995). Advances in Public Health Communication. *Annual Review of Public Health*, 16, 219-238.
- Malloy-Weir, L. J. vd., (2016). A Review of Health Literacy: Definitions, Interpretations and Implications for Policy Initiatives. *Journal of Public Health Policy*, 37(3), 334-352. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>
- Mancuso, J. M., (2008). Health literacy: A Concept/Dimensional Analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Mansur, F.- Şimdi-ülke, R., (2022). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 127-138.

- Massey, P. M. vd., (2012). Contextualizing an Expanded Definition of Health Literacy Among Adolescents in the Health Care Setting. *Health Education Research*, 27(6), 961-974. <https://doi.org/10.1093/her/cys054>
- McAlister, A. L.- Perry, C. L.- Parcel, G. S., (2008). How Individuals, Environments and Health Behaviors Interact: Social Cognitive Theory. İçinde K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanathan (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (4. bs, ss. 169-188). John Wiley & Sons, Inc. ABD.
- McCormack, L. vd., (2013). Recommendations for Advancing Health Literacy Measurement. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 9-14. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.829892>
- Moonen, J., (2021). Gamification in Health and Fitness Applications to Improve Your Health!. Tilburg University.
- Morris, N. S.- MacLean, C. D.- Littenberg, B., (2006). Literacy and Health Outcomes: A Cross-Sectional Study in 1002 Adults with Diabetes. *BMC Family Practice*, 7(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-49>
- Mosa, A. S. M.- Yoo, I.- Sheets, L. (2012). A Systematic Review of Healthcare Applications for Smartphones. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-67>
- Murray, S. T.- Shillington, R., (2012). *Understanding The Link Between Literacy, Health Literacy and Health*. Erişim Tarihi: 23.09.2022, <http://www.dataangel.ca/docs/UnderstandingtheLink2012.pdf>
- Muscat, D. M. vd., (2021). Supporting patients to be involved in decisions about their health and care: Development of a best practice health literacy App for Australian adults living with Chronic Kidney Disease. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(S1), 115-127. <https://doi.org/10.1002/hpja.416>
- National Cancer Institute., (2004). Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide, Pink Book (C. 1-Revised Edition). National Cancer Institute Publication. Washington, ABD.
- Nielsen-Bohman, L.- Panzer, A. M.- Kindig, D. A., (Ed.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* (s. 10883). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Nutbeam, D., (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 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), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Obermayer, J. L. vd., (2004). College Smoking-Cessation Using Cell Phone Text Messaging. *Journal of American College Health*, 53(2), 71-78. <https://doi.org/10.3200/JACH.53.2.71-78>
- Okan, O. vd., (Ed.). (2019). *Defining Health Literacy: Exploring differences and commonalities*. İçinde *International Handbook of Health Literacy* (ss. 5-20). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch001>
- Okay, A., (2016). Sağlık İletişim (3. bs). Der Kitapevi. İstanbul.
- Okay, A., (2020). Sağlık İletişimi Kampanyaları. İçinde *Bütün Yönleriyle Sağlık İletişimi: Kuram, Uygulama ve Tartışmalar* (ss. 211-236). Literatürk Akademi. Konya.
- Okyay, P.- Abacıgil, F., (2019). Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı - Özel Konular*, 5(1), 10-15.
- Ouedraogo, I. vd., (2022). Using Serious Mobile Games to Improve Health Literacy in Rural Sub-Saharan Africa: A Literature Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 768252. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.768252>
- Özdemir, C., (2021). Hemodiyaliz Hastalarında Mobil Sağlık Uygulaması ile Verilen Fistül Bakımı Eğitiminin Hastalığa Uyum ve Öz Bakım Davranışları Üzerine Etkisi [Doktora Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Özdenk, S. vd., (2019). Bir Üniversitenin 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 48-59. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.412666>
- Paakkari, L.- Paakkari, O., (2012). Health Literacy as a Learning Outcome in Schools. *Health Education*, 112(2), 133-152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>

- Paasche-Orlow, M. K.- Wolf, M. S., (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Parker, R., (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277>
- Parker, R. M.- Ratzan, S. C.- Lurie, N., (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.4.147>
- Parnell, T. A., (2015). *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care* (1. bs, ss. 978-0-8261-6173-6174). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826161734>
- Piotrow, P. T. vd., (2003). *Advancing Health Communication: The PCS Experience in the Field*. Johns Hopkins Center for Communication Programs. Erişim Tarihi: 04.11.2022, <https://www.comminit.com/jhucp/content/advancing-health-communication-pcs-experience-field>
- Pleasant, A., (2014). Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1481-1496. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.954083>
- Prochaska, J. O.- DiClemente, C. C., (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O.- Velicer, W. F., (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 11.
- Prochaska, J. O. vd., (1988). Measuring Processes of Change: Applications to the Cessation of Smoking. 56(4), 520-528. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.4.520>
- Rader, T. vd., (2011). Influencing Health Equity: Role of the Effective Consumer Scale in Measuring Skills and Abilities in a Middle Income Country. *The Journal of Rheumatology*, 38(8), 1798-1802. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110407>
- Ratzan, S. C., (1994). Health Communication as Negotiation: The Healthy America Act. *American Behavioral Scientist*, 38(2), 224-247. <https://doi.org/10.1177/0002764294038002005>
- Ratzan, S. C., (1996). The Status and Scope of Health Communication. *Journal of Health Communication*, 1(1), 25-42. <https://doi.org/10.1080/108107396128211>
- Ratzan, S. C., (2001). Health Literacy: Communication for the Public Good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>
- Redding, C. A. vd., (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(Special Issue), 180-193.
- Rimal, R. N.- Lapinski, M. K., (2009). Why Health Communication is Important in Public Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247-247. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.056713>
- Rogers, E. M., (1983). *Diffusion of Innovations* (3rd ed). Free Press; Collier Macmillan. New York, ABD.
- Rogers, E. M.- Storey, J. D., (1987). *Communication Interventions*. İçinde C. R. Berger & S. H. Chaffee (Ed.), *Handbook of Communication Science* (ss. 817-846). Sage Publications, Inc.
- Rootman, I.- Gordon-El-Bihbety, D., (2008). *A Vision for a Health Literate Canada*. Canadian Public Health Association. Erişim Tarihi: 20.09.2022, <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/report.pdf>
- Roper, W. L., (1993). Health Communication Takes on New Dimensions at CDC. *Public Health Rep.*, 108(2), 179-183.
- Rosengren, K. E., (2000). *Communication: An Introduction*. SAGE Publications. California, ABD.
- Sabbahi, D. A. vd., (2009). Development and Evaluation of an Oral Health Literacy Instrument for Adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, 37(5), 451-462. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x>
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü., (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 20.09.2022, <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/439>
- Sarıyar, S.- Fırat-Kılıç, H., (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.598649>

- Sarıyıldız, A. Y.- Aksoy, Y.- Samancı, M., (2022). The Effect of Mobile Health Applications on the Health Literacy of Individuals. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16(3), 552-555. <https://doi.org/10.53350/pjmhs22163552>
- Schiavo, R., (2007). *Health Communication: From Theory to Practice* (1. bs). Jossey Bass. San Francisco, ABD.
- Schillinger, D., (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*, 288(4), 475. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
- Scholz, S.- Teetz, L., (2022). Smart Health Via mHealth? Potentials of Mobile Health Apps for Improving Prevention and Adherence of Breast Cancer Patients. *Digital Health*, 8, 1-12. <https://doi.org/10.1177/20552076221074127>
- Schulenkorf, T.- Sørensen, K.- Okan, O., (2022). International Understandings of Health Literacy in Childhood and Adolescence—A Qualitative-Explorative Analysis of Global Expert Interviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1591. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031591>
- Schulz, P. J., (2012). The Concept of Health Literacy. İçinde A. Zeyer & R. Kyburz-Graber (Ed.), *Science | Environment | Health* (ss. 69-84). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-3949-1_5
- Sekaran, U.- Bougie, R., (2016). *Research Methods For Business: A Skill Building Approach* (7. bs). John Wiley & Sons Inc. ABD.
- Sezgin, D., (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık* (1. bs). Ayrıntı Yayınları. İstanbul.
- Sezgin, D., (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3, 73-92.
- SGGM [Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü], (2022a). *Çemberin Dışında Kal Kampanyası*. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 05.10.2022, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-76886/cemberin-disinda-kal-14-kasim-diyabet-haftasi-2020.html>
- SGGM [Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü], (2022b). *Sağlık İletişimi Kampanyaları*. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 05.10.2022, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-3961/kampanyalar.html>
- SHC [Society for Health Communication], (2017). *About Health Communication*. *Society for Health Communication*. Erişim Tarihi: 04.09.2022, <https://www.societyforhealthcommunication.org/health-communication>
- Simonds, S. K., (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K. vd., (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Söylemez, S. L. vd., (2020). Assessment of the Pharmacy Students e-Health Literacy and Mobile Health Application Utilization. *Journal of Research in Pharmacy*, 24(1), 1-7. <https://doi.org/10.35333/jrp.2020.125>
- Street, R. L.- Epstein, R. M. (2008). *Key Interpersonal Functions and Health Outcomes: Lessons from Theory and Research on Clinician-Patient Communication*. İçinde K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Ed.), *Health Behavior and Health Education* (4. bs, ss. 237-269). Jossey Bass. San Francisco, ABD.
- Sundberg, K. vd., (2021). Supporting Health Literacy Using an Interactive App for Symptom Management During Radiotherapy for Prostate Cancer. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 381-386. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.003>
- Şahin, B., (2021). Akıllı Diyabetim Mobil Sağlık Uygulaması Kullanımının Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz Bakımları Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Ege Üniversitesi.
- Şahinöz, T.- Şahinöz, S.- Kıvanç, A., (2018). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.
- Şencan, H., (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik* (1. bs). Seçkin Yayıncılık. Ankara.

- Şenel-Tekin, P., (2018). Health Literacy: An Overview Of The Medical Secretarial Training In Turkey. *International Journal of Research -GRANTHAALAYAH*, 6(9), 79-92. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v6.i9.2018.1210>
- Şengün, H., (2016). Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 79(1), 38-42. <https://doi.org/10.18017/iuitfd.40259>
- Tabachnick, B. G.- Fidell, L. S., (2013). *Using Multivariate Statistics (Sixth Edition)*. Pearson Education, Inc. New Jersey, ABD.
- Tabak, R. S., (2006). *Sağlık İletişimi (3. bs)*. Literatür Yayıncılık. İstanbul.
- The Health Communication Unit., (2007). *Overview of Health Communication Campaigns*. University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health.
- Thomas, R. K., (2006). *Health Communication*. Springer. New York, ABD.
- Thompson, T. L. (Ed.), (2003). *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey, ABD.
- Thompson, T. L. (Ed.), (2014). *Encyclopedia of health communication*. SAGE Reference. California, ABD.
- Thomson, R.- Murtagh, M.- Khaw, F.-M., (2005). Tensions in Public Health Policy: Patient Engagement, Evidence-Based Public Health and Health Inequalities. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 398-400. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014175>
- Tlou, E. R., (2009). *The Application of the Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour to a Workplace HIV/AIDS Health Promotion Programme*. University Of South Africa Department of Psychology, Doctor of Philosophy.
- Toğluk-Yiğitoğlu, E., (2020). Stoma Bakımı Eğitiminde Mobil Sağlık Uygulaması Kullanımının Bireyin Stomaya Uyumuna ve Peristomal Cilt Lezyonlarının Gelişimine Etkisi [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Tones, K., (2002). Health Literacy: New Wine in Old Bottles? *Health Education Research*, 17(3), 287-290. <https://doi.org/10.1093/her/17.3.287>
- UnitedHealth Group., (2020). *Health Literacy Brief*. Erişim Tarihi: 10.09.2022, <http://www.uhg.com/health-literacy-research>
- Uslu, D.- İpek, K., (2022). Bireylerin e-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin e-Nabız Sisteminin Kullanımına Yönelik Algılarına Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 69-86.
- Ürgün, S.- Yıldırım, F., (2020). Sosyal Hizmet Perspektifinden Sağlık Okuryazarlığı Müdahalelerinin Önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 203-217. <https://doi.org/10.33417/tsh.681882>
- Van der Heide, I. vd., (2015). Functional, Interactive and Critical Health Literacy: Varying Relationships With Control Over Care and Number of GP Visits. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 998-1004. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.006>
- Van, V. H.- Dao, K. T. A.- Minh, D. H., (2020). Effectiveness of Shining Mind- A Smartphone App to Increase Mental Health Literacy Among College Students. *VNU Journal of Science: Education Research*, 36(4), 75-85. <https://doi.org/10.25073/2588-1159/vnuer.4480>
- Vernon, J. A. vd., (2007). *Low Health Literacy: Implications for National Health Policy*. The George Washington University. Erişim Tarihi: 23.09.2022, https://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/CHPR/downloads/LowHealthLiteracyReport10_4_07.pdf
- Vilella, A. vd., (2004). The Role of Mobile Phones in Improving Vaccination Rates in Travelers. *Preventive Medicine*, 38(4), 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.12.005>
- Von Wagner, C. vd., (2009). Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877. <https://doi.org/10.1177/1090198108322819>
- Waisbord, S.- Obregon, R., (2012). *Theoretical Divides and Convergence in Global. İçinde The Handbook of Global Health Communication (1. bs)*. John Wiley & Sons, Inc. ABD
- White, S.- Dillow, S., (2005). *Key Concepts and Features of the 2003 National Assessment of Adult Literacy (U.S. Department of Education)*. National Center for Education Statistics.
- WHO., (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization. Erişim Tarihi: 19.09.2022, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/60968/retrieve>

- WHO., (2009). *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. World Health Organization. Erişim Tarihi: 24.09.2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- WHO., (2011). *M-Health: New Horizons for Health through Mobile Technologies*. World Health Organization. Erişim Tarihi: 23.12.2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>
- Wittink, H.- Oosterhaven, J. (2018). Patient Education and Health Literacy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 38, 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.004>
- Wolf, M. S.- Davis, T. C.- Parker, R. M., (2007). Editorial: The Emerging Field of Health Literacy Research. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 3-5. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.1>
- Wu, A. D. vd., (2010). Developing and Evaluating a Relevant and Feasible Instrument for Measuring Health Literacy of Canadian High School Students. *Health Promotion International*, 25(4), 444-452. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq032>
- Yalçın-Balçık, P.- Taşkaya, S.- Şahin, B., (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1402386162>
- Yalman, F.- Öcel, Y., (2021). Sağlık Okuryazarlığı ile e-Sağlık Hizmet Tüketimi Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi: E-Nabız Kullanımı Üzerine Bir Araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(77), 240-254.
- Yılmaz, A., (2016). Hasta Hekim İletişimindeki Problemler ve Bu Problemlere Yönelik Çözüm Önerileri; Nitel Araştırma [Uzmanlık Tezi]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yılmaz, M.- Tiraki, Z., (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yılmazel, G.- Çetinkaya, F., (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518>
- Yost, K. J. vd., (2009). Bilingual Health Literacy Assessment Using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and Pilot Testing. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.020>
- Zarcadoolas, C.- Pleasant, A. F.- Greer, D. S., (2006). Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action (1. bs). John Wiley & Sons, Inc. <http://choicereviews.org/review/10.5860/CHOICE.44-3324>
- Zarcadoolas, C.- Pleasant, A.- Greer, D. S., (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>
- Zhao, X., (2020). Health Communication Campaigns: A Brief Introduction and Call for Dialogue. *International Journal of Nursing Sciences*, 7, 511-515. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.009>
- Zwi, S. vd., (2022). A Feasibility Study of a Best Practice Health Literacy App for Australian Adults with Chronic Kidney Disease. *PEC Innovation*, 1, 100047. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100047>