



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN
BULAŞICI HASTALIK ALGILARI İLE DİJİTAL SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Beray KÖSE HAYTA

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER

ADANA-2024



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN
BULAŞICI HASTALIK ALGILARI İLE DİJİTAL SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Beray KÖSE HAYTA

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER

ADANA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tüm bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren, sabrı, samimiyeti ve güler yüzüyle desteğini her zaman hissettiğim, beraber çalıştığım için mutluluk duyduğum, tezimin her aşamasında yanımda olan tez danışmanım, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER'e,

Asistanlık dönemim boyunca bizlere emek veren, örnek aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Esra SAATÇI, Prof. Dr. Ersin AKPINAR, Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN, Prof. Dr. Hatice KURDAK ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur TOPUZ'a,

Yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Kemal ARSLAN'a,

Hayattaki en büyük şansım, sonsuz sevgilerini her zaman hissettiren canım annem, babam ve kardeşlerime,

Bu zorlu süreçte desteğini ve sevgisini her zaman hissettiren yol arkadaşım Onat HAYTA'ya,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Beray KÖSE HAYTA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENELBİLGİLER	2
2.1. Tanımlar	2
2.1.1. Bulaşıcı Hastalıklar	2
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı.....	2
2.1.3. Dijital Sağlık Okuryazarlığı ve İlgili Tanımlar	4
2.1.3.1. İnfodemi.....	5
2.1.3.2. Dezenformasyon	5
2.1.3.3. Malenformasyon	6
2.1.3.4. Mezenformasyon	6
2.2. Bulaşıcı Hastalıkların Tarihçesi	6
2.3. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalık Kontrolünün Yasal Dayanakları	12
2.4. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklar için Kontrol Programları.....	14
2.5. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar.....	15
2.5.1. A Grubundaki Hastalıklar.....	15
2.5.2. B Grubundaki Hastalıklar.....	16
2.5.3. C Grubundaki Hastalıklar.....	16
2.5.4. D Grubundaki Hastalıklar.....	17
2.6. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi	18
2.7. Bulaşıcı Hastalıklar ve Risk Faktörleri	18
2.8. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	19
2.9. Dijital Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	19

2.10. Dijital Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetlerinde Sağlayabileceği Yararlar	20
2.11. Günümüzde Sağlık Okuryazarlığı	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırma İçin Alınan İzinler	22
3.2. Araştırmanın Tipi ve Evreni.....	22
3.3. Örneklem Seçimi.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. İstatistiksel Analiz.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler	63
6.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları	64
6.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	65
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER.....	76
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu	76
Ek 2. Anket Formu	77

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların cinsiyet ve meslek dağılımları.....	26
Tablo 2. Katılımcıların diğer demografik özellikleri.....	26
Tablo 3. Katılımcıların sağlık durumları	27
Tablo 4. Sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız	27
Tablo 5. Sağlık kuruluşlarından randevuyu hangi platformlardan alırsınız.....	28
Tablo 6. Katılımcıların Günlük internet kullanım süreleri	28
Tablo 7. Katılımcıların internet kullanım amaçları	29
Tablo 8. Sağlıkla ilgili araştırma yapma alışkanlığı ve web sitelerine yönlendirilme sebepleri	30
Tablo 9. Sağlıkla ilgili internette yapılan araştırmalarda kullanılan platformlar	30
Tablo 10. Dijital ortamda sağlıkla ilgili okunan bilgiler	31
Tablo 11. Sağlıkla interneti tercih nedeni.....	32
Tablo 12. Katılımcıların günlük yaşantılarında kullandığı dijital araçlar.....	32
Tablo 13. Demografik özelliklere göre Dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği (DSOÖ) sonuçları	33
Tablo 14. Katılımcılarda sorgulanan özelliklere göre Dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği (DSOÖ) sonuçları.....	37
Tablo 15. Demografik özelliklere göre Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHA) sonuçları	41
Tablo 16. Katılımcılarda sorgulanan özelliklere göre Bulaşıcı hastalıklara yönelik algı ölçeği (BHA) sonuçları	44
Tablo 17. Ölçeklerin alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişkiler.....	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığının dağılımı	29
Şekil 2. Eğitim durumuna göre Dijital Sağlık Okuryazarlığı ölçek skoru	34
Şekil 3. Sağlık durumuna göre Dijital Sağlık Okuryazarlığı ölçek skoru	35
Şekil 4. İnternette sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilme durumuna göre Dijital Sağlık Okuryazarlığı ölçek skoru	36
Şekil 5. BHYAÖ toplam ile DSOÖ genel skoru arasındaki ilişki	49



SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

AHB	: Aile Hekimliği Birimi
BH	: Bulaşıcı Hastalıklar
BHYA	: Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı
BHYAÖ	: Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DSOÖ	: Dijital Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
DSOY	: Dijital Sağlık Okuryazarlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-ASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
e-HEALS	: e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
EHEC	: Enterohemorajik E. coli
EVD	: Ebola Virüs Hastalığı
HLS-EU	: Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
m-HEALTH	: Mobil Sağlık
RIRS	: Retrograd İntrarenal Surgery
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkin Bireylerin Bulaşıcı Hastalık Algıları ile Dijital Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Amaç: Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında; bulaşın engellenmesi, aşılarla koruma, erken tanı ve uygun tedavi kadar bireylerin bulaşıcı hastalıklara karşı algısının da önemli olduğu bilinmektedir. Dijital sağlık okuryazarlığı (DSOY) gelişmiş olan kişiler, kendi sağlık problemlerini çözmek için dijital araçlardan bilgi alıp kullanabilmektedirler ve bu bilgiler ışığında kişisel sağlık problemlerini daha iyi yönetebilmektedirler. Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) kapsamındaki 4 Aile Hekimliği Birimine (AHB) başvuran erişkin bireylerin bulaşıcı hastalık algıları ile dijital sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini; 056 numaralı birime kayıtlı 2128, 051 numaralı birime kayıtlı 2272, 047 numaralı birime kayıtlı 2494, 062 numaralı birime kayıtlı 1627 erişkin bireyler oluşturdu. Çalışmanın örneklemini çalışmanın verilerinin toplanacağı 1 Mayıs- 1 Ağustos 2024 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi EASM'ye herhangi bir nedenle başvuran erişkin bireyler oluşturdu. Katılmak istemediğini belirten 24, anketi yarım bırakan 15, zamanı olmadığını söyleyen 17 kişi dışındaki 324 kişiyle çalışma tamamlandı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği” ve “Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” uygulandı.

Bulgular: Bu çalışmada yer alan EASM'ye başvuran 324 hastanın, 192'si (%59,3) kadındı. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım kaynaklarında ilk sırada sağlık çalışanı, daha sonra internet yer almaktaydı. İnternet kullanım oranında en yüksek olan günde 1-3 saat aralığındaydı (%49,1) fakat günde 4-10 saat kullanım oranı da yüksekti (%35,2). İnternet kullanım amaçlarına bakıldığında, sosyal medya kullanımı %73,5 ile en yüksek orana sahipti. Dijital sağlık okuryazarlığı ölçek (DSOÖ) puanına ait ortalama değer $51,9 \pm 8,5$ olarak bulundu. Bulaşıcı hastalıklara yönelik algı ölçeği (BHYAÖ) ortalama skoru ise $154,3 \pm 17,3$ olarak hesaplandı. Sağlıkla ilgili bilgiye internetten ulaştığını ifade edenlerde ($p=0,009$) DSOÖ skoru ve sağlıkla ilgili bilgiye kolaylıkla ulaştığını belirtenlerde ($p=0,023$) BHYAÖ skoru daha yüksek bulundu. DSOÖ ve BHYAÖ ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde zayıf pozitif korelasyona ($r=0,17$; $p=0,003$) rastlandı.

Sonuç: Dijital sağlık okuryazarlık seviyelerinin arttırılmasına yönelik girişimler bireylerin bulaşıcı hastalıklarda hastalığın doğasına, bulaşma yollarına, korunmaya yönelik algılarını olumlu yönde etkileyebilir. Aile hekimleri hasta eğitimleri ile dijital sağlık okuryazarlık seviyelerini arttırabilirler ve bulaşıcı hastalıklarla daha etkin mücadele edilmesini sağlayabilirler.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, dijital sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı hastalıklar

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Infectious Disease Perceptions and Digital Health Literacy of Adult Individuals Applying to Çukurova University Education Family Health Center

Objective: It is known that in controlling infectious diseases, the perception of individuals towards infectious diseases is as important as the prevention of transmission, protection with vaccines, early diagnosis and appropriate treatment. Individuals with advanced digital health literacy (DSHL) can obtain and use information from digital tools to solve their own health problems, and in light of this information, they can better manage their personal health problems. This study aimed to examine the relationship between the perception of infectious diseases and digital health literacy of adult individuals applying to 4 Family Medicine Units (AHB) within the scope of Çukurova University Education Family Health Center (EASM)

Materials and Methods: The universe of the study consisted of 2128 adults registered to unit 056, 2272 adults registered to unit 051, 2494 adults registered to unit 047, and 1627 adults registered to unit 062. The sample of the study consisted of adults who applied to Çukurova University EASM for any reason between May 1 and August 1, 2024, when the data of the study would be collected. The study was completed with 324 people, excluding 24 who did not want to participate, 15 who left the survey incomplete, and 17 who said they did not have time. The sociodemographic data form, the “Infectious Diseases Perception Scale” and the “Digital Health Literacy Scale” were applied to the participants.

Results: Of the 324 patients who applied to EASM in this study, 192 (59.3%) were women. The participants' primary source of health information was healthcare professionals, followed by the internet. The highest rate of internet use was between 1-3 hours per day (49.1%), but the rate of 4-10 hours per day was also high (35.2%). When the purposes of internet use were examined, social media use had the highest rate with 73.5%. The mean value of the digital health literacy scale (WHSS) score was found to be 51.9 ± 8.5 . The mean score of the communicable diseases perception scale (BDSSS) was calculated as 154.3 ± 17.3 . The WHSS score was higher in those who stated that they accessed health-related information on the internet ($p=0.009$) and the BDSSS score was higher in those who stated that they accessed health-related information easily ($p=0.023$). When the relationship between the WHOS and BHAS scales was examined, a weak positive correlation ($r=0.17$; $p=0.003$) was found.

Conclusion: Initiatives to increase digital health literacy levels can positively affect individuals' perceptions of the nature of the disease, transmission routes, and protection against infectious diseases. Family physicians can increase digital health literacy levels through patient education and ensure more effective combat against infectious diseases.

Keywords: Family medicine, digital health literacy, infectious diseases

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde sağlık sistemlerinin, hizmetlerinden yararlanan bireylerden beklentisi, sağlıklarıyla ilgili öz sorumluluklarının ve bilinçlerinin artması yönündedir. Bu nedenle bireylerden, kendi sağlık sorumluluklarını almaları, sağlık ve hastalıklarıyla ilgili bilgiyi anlayıp yönetebilmeleri, kendileri ve başkaları için doğru sağlık kararları verebilmeleri yönünde yeni roller üstlenmeleri istenmektedir. Tüm bu hedeflerin gerçekleşebilmesinin temelinde ise kişilerin sağlık okuryazarlığını (SOY) kullanabilme yetenekleri yer almaktadır.¹ Teknolojinin ilerlemesiyle beraber SOY kavramının yanı sıra Dijital Sağlık Okuryazarlığı (DSOY) kavramı da ön plana çıkmıştır. Dijital sağlık okuryazarı olan kişiler, kendi sağlık problemini çözmek için dijital araçlardan bilgi alıp kullanabilen, bu bilgiler ışığında kişisel sağlık problemlerini daha iyi yönetebilen kişilerdir.²

Dijital sağlık okuryazarlığı bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için olduğu kadar bulaşıcı hastalıklar için de oldukça önemlidir. Özellikle COVID-19 pandemisi döneminde dijital sağlık okuryazarlığının toplumsal sağlığa olan etkileri gözlenmiştir.^{3,4}

Bulaşıcı hastalıklar toplumlara büyük zararlar vermektedir. Bu zararları durdurmak için toplumun doğru ve etkili bilgiye sahip olması gerekmektedir. Toplumun doğru ve güvenilir bilgiye sahip olması konusunda dijital sağlık okuryazarlığı kritik öneme sahiptir.³⁻⁵ Literatürde dijital sağlık okuryazarlığı ile ilişkili çalışmalar olsa da bulaşıcı hastalıklar ile arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar çok kısıtlıdır ve bilimsel boşluk yaratmaktadır. Çalışmamızın amacı; Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) bağlı 4 Aile Hekimliği Birimine (AHB) başvuran erişkin bireylerin bulaşıcı hastalık algıları ile DSOY arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Bu konuyla ilgili geliştirilmesi gereken yönlerin tanımlanması toplumumuzda DSOY farkındalığının oluşturulması için yapılabilecek çalışmalara ışık tutacaktır.

2. GENELBİLGİLER

2.1. Tanımlar

2.1.1. Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı Hastalık (BH): “Bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalık” olarak tanımlanmaktadır.⁶ Geçmişte bulaşıcı hastalıkların etkin tedavisinin olmaması büyük oranlarda ölümlere neden olmuştur. Zamanla bulaşıcı hastalıklara karşı aşılar ve antibiyotikler geliştirilmiştir. Böylece bulaşıcı hastalıkların yayılma hızı ve ölüm oranları azalmıştır. BH’nin aşılar ve antibiyotiklerin bulunması ile azalması yaşam süresinin uzayıp yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Yaşam süresinin artmasıyla beraber kronik sağlık sorunları ortaya çıkmıştır ve sonuç olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) yaygınlaşmıştır.^{7,8}

Bulaşma Yolları: “Enfeksiyon etkeninin bir kaynaktan duyarlı konağa bulaşma yoludur. Enfeksiyöz etkenin duyarlı konağa geçişi doğrudan ya da dolaylı yolla olmaktadır”.⁶

- **Doğrudan Bulaşma:** “Enfekte kişinin, duyarlı kişi (konakçı) ve kontamine vücut sıvıları ile doğrudan teması sonucu oluşan bulaşma şeklidir”. Doğrudan bulaşmaya örnek olarak; kan nakli, cinsel temas, aksırma-öksürme ile yayılan damlacıklar, doğum sırasında anneden bebeğe bulaş örnek gösterilebilir.⁶

- **Dolaylı Bulaşma:** “Mikroorganizmanın konakçıya bir aracı vasıtası ile bulaşmasıdır”. Dolaylı bulaşmaya örnek olarak; vektörler, hava, kontamine su ve gıdalar, eşyalar, cerrahi aletler örnek gösterilebilir.⁶

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı

SOY (Sağlık Okuryazarlığı), “bireylerin, sağlıkla ilgili uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir”.¹ SOY kavramı bireylerin sağlıkla ilgili güvenilir ve doğru kaynaklara ulaşmasında önemli bir yer tutmaktadır.^{9,10}

SOY kavramı ilk defa 1974’te Simonds tarafından tanımlanmıştır. Ülkemizde ilk defa SOY ile ilgili araştırma Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasıyla 2014 yılında yapılmıştır. Bu çalışmayla Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (HLS-

EU) Türkçeye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmıştır. Çalışma sonucunda toplumun yalnızca üçte birinin yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu gözlemlenmiştir.^{11,12}

Ottawa’da 1986 yılında toplanan “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” (International Conference on Health Promotion) sonunda “Ottawa Tüzüğü” (Ottawa Charter) yayımlanmıştır. Bu çalışmalarda sağlığın geliştirilmesi için sadece sağlık sektörünün gayretinin yeterli olmadığı, ilgili sivil toplum kuruluşlarının da desteğinin önemi vurgulanmıştır. SOY kavramı ön plana çıkmıştır.¹³

Zamanla farklı SOY tanımlamaları yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1998’de “sağlık okuryazarlığını bireylerin bilgiyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” şeklinde tanımlamıştır.^{14,15} Avrupa Birliği 2007 yılında SOY kavramını “Sağlam yargılara varmak için sağlık bilgilerini okuma, filtreleme ve anlama yeteneği” şeklinde tanımlamıştır.^{14,16} Freedman ve arkadaşları 2009 yılında SOY kavramını “Bireylerin ve grupların, topluma fayda sağlayan halk sağlığı kararları almak için gereken bilgileri elde etme, işleme, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme derecesi” şeklinde tanımlamışlardır.^{14,17}

Nutbeam 2000 yılında, 3 düzeyli bir model geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel, kritik ve interaktif okuryazarlık olarak başlıklara ayırmıştır. Fonksiyonel okuryazarlık; bireyin sağlıkla ilgili temel okuma-yazma becerilerini içerir, interaktif okuryazarlık; gelişmiş bilişsel okuryazarlık ve sosyal yetenekleri kapsamaktadır. Kritik okuryazarlık ise; üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içine alır”.^{11,18,19}

ABD’de sağlık harcamaları 2003-2006 yılları arasında 106 milyar dolardan 236 milyar dolara yükselmiştir. Ayrıca toplumun mali olarak harcamalarını azaltmak için toplumdaki SOY düzeyi arttırılmıştır. Bu kapsamda topluma birden çok alanda sağlık eğitimleri verilmiştir. Hasta ve doktor iletişiminin etkili olabilmesi açısından hasta ve doktorlara çeşitli bilgilendirmeler yapılmıştır.^{18,20}

Yüksek düzeydeki sağlık okuryazarlığına sahip olan hastaların sağlık profesyonellerinin önerilerini doğru uygulamasına etkili bir hasta-hekim iletişimi neden olmaktadır.²⁰⁻²² İki taraflı etkili bilgi alışverişi; iyi bir iletişim için gereklidir. Sağlıkla ilgili bilginin doğru olarak kişiye verilmesi ve kişinin bilgiyi anlayıp yorumlayıp

yönetebilme becerisine sahip olması iyi bir sağlık okuryazarlığının temelini oluşturmaktadır.²³

Medyadan halka televizyon, bilgisayar, telefon, gazete, radyo vb. kitle iletişim araçlarıyla ulaşan yanlış ve güvenilir olmayan sağlık bilgileri sağlık okuryazarlığının önemini ortaya çıkarmıştır. Medyanın özellikle ürün pazarlama amacıyla yanlış ve eksik bilgi vermekten uzak durmadan yoğun ve bilimsellikten uzak yönlendirmeleri bireylerin bu bilgileri doğru olarak algılamasına ve uygulamasına yol açmaktadır. Bu durum bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri doğru anlayıp doğru uygulayabilmesi için halkın yüksek sağlık okuryazarlığı bilincine sahip olması gerektiğini göstermektedir.^{9,10}

SOY düzeyinin düşük olması kişinin ve toplumun sağlık bakımını etkilemektedir. Verilen reçetenin eksik uygulanması, kişinin kendi kan şekerini ölçmemesi, herhangi bir şikâyetle hangi bölüme randevu alınması gerektiğini bilmemesi sağlık okuryazarlığını ilgilendiren konulardandır.^{9,10}

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde toplum eğitimi önemli bir noktada bulunmaktadır. Birinci basamakta hastalara yaş grupları ayırt edilmeksizin sağlık okuryazarlığı konusunda eğitimler verilmelidir.¹

Yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlıklı olmayan alışkanlık tercihlerine, yanlış tedavi uyumuna dolayısıyla yüksek hastane yatış oranlarına yol açtığı görülmektedir. Bu durum mali kaynakların gereksiz kullanımına neden olmaktadır.²⁴

2.1.3. Dijital Sağlık Okuryazarlığı ve İlgili Tanımlar

Dijital sağlık okuryazarlığını, DSÖ; “elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme, elde edilen bilgileri bir sağlık problemini ele almak veya çözmek için uygulama yeteneği” olarak tanımlamaktadır. Diğer bir deyişle dijital sağlık okuryazar bireyler, sağlıkla ilgili bilgiyi aktif bir şekilde araştırıp bulan, bulduğu bilgiyi yorumlayarak yeni bilgiler edinebilen bireylerdir.^{2,25-27}

Teknolojinin kullanımının arttığı günümüzde bireylerin etkin sağlık hizmetine ulaşabilmesi için yeni teknolojik yapılanmalar ortaya çıkmıştır. Bazı hastalar ve sağlık personelleri yeterli eğitime sahip olmamalarından dolayı sağlık alanında teknolojik yapılanmaları takip edememektedir.^{10,28} DSOY ile kişilerin dijital sağlık kaynaklarına etkili katılım sağlanması amaçlanmaktadır.^{2,25,28} DSOY ile dijital aktiflik, bireylerin sağlıkla ilgili dijital kaynaklara ulaşımı, kullanma yeteneklerini ve bunların

uygunluğunu içerir. Ayrıca kişinin öz sağlığıyla ilgilenme, kendini emniyette ve gözetim altında tutma, dijital kaynaklara erişme motivasyonunu içerir.^{28,31,32}

Mobil sağlık (M-sağlık, m-Health), dijital sağlığın bir alt bölümüdür. Mobil bilgi işlem ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında kullanımı olarak tanımlanabilir. Hasta eğitimi, uzaktan izleme, iletişim, hastane randevusu, hastalık ve salgın takibi, teşhis ve tedavi olmak üzere mobil ağlar aracılığıyla sağlanan birçok hizmeti kapsar. Bundan dolayı hastaların, DSOY'nin yeterli olması önemlidir.^{28,30}

DSOY, düşük ekonomik şartlarda yaşayanların ve daha düşük sosyokültürel düzeyde olanların kişisel gereksinimlerine yetecek şekilde dijital sağlık uygulamalarını kapsamalıdır.^{2,31} Bireylerin DSOY düzeyini arttırmak için ek politikalara ihtiyaç vardır.^{28,30} Müdahaleler bireyin dijital kaynaklar aracılığıyla sağlık yönetimi ve tedavisi hakkındaki bilgilere nasıl ulaşacağına dair eğitimleri içermelidir. Ayrıca bu eğitimler, bilgileri verimli bir şekilde kullanabilecekleri yönergeleri de içermelidir.^{28,35,36}

2.1.3.1. İnfodemi

Teknolojinin hızlı bir şekilde ilerlediği bu çağda, bilgiye ulaşılması ve bilginin yayılması hızlı bir şekilde olmaktadır. Bu durum aynı zamanda yanlış ve güvenilir olmayan bilgilerin de hızla yayılmasına ve artmasına sebebiyet vermektedir.³⁷

İnfodemi; güvenilir ve inandırıcı kaynakların belirlenmesinde zorluk yaratan hem doğru hem de yanlış bilgilerin çoğalmasını ifade eder".³⁸

Bütün dünyayı derinden etkileyen COVID-19 salgını döneminde, infodemi nedeniyle bilgi kirliliği artarak, bireyleri mental, fiziksel ve psikolojik yönden etkilemiştir.³⁷ Bireylerin salgın, afet gibi zamanlarda daha hassas bir psikolojiye sahip olması kendileri için güvenilir bilgi bulma konusunda ayırıcı olamamalarıyla sonuçlanmıştır.^{39,40}

2.1.3.2. Dezenformasyon

Dezenformasyon kavramı genel olarak yanlış bilgilendirme anlamına gelmektedir.⁴¹ Dezenformasyonun en önemli özelliği, bireyin yanlış bilgiyi bilinçli olacak şekilde insanlara ulaştırıyor olmasıdır.³⁷ Günümüzde yanlış bilgilerin hızlı bir şekilde topluma ulaşmasında sosyal medyanın rolü büyüktür ve dezenformasyon için uygun ortam oluşmasına neden olmaktadır.^{43,44}

2.1.3.3. Malenformasyon

Özel olarak kalması gereken doğru bilginin, bir kurum veya kişiye zarar vermek amacıyla kamusal alana taşınması malenformasyonu oluşturmaktadır.³⁷

2.1.3.4. Mezenformasyon

Mezenformasyon, “yanlış bilginin zarar verme amacı taşımadan yayılması” olarak tanımlanabilir.^{37,42}

2.2. Bulaşıcı Hastalıkların Tarihçesi

Geçmişten günümüze bulaşıcı hastalıklar, tüm dünyada salgın hastalıklara neden olabilmektedirler ve bu önemli bir sorundur. Bu sorunun sebebi salgın hastalıkların yalnızca hasta bireyi değil bütün dünyayı çeşitli yönlerden etkilemesidir. “Hastalık oluşturan bir enfeksiyon etkenin duyarlı canlıya doğrudan veya dolaylı yolla geçmesi ile oluşan bulaşıcı hastalıkların yayılarak çok sayıda canlı da hastalık oluşturmaları, salgın hastalık olarak tanımlanır.” Geçmişten bu yana pek çok bulaşıcı hastalık salgını örnekleri mevcuttur. HIV/AIDS, Veba, kolera, lepra, tifo, tifüs, çiçek, sarı humma, sıtma, sifiliz, ebola, tüberküloz, influenza, SARS, MERS ve COVID-19 çeşitli salgın durumlarına örnek teşkil eden hastalıklardır.⁴⁵⁻⁴⁷

HIV/AIDS Salgınları

İlk defa 1976 senesinde tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre tüm dünyada ortalama 40 milyon kişi bu virüsün taşıyıcısıdır ve geçmişten bu yana ortalama 30 milyonun ölümüne yol açmıştır.⁴⁸ Türkiye’de 2020 yılında her 100.000 kişiden yaklaşık 6’sı yeni AIDS vakası olarak değerlendirilmiştir. Bu tür veriler, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve farkındalığın artırılması için kritik öneme sahiptir.⁴⁷ Dünya genelindeki ölüm sıralamasında ilk beşte yer almaktadır. Türkiye’de enfekte birey sayısında gün geçtikçe artış görülmektedir.⁴⁹

Veba Salgınları

Dünyada üç defa yüksek mortaliteye neden olan veba salgınları kayıtlara geçmiştir. Bu salgınlar 541, 1347, 1894 yıllarında gerçekleşmiştir. Daha sonra 1950’li

yıllarda birinci basamak sağlık hizmetleri ve antibiyotiklerin devreye girmesiyle veba salgınları önemli ölçüde azalmıştır.⁴⁵

Kolera Salgınları

Vibrio Cholerae adlı bakterinin neden olduğu ve genellikle kirli su ve gıda yoluyla bulaşan, akut ishale karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır. Kolera pandemisi (1817), 19. yüzyılın en büyük sağlık krizlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Asya’da başlayıp birçok ülkeyi etkileyen bu salgın, milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur.⁴⁵

John Snow’un çalışmaları, kolera gibi su kaynaklı hastalıkların anlaşılmasında dönüm noktası olmuştur. Londra’daki kolera salgınına inceleyerek, hastalığın yayılmasında kontamine suyun rolünü belirlemiş ve bu bulgular, halk sağlığı uygulamalarında önemli değişikliklere yol açmıştır. Snow’un bu çalışmaları, epidemiyoloji biliminin gelişiminde de büyük bir etkiye sahip olmuştur. Ayrıca etkili tedavi uygulanması, fatalite oranını %20’lerden %1’in altına düşürebilir. Bu durum, sağlık politikalarının ve altyapı geliştirmelerinin kolera kontrolü açısından ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir.⁴⁵

Tifo Salgınları

Salmonella typhi adlı bakterinin neden olduğu tifo hastalığı, kirli içme suları ve yiyeceklerle bulaşır. Hastalık, bakterinin vücuda girmesinden 1-2 hafta içinde meydana gelir. Tifo bakterisi, hastaların dışkı, idrar, kan, tükürük veya deri döküntülerinde bulunabilir. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 20 milyon tifo vakası görülürken, bu sayının yaklaşık 200 bini hayatını kaybetmektedir.⁴⁵ Tedavide sıvı alımı, beslenme desteği ve uygun antibiyotik kullanımı önemlidir. Tifo kontrolünde hijyen kurallarına uygun su temini ve sanitasyon önlemleri büyük önem taşır. Ayrıca, tifo aşısı seyahat edenler için önerilir, ancak tam koruma sağladığı konusunda kesin bir garanti yoktur.^{45,50,51}

Lepre Salgınları

Mycobacterium leprae bakterisinin neden olduğu lepra hastalığı, 1873 yılında Dr. G.A. Hansen tarafından keşfedilmiştir. Bu hastalık, bağışıklık sisteminin durumuna

bağlı olarak farklı semptomlar gösterebilmektedir. Bu tablo lokalize veya geniş yayımlı olabilir. Lepra, ciltte lezyonlar, duysal kayıplar ve sinir hasarına yol açabilmektedir. Erken teşhis ve tedavi, hastalığın ilerlemesini önleyebilir ve bireylerin yaşam kalitesini artırabilir. Hastalığın ortalama inkübasyon süresi genellikle 2-4 yıldır.^{48,52} Uygulamaya konulan etkili kampanyalar (1980'lerin başından itibaren) ve çoklu ilaç tedavi rejimleri sayesinde 16 milyondan fazla hasta tedavi edilmiştir. Hasta sayısında belirgin bir düşüş gerçekleşmiştir. Bu hastaların büyük bir kısmı Güney Doğu Asya, Afrika ve Batı Pasifik bölgelerindendir. Lepra hastalığı, ülkemizde bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar arasında yer almakta ve bu nedenle "Lepra Eradikasyon Programı" uygulanmaktadır. DSÖ tarafından belirlenen lepra eliminasyon hedefi, hastalığın yayılmasını kontrol altına almayı ve yeni vakaların sayısını azaltmayı amaçlamaktadır. Türkiye, bu hedefe erişmiş ülkeler arasında yer almaktadır ve hastalığın sıklığı her 10.000 kişide 1 vakanın altına düşmüştür. Lepra hastalığının bulaşma şekli tam olarak anlaşılamamış olsa da genellikle *Mycobacterium leprae* bakterisinin inhalasyon yoluyla yayıldığı düşünülmektedir. Modern bir lepra kontrol programının temel unsurları şunlardır: hastaların tespiti, yeni vakaların belirlenmesi, tanı konulan kişilerin tedavisi ve hem hastalar hem de toplum için eğitim temel unsurlardandır. Lepra, tarihsel olarak damgalanmış bir hastalık olmasına rağmen, günümüzde etkili tedavi yöntemleri mevcuttur ve hastalık tamamen tedavi edilebilir. Eğitim ve farkındalık, hastalığın yayılmasını önlemek için önemli bir rol oynamaktadır.⁴⁵

Tifüs Salgınları

Rickettsia prowazekii'nin neden olduğu tifüs hastalığı, bit, pire, kene ve akar gibi eklem bacaklılar tarafından taşınır ve insan vücut biti aracılığıyla insanlara bulaşır. Tifüs, özellikle savaşlar ve sosyal yapıların bozulduğu dönemlerde salgınlara yol açmıştır. Örneğin; 1. Dünya Savaşı sırasında tifüs, Anadolu'yu büyük ölçüde etkileyip yayılmıştır. 2. Dünya Savaşı sonrasında ise Orta Avrupa, Doğu Avrupa, İspanya ve Kuzey Afrika'da geniş çaplı istilalar görülmüştür. Ayrıca, Kırım Savaşı'nda (1853-1856) yaklaşık 90 bin, 1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı'nda ise Kafkas Cephesi'nde her iki tarafın ordularından toplamda 40 bin kadar kaybın tifüs salgını nedeniyle yaşandığı bilinmektedir.^{45,46}

Çiçek Hastalığı Salgınları

Çiçek hastalığı, tarihteki en geniş yayılım gösteren ve en fazla ölüme yol açan bulaşıcı hastalıklardan biridir. İlk olarak Mısır’da, firavunlar döneminde ortaya çıktığına dair kanıtlar bulunmuştur; mumyalardaki deri izleri bu durumu desteklemektedir.^{45,53} İki türü vardır: Variola majör, yaklaşık %30 ölüm oranına sahipken, Variola minor daha hafif seyreder. Çiçek hastalığı, damlacık yoluyla, doğrudan yüz yüze temas ve kontamine olmuş giysi ile yatak takımları aracılığıyla bulaşabilir. Tarihsel olarak, çiçek hastalığı bazı uygarlıkların yok olmasına neden olmuş ve toplumsal yapıları derinden etkilemiştir. Aztekler ve İnkalılar üzerinde büyük etkisi olmuştur.⁴⁵

Dr. Edward Jenner, 1796 yılında inek çiçeği virüsünden elde ettiği aşı ile insanları hafif şekilde hastalandırarak çiçek hastalığına karşı bağışıklık kazanmalarını sağladı (variolasyon). Bu gelişme, çiçek hastalığının ortadan kaldırılmasında önemli bir adım oldu. Yaklaşık iki yüzyıl sonra, 1980’de DSÖ çiçek hastalığının tamamen yok edildiğini ilan etti ve çiçek aşısının rutin aşılama programlarından çıkarılmasını önerdi. Bu buluş, bağışıklık sisteminin nasıl çalıştığına dair önemli bir adım oldu ve modern aşılardan temelini attı. Bu, uluslararası halk sağlığı tarihinde büyük bir başarı olarak kabul edilir ve aşısının keşfi, erken teşhis ve izleme süreçlerinin sunduğu avantajlar sayesinde gerçekleşmiştir.^{45,54}

Sıtma Salgınları

Sıtma; dişi anofel sivrisinekleri aracılığıyla insanlara geçen ateşli bir hastalıktır ve Plasmodium Falciparum türünün en ölümcül olduğu bilinmektedir. Asurbanipal’ın kütüphanesinde bulunan kil tabletlerinde ve klasik Çin tıbbının önemli metinlerinden, MÖ 1500 civarında, Nei Jing’de sıtmanın belirtileri olarak büyük dalak, periyodik ateşler, baş ağrısı, üşüme ve titreme gibi durumlara yer verilmiştir. Ayrıca, Hipokrat’ın “Salgın Hastalıklar” adlı eserinde sıtmanın çeşitli formları hakkında bilgi verdiği de bilinmektedir.^{45,55,56}

Dünya genelinde sıtma olgularında bir artış gözlemlenmiştir; 2018 yılında yaklaşık 228 milyon sıtma vakası bildirilmiştir. Bu vakaların büyük bir kısmı Afrika’da görülmüş olup, Afrika’nın oranı %93, Güneydoğu Asya’nın oranı %3,4 ve Doğu Akdeniz bölgesinin oranı ise %2,1’dir.^{45,57} Bütün bu gayretlere rağmen, sıtma ülkemizde özellikle Güney ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sürmektedir. Bildirimi

zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır. Sıtma ile mücadele için uygulanan kontrol girişimleri arasında, insektisit emdirilmiş cibinliklerin kullanımı, vektör kontrolü amacıyla ekolojik olarak daha az zararlı insektisitlerle ilaçlama yapılması ve bataklıkların kurutulması yer almaktadır. Ayrıca, hastalığın erken teşhisi ve tedavisi büyük önem taşımaktadır.⁴⁵

Sifiliz Salgınları

Treponema pallidum'un sebep olduğu sifiliz, cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Sifiliz, 1493'te Kristof Kolomb'un gemisindeki denizciler aracılığıyla Avrupa'ya gelmiş ve bu kıtada kalıcı bir şekilde yerleşmiştir. Avrupa'da 18. ve 19. yüzyıllar arasında oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde 20. yüzyılın başlarından itibaren antibiyotiklerin sık kullanımı, sifiliz gibi bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde büyük bir ilerleme sağlamıştır.^{45,56}

Ebola Salgınları

Ebola Virüsü Hastalığı (EVD), nadir ve son derece ölümcül bir bulaşıcı hastalıktır.^{48,63} EVD'ye neden olan virüsler esas olarak Sahra altı Afrika'da bulunur. İnsanlar, enfekte olmuş bir hayvanla veya Ebola virüsü taşıyan hasta veya ölü bir kişiyle doğrudan temas yoluyla virüsü kapabilirler.⁴⁵

Tüberküloz Salgınları

Tüberküloz (Mycobacterium tuberculosis) ilk olarak Robert Koch tarafından 1882 yılında tanımlanmış ve bu çalışmasıyla 1905 yılında Nobel Tıp Ödülü'nü kazanmıştır. Tüberkülozun tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir.^{48,63} Mısır mumyalarına yapılan incelemelerde, beş bin yıl öncesine ait bazı kişilerin bu hastalıktan yaşamını yitirdiği ortaya konmuştur. Antik Yunan dönemine ait MÖ. 5. yüzyıla ait belgelerde ise Hipokrat, tüberkülozun o dönemde birçok mortaliteye sebebiyet verdiğini ve gençlerde daha fazla görüldüğünü belirtmiştir.^{45,55} Avrupa'da 1600'lü yıllarda başlayan ve yaklaşık 200 yıl devam eden salgınlarda birçok kişi yaşamını yitirmiştir. Bu dönem, tarih boyunca "Büyük Beyaz Veba" olarak adlandırılmıştır.^{48,56} Tüberküloz, edebiyat ve sanatta da sıkça tartışılmış ve ele alınmıştır. Önceki dönemlerde entelektüel kesimin hastalığı

olarak romantik ve ruhani bir güç olarak görülürken, 20. yüzyılda utanç verici, yoksul ve eğitimsizlerin hastalığı olarak “gözden” düşmüştür.⁴⁵

Bulaşma yollarının anlaşılması ve direnç gelişimine rağmen, etkili tedavi stratejileri ve aşılar sayesinde tüberkülozun görülme sıklığı azalmış olsa da hala engellenebilir mortalite sebepleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.⁴⁵

Grip Salgınları

Grip, Orthomyxoviridae ailesine ait, zarflı tek zincirli RNA virüsleri tarafından meydana gelir. Bu ailedeki üç grip virüsü türü şunlardır: İnfluenza A, İnfluenza B ve İnfluenza C. İnfluenza A ve B her sene salgınlara neden olabilirken, İnfluenza A tipi ayrıca pandemilere de yol açabilir. İnfluenza C ise genellikle hafif hastalıklara sebep olur. Grip virüsleri, çok sayıda tıbbi ilerlemeye rağmen insan sağlığı için hala büyük bir risk oluşturmaktadır. Virüsler sürekli olarak mutasyonlar geçirmektedirler. Bu mutasyonlar, grip virüslerinin evrimsel süreçlerinin bir parçasıdır ve 1500’lü yıllardan 1918’deki İspanyol gribi pandemisine kadar pek çok grip pandemisi yaşanmıştır. Bunlar arasında en önemli olanlarından biri, muhtemel H3N8 alt tipinden kaynaklanan 1889 Rus gribi pandemisi.^{45,55}

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome- Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu) Salgını

Koronavirüs (SARS-CoV) tarafından neden olunan bir solunum yolu hastalığıdır. Damlacık yoluyla insandan insana bulaşır. Kasım 2002 ile Haziran 2003 arasında meydana gelen salgın Hong Kong’da başlamıştır.^{48,64} Bu salgın esnasında dünya genelinde 8.422 vaka ile 916 ölüm rapor edilmiştir. Otuz yedi ülkeye yayılan salgın, yaşlı bireyler arasında %50 oranında etkili olmuştur.⁴⁵

MERS (Middle East Respiratory Syndrome Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu) Salgını

İnsandan insana yakın temas yoluyla yayılan MERS-CoV enfeksiyonu, ateş, öksürük ve nefes darlığı gibi belirtilerle kendini gösterir ve her yaş grubunda görülebilir.^{48,65} İlk defa Eylül 2012’de Suudi Arabistan’da tanımlanmış; fakat retrospektif araştırmalar neticesinde bilinen ilk vakaların Nisan 2012’de Ürdün’de

gerçekleştirdiği belirlenmiştir. MERS'in Arap Yarımadası dışındaki en geniş kapsamlı salgını 2015 senesinde Kore Cumhuriyeti'nde yaşanmış olup, bir kişi tarafından ülkeye taşınarak salgına yol açması dikkat çekmiştir. MERS, özellikle ilkbahar mevsiminde bulaşıcı hastalıklara yol açabilmektedir ancak sene boyunca yeni vakalar da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, enfeksiyonların önleme ve yönetimi kritik bir konudur.⁴⁵

COVID-19 Salgını

Aralık 2019 itibarıyla Çin'den gelen haberlerde viral pnömoni vakalarının yeni bir etken nedeniyle ortaya çıktığı tespit edilmiştir. COVID-19 hastalığının tüm dünyayı etkisi altına aldığı bu pandemi nedeniyle 30 Mayıs 2022 itibarıyla dünya genelinde 526 milyondan fazla (526.182.662) enfeksiyon ve 6 milyondan fazla (6.286.057) can kaybı rapor edilmiştir. Türkiye'de ise 30 Mayıs 2022 itibarıyla 15.070.864 vaka ve 98.957 ölüm bildirilmiştir.^{47,61,62}

Bulaşıcı hastalıklar hem dünya çapında hem de Türkiye'de önemli bir halk sağlığı meselesi olarak varlığını devam ettirmektedir. Bu hastalıklar, yüksek mortalite ve morbidite oranlarına neden olmaktadır. Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla farklı programlar ve bu programlara yönelik yasal düzenlemeler uygulanmaktadır. Ulusal düzeyde bulaşıcı hastalıkların kontrolünü hedefleyen plan ve programların oluşturulması, uygulanması ve düzenli olarak izlenip değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.⁴⁷

2.3. Türkiye'de Bulaşıcı Hastalık Kontrolünün Yasal Dayanakları

Bulaşıcı hastalıkların salgın şeklinde yayılım gösterdiğinde genellikle belirli bir seyir izlerler. Hastalık, sağlıklı bireylere hızla bulaşarak yayılır ve genellikle akut ve şiddetli bir seyre sahip olur. Kısa bir süre içinde hastalığa yakalanan kişiler ya hayatlarını kaybeder ya da tamamen iyileşir. Hastalıktan kurtulan bireyler uzun süreli veya ömür boyu bağışıklık kazanır ve belirli bir oranda taşıyıcılar bulunur. Bu döngü, bulaşıcı hastalıkların salgın özelliklerini yansıtır. Salgınlarla mücadelede kullanılan etkili stratejiler, hastalığın etkenine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ancak genel olarak, karantina, izolasyon, aşı uygulamaları, hastalık kaynağının tespiti, erken teşhis, takip ve tedavi gibi uygulamalar kritik öneme sahiptir. Salgınların çözümünde tek bir yöntem etkili bulunmayabilir. Örneğin, yüksek R0 (temel bulaşıcılık) değerine sahip

birçok epidemide karantina yeterli olmayabilir. Bununla birlikte, toplumsal hijyen kurallarına riayet edilmesi, sağlıklı su ve atık su sistemlerinin oluşturulması, dengeli ve yeterli beslenme, bağışıklama, erken tanı, tedavi ve izlem gibi koruyucu sağlık önlemleri hayati öneme sahiptir. Ayrıca, sağlık kurumlarının koordine bir şekilde çalışması, yerel ve ulusal bilim kurullarının epidemiyoloji ve halk sağlığı uzmanlarının görüşlerinden yararlanılması, kaynakların etkin bir şekilde kullanılması ve bireysel sağlık koruma hizmetlerine yönelik eğitimlerin artırılması giderek daha fazla önem taşımaktadır. Yüzyıllar boyunca edindiğimiz birikim ve deneyim, gelecekteki salgınlarla mücadele etme konusunda umut verici bir temel oluşturmaktadır.⁴⁵

Türk Anayasası (1982) sağlık hakkını sosyal bir hak olarak değerlendirmiştir. Anayasa'nın 56. maddesinde, "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir." şeklinde bir düzenlemeye yer verilmiştir. Ayrıca, 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu, sağlığı ilgilendiren durumların yanı sıra bulaşıcı ve salgın hastalıklarla ilgili özel hükümler bulundurmaktadır. Bu yasa, belediyelere ve valiliklere bulaşıcı hastalıklarla mücadele etme sorumluluğunu yüklerken, vatandaşlara da bulaşıcı hastalık vakaları ile ölümleri yetkililere bildirme yükümlülüğü getirmektedir.^{47,63}

Bulaşıcı hastalıkların denetimine dair çeşitli tüzük ve yönetmelikler de mevcuttur.

Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi hakkında tebliğ (06.11.2004):

Bu tebliğ, hangi bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi gerektiğini, bu bildirimin kim tarafından yapılacağını, bildirimin nereye iletileceğini ve ne sıklıkla yapılacağını düzenlemektedir.⁴⁷

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (25.02.2008): Türkiye'de 1981 yılından bu yana yürürlükte olan ve düzenli olarak güncellenen aşı programının hedefleri şunlardır:^{47,64}

- 1) Ülke genelinde her antijen için %95 aşı oranı elde etmek ve bu oranı korumak,
- 2) Oniki, yirmiüç aylık çocukların %90'ını tamamen aşılama,
- 3) Beş yaş altındaki eksik aşıları veya aşısız çocukları belirleyerek gerekli aşıları yapmak,
- 4) Okul çağındaki çocukların gerekli rapel aşılarını tamamlamak,
- 5) Tüm gebelere tetanoz aşısını uygulamak,
- 6) Polio hastalığından ülkenin arındırılmış durumunu korumak,
- 7) Maternal ve neonatal tetanozu ortadan kaldırmak,

- 8) Yerli kızamık virüsünü 2010 yılına kadar ortadan kaldırmak,
- 9) Kızamıkçık ve konjenital rubella sendromunu denetim altına almak,
- 10) Difteri, boğmaca, hepatit-B, tüberküloz, kabakulak ile Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altında tutmak,
- 11) Aşı güvenliğini sağlamak,
- 12) Kayıt ve bildirim sistemini geliştirmek ve toplum katılımını teşvik etmektir.

Salmonella ve Belirlenmiş Diğer Gıda Kaynaklı Zoonotik Etkenlerin Kontrolü Hakkında Yönetmelik (27.03.2014): Bu yönetmelik, özellikle Salmonella gibi gıda kaynaklı zoonotik etkenlerin sıklığını ve yaygınlığını düşürmek amacıyla gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak için hazırlanmıştır. Bu yönetmelikten hareketle Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023) oluşturulmuştur.^{47,65,66}

2.4. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklar için Kontrol Programları

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların kontrolü için çeşitli plan ve programlar uygulanmaktadır.^{47,67}

Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği (30.05.2007): Bu yönetmelik, bildirim yapılacak bulaşıcı hastalıkların belirlenmesi, olay ve vaka tanımlarının netleştirilmesi, bildirim sisteminin kurulması, sürveyans sisteminin etkinleştirilmesi ve salgınların zamanında tespit edilerek müdahale stratejilerinin geliştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: Rehber Lejyoner Hastalığı’nın tanısının doğru bir şekilde konulmasını, vakaların zamanında bildirilmesini, çevresel izleme ve denetimlerin devamlı ve etkili bir biçimde gerçekleştirilmesini, hastalığın önlenmesini ve mücadele edilmesini hedeflemektedir.^{47,68}

Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: Program, viral hepatit vakalarının sayısını, bu hastalıklara bağlı komplikasyonları, ölümleri ve toplumsal etkileri en aza indirmeyi hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için belirlenen stratejiler şunlardır; farkındalığın güçlendirilmesi, bağışıklığın güçlendirilmesi, sürveyans sisteminin iyileştirilmesi, anneden bebeğe geçişin azaltılması, tedavi erişiminin güçlendirilmesi, güvenli kan ürünlerinin tedarik edilmesi, damar içi madde kullananlarda bulaşın önlenmesi, sağlık hizmetleri ile

bağımlı hepatitlerin engellenmesi, bu stratejiler doğrultusunda program yürütülmektedir.^{47,69}

Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019: Bu program, HIV/AIDS ile güçlü bir mücadele sağlamayı amaçlamaktadır. Programın hedefleri, yeni vaka sayısını ve hastalığa bağlı can kayıplarını azaltmak; HIV/AIDS ile ilgili sağlık hizmetlerinin potansiyelini artırmak ve HIV/AIDS nedeniyle ortaya çıkan ayrımcılığı ve mahremiyet ihlallerini engellemektedir.^{47,70}

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların kontrolü için çeşitli programlar ve yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye yönelik kapsamlı stratejiler uygulanmaktadır. Yasal düzenlemeler, hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla çeşitli önlemler ve standartlar belirlemektedir. Bu düzenlemeler, halk sağlığını koruma ve hastalıkların kontrol altına alınması için gerekli adımları atmayı hedefler. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyin, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için mevcut olan çeşitli programlar ve yasal düzenlemeler arasından kendine uygun olanı seçmesi, erken teşhis ve tedavi noktasında önem arz etmektedir.⁴⁷

2.5. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıkların mevcut durumu, ülkenin gelişmişlik seviyesi ve tıbbi hizmetlerin kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle durum analizi yaparken özen göstermek ve belirli yönergelerle uygun hareket etmek önemlidir. Hastalık bildirimlerindeki yetersizlikler ve kusurlar, yalnızca Türkiye’de değil, diğer gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde de mühim bir sorun teşkil etmektedir.⁷¹

Yeni “Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi”, hastalıkların bildirim yeri ve özelliklerine göre A, B, C ve D olmak üzere dört temel grupta kategorize edilmiş ve toplamda 51 hastalıktan meydana gelmiştir.⁷¹

2.5.1. A Grubundaki Hastalıklar

Sağlık sisteminin ilk aşamasından itibaren bilgi toplanmasını gerektiren hastalıklar, genellikle hastanın ilk başvurduğu yer olan birinci basamaktadır. Birinci basamakta, hekim hastaya belirli bir vaka tanımına göre tanı koyar ve yapılması gereken araştırmaları başlatır. Ancak, tanı koyma olanaklarının sınırlı olduğu durumlarda hekim

hastayı daha yüksek bir basamağa yönlendirir veya hasta doğrudan ikinci basamağa başvurur. İkinci basamaktaki sağlık kurumları, tanı koyup tedaviye başlarken, aynı zamanda hastalıkla ilgili bilgiyi en kısa sürede hasta ile aynı çevrede yaşayanların sağlık sorumlusuna iletmekle yükümlüdür. Bu bilgi akışı, çevrede benzer vakaların olup olmadığını veya hastalığın kaynağını araştırmak amacıyla yapılır.⁷¹

Grup A Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi

AIDS, Akut Kanlı İshal, Kuduz ve Riskli Temas, Meningokoksik Menenjit, Akut Viral Hepatitler, Neonatal Tetanoz, Boğmaca, Poliomyelit, Bruselloz, Difteri, Gonore, HIV Enfeksiyonu, Kabakulak, Kızamık, Kızamıkçık, Kolera, Sıtma, Sifilis, Şarbon, Şark Çıbanı, Tetanoz, Tifo, Tüberküloz.⁷¹

Bu gruptaki hastalıkların bildirimleri, Türkiye genelindeki tüm sağlık kuruluşları tarafından yapılmalıdır.⁷¹

2.5.2. B Grubundaki Hastalıklar

Ülkemizde ya hiç rastlanmamış ya da uzun bir süredir gözlemlenmemiş hastalıklar söz konusudur. Dünyanın bazı bölgelerinde hâlâ varlıklarını sürdüren, yayılma eğilimleri gösteren ve yüksek mortaliteye sahip bu hastalıklar, uluslararası önlemlerin devamını gerektiren başlıca nedenlerdendir. Bu tür hastalıklardan herhangi bir vaka ile karşılaşan sağlık kuruluşları, en hızlı ve doğrudan iletişim aracını kullanarak Sağlık Bakanlığı'na bildirmekle sorumludur. Uluslararası alanda, bu hastalıkların raporlanması yalnızca bakanlığın yetkisine aittir.⁷¹

Grup B Bildirimi Zorunlu Hastalıklar

Çiçek, Epidemik Tifüs, Sarı Humma, Veba.⁷¹

2.5.3. C Grubundaki Hastalıklar

C grubu bildirim gereken hastalıkların büyük bir kısmı, yeni dahil edilen hastalıklardan oluşur. Trahom dışında, diğer hastalıklar için birinci basamaktan bildirim talep edilmemektedir. Bu hastalıkların ortak bir özelliği de “sentinel sürveyans” anlayışı çerçevesinde izlenmeleridir.⁷¹

Sentinel sürveyans yaklaşımının seçilme nedenleri sebepleri aşağıda sıralanmıştır.⁷¹

- Bu hastalıkların bazıları yalnızca ikinci basamaktan başlayarak veya daha yüksek uzmanlık kurumları ve laboratuvarlar tarafından tanımlanabilir. Dolayısıyla, sadece bu kurumlardan yapılan bildirim yeterli kabul edilir.
- İnfluenza salgınlarında olduğu gibi, her bir vakayı değil, salgına yol açan etkeni belirlemeye yeterli sayıda vaka örneği incelenir. Bu incelemenin belirli bir merkezde yapılması, salgının kontrolü ile ilgili hedeflere ulaşmak için yeterli kabul edilir.

Grup C bildirim zorunlu hastalıklar listesi

Akut Hemorajik Ateş, Lepa, Ekinokokkoz, Leptospiroz, H. İnfluenza Tip B Menenjit, İnfluenza, Kala-Azar, Konjenital Rubella Sendromu, Lejyoner Hastalığı, Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE), Şistozomiyaz, Toksoplazmoz, Trahom, Yeni Varvart Creutzfeldt Jakob Hastalığı (NVCJD).⁷¹

C grubundaki hastalıkların izlenmesi, ülke sağlık sisteminde kayda değer bir yenilik olacaktır. İkinci basamak ve üzerindeki tanı ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşları da bu hastalıkların bildirimine dair sorumluluk taşıyacaklardır.⁷¹

2.5.4. D Grubundaki Hastalıklar

Bu grupta, diğer gruplardan ayrılarak enfeksiyon etkenlerinin bildirilmesi söz konusudur. Bu durum, laboratuvarların ilk kez doğrudan bildirim sistemine dahil olmalarını gerektiren önemli bir yeniliktir. Amacı, hala halk sağlığı açısından önemli olan bazı bulaşıcı hastalıkların etiyolojik ajanları hakkında veri toplayarak, gerektiğinde bu ajanlarla ilgili ileri epidemiolojik araştırmalar yapmaktır. Önemli bir nokta, laboratuvarların yalnızca kabul edilebilir en az bir yöntemle tanı koyabiliyorsa bildirimde bulunabilecekleridir. Laboratuvarlar, A, B ve C Grubu hastalıkların bildiriminde dolaylı bir görev üstlenirken, D Grubu sürveyans türü ile doğrudan raporlama sistemine entegre lmaktadır. Bunun yanı sıra, bu görevi alacak laboratuvarların standartlaşma ve kalite güvence prensiplerine uygun olarak çalışması beklenmektedir. D tipi sürveyansın bu ilkelerin yaygınlaşmasına destek olacağı öngörülmektedir.⁷¹

Grup D bildirimi zorunlu enfeksiyon etkenler listesi

Campylobacter Jejuni, *Chlamydia Trachomatis* (CYBE etkeni), *Cryptosporidium Sp.*, *Entamoeba histolytica*, *Enterohemorajik E. coli* (EHEC), *Giardia intestinalis*, *Listeria monocytogenes*, *Salmonella sp.* (Non-typhoidal Salmonelloz), *Shigella sp.*⁷¹

2.6. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi

Mikroorganizmaların etken olduğu bulaşıcı hastalıklar, ölüm, sakatlık ve salgınlar gibi olumsuz etkiler yaratabilir. Bu durumlar, panik, kaygı, devamsızlık, ekonomik zararlar ve sağlık kuruluşlarında yoğunluk gibi sosyal sorunlara yol açar.^{72,73} Bulaşma yolları arasında çevresel ve bireysel risk faktörleri, hava yoluyla, damlacıklarla, doğrudan temas, su, yiyecek ve cinsel temas gibi etkenler bulunur.^{73,74} Mikroorganizmalar, kısa sürede hassas ve sağlıklı bireyleri enfekte ederek, bir ülke hatta kıta çapında geniş bir yayılma potansiyeline sahiptir. Küreselleşme, hızlı şehirleşme, toplu seyahat, iklim değişikliği ve küresel ısınma gibi faktörler, bulaşıcı ajanların dünya genelinde yayılmasını daha da kolaylaştırmıştır. Her ne kadar bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusunda ilerleme sağlanmış olsa da bu hastalıkların dinamik yapısı morbidite ve mortalite açısından önemini korumakta ve halk sağlığı açısından büyük bir sorun teşkil etmeye devam etmektedir.^{72,73}

2.7. Bulaşıcı Hastalıklar ve Risk Faktörleri

Bulaşıcı hastalık, belirli bir enfeksiyon etkeninin ya da onun toksik ürünlerinin bir kaynaktan duyarlı bir kişiye doğrudan ya da dolaylı yollarla geçişi sonucu ortaya çıkan toplumsal bir sağlık sorunudur. Bu hastalığın ortaya çıkmasında pek çok farklı neden ve etmen rol oynamaktadır. Bu nedenler ve etmenler birey, toplum veya enfeksiyon etkeni ile ilgili olabilmektedir. Bulaşıcı hastalığın gelişmesi için genellikle bu etmenlerden birinin ya da sadece belirli gruplardan birinin varlığı yeterli olmayabilir, genellikle birey toplum ve enfeksiyon etkenine bağlı olarak birçok nedenin bir arada bulunması ve etkileşime girmesi gerekmektedir.⁷⁵

2.8. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma ve anlama, bilgiler ışığında sağlık ve sağlığın korunması-geliştirilmesi ile ilgili konularda, yaşam boyunca yaşam kalitesini artırmaya yönelik doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri “sağlık okur-yazarlığı” olarak adlandırılır.” İyi bir sağlık öz yönetiminin yapı taşlarından biri kişinin eğitilmiş olmasıdır. Sağlıkla ilgili mesajların kişinin doğru algılaması; hekim talimatlarının doğru uygulanmasına, etkili bir hasta-hekim ilişkisine, hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisi yönünden önemlidir.¹³

SOY düzeyinin cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, yaş, bireyin kronik hastalık mevcudiyeti ile bireyin özbakım gücü gibi parametrelerden etkilendiği yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir.^{23,76-81}

Özdemir ve ark. 2020’de, Strijbos ve ark. tarafından 2018’de yapılan bir çalışmada yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı gözlemlenmiştir.^{76,78}

Çimen ve ark. tarafından 2017’de yapılan başka bir çalışmada, kronik hastalığa sahip bireylerin genellikle sağlık bilgilerini yönetmede zorluk yaşadıkları ve sağlık problemlerini kabullendikleri belirtilmiştir. Bu durum, kişilerin sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir. Aynı çalışmada yüksek gelir düzeyiyle SOY düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.²³

Türkoğlu ve ark. tarafından 2016’da yapılan bir çalışmada özbakım gücüyle SOY düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.⁷⁹

Fabrika çalışanları üzerinde 2019’da yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.⁸⁰

Emre ve ark. tarafından 2021’de yapılan çalışmada; düşük eğitim seviyesinin SOY seviyesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Yine aynı araştırmada, evli bireylerin bekarlara kıyasla; kronik hastalık tanılı olmayanın kronik hastalık tanılı olanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.⁸¹

2.9. Dijital Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Günümüzde dijital kaynaklar aracılığıyla bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere kolayca ulaşabilmesi dijital sağlık okuryazarlığının önemini arttırmaktadır.⁸² Dijital sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve internette harcanan süre gibi faktörlerden etkilendiğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır.⁸³⁻⁸⁷

Liu ve ark. tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada, yaş ile dijital sağlık okuryazarlığı arasında bir negatif yönde bir ilişki saptandı. Yine aynı çalışmada internet kullanım süresiyle dijital sağlık okuryazarlığı arasında bir pozitif yönde bir ilişki saptandı.⁸³

Zibrik ve ark. tarafından 2015'te yapılan çalışmada, DSOY'nun cinsiyetten etkilendiği görülmüştür. Yine, 2024'de Wei ve ark. tarafından yapılan çalışmada cinsiyete göre DSOY seviyelerinde farklılık olmadığı gözlemlenmiştir.^{84,85}

İlgar ve arkadaşları tarafından, 2023 yılında, bir üniversite hastanesinin polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalar üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanında, evlilerde bekarlara göre istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.⁸⁶

Zakar ve arkadaşları tarafından, 2021 yılında, Pakistan'da üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada eğitim seviyesi arttıkça dijital sağlık okuryazarlığının anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.⁸⁷

2.10. Dijital Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetlerinde Sağlayabileceği Yararlar

- Bireyin bireysel sağlık takibi yapabilmesi
- Sağlık takibi için giyilebilir cihazların kullanımı
- Tedavi ve tanı süreçlerinde bağımsız teknolojilerden yararlanma
- Dijital sağlık platformları aracılığıyla hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması⁸⁸⁻⁹⁰

Dijital sağlık hizmetlerinin artması sayesinde tedavi, muayene, raporlama vb. durumlar dijital ortamda yapılabileceğinden sağlık hizmeti sunan bireyler bu süreçlere uzaktan erişim sağlayabilirler.^{88,91} Bu durum, özellikle COVID-19 gibi salgın dönemlerinde sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde sunulmasına yardımcı olabilir.⁸⁸

2.11. Günümüzde Sağlık Okuryazarlığı

Okyay ve Abacı tarafından 2016 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” kapsamında, ülkemiz için

“Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)” ve “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)” ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlilikleri değerlendirilmiştir. Ayrıca, bu çalışma kapsamında “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)” geliştirme sürecine yönelik bir ön çalışma yapılmıştır.^{9,77}

Özdemir ve ark. tarafından 2020 yılında üçüncü basamaktaki hastanenin acil servis yeşil alanına başvuran hastaların SOY seviyelerinin belirlendiği çalışmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Çalışmaya katılanların %57,9’unun düşük SOY seviyesinde olduğu gözlemlenmiştir. Yine aynı çalışmada yüksek SOY düzeyine sahip hekim ve hastalar arasındaki etkileşimin güçlü olduğu ve bu durumun yüksek hasta memnuniyetine sebep olduğu gözlemlenmiştir.⁷⁸

Başkan tarafından 2024 yılında yapılan bir çalışmada, kadınlarda artan yaşla birlikte sağlık okuryazarlığının azaldığı gözlemlenmiştir. Bu durum gebelik sürecini de içeren genç yaşlardaki artan SOY seviyesi ve artan sağlık hizmeti bakımı ile ilişkilendirilebilir.⁹²

COVID-19 pandemi dönemindeki kısıtlamalara dair 2021 yılında Üsküz E. ve ark. tarafından başka bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada herhangi bir sağlık sorununa sahip olanların hastanelere hemen başvurmadığı görülmüştür; böylece kişilerin salgın ortamından uzak durup sağlık kurumlarındaki artan yatış oranlarını olumlu etkilemişlerdir. Bu kişilerin yüksek SOY seviyesine sahip oldukları bu çalışmada gözlemlenmiştir.⁹³

Durmaz ve ark. tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada, öncelikle hekimler olmak üzere, sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı sonucuna varılmıştır.⁹⁴

Bu ve benzeri araştırmaların ortaya koyduğu gibi, ülkemizde sağlık okuryazarlığı konusunda toplumun çoğu kesiminde bilgi noksanlıkları mevcuttur. Bu alanda farkındalık yaratılarak, bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artırılması için ilgili tüm taraflara önemli görevler düşmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma İçin Alınan İzinler

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (5 Nisan 2024, karar no: 12) gerekli izin ve onay alındı. Araştırmada kullanılan ölçekler için gerekli izinler alındı.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Çalışmanın evrenini; 056 numaralı birime kayıtlı 2128, 051 numaralı birime kayıtlı 2272, 047 numaralı birime kayıtlı 2494, 062 numaralı birime kayıtlı 1627 erişkin bireyler oluşturdu. Çukurova Üniversitesi EASM'ye kayıtlı erişkin bireylerde BHYA ve DSOY durumlarını araştıran kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışmanın örneklemini çalışmanın verilerinin toplanacağı 1 Mayıs- 1 Ağustos 2024 tarihleri arasında EASM'ye herhangi bir nedenle başvuran erişkin bireyler oluşturdu. Çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken yanlılığa neden olabilecek karıştırıcı faktörleri azaltmak amacıyla dışlama kriteri olarak belirlenen özellikler; 18 yaş altı birey olmak, Türkçe bilmemek, okuryazar olmamak, görme engeli olmak, demans, psikoz olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanması amacıyla, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin toplanacağı bir form, Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYA) ve Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (DSOY) kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından literatür tarayarak oluşturulan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik sağlık durumu, sağlıkla ilgili bilgiye ulaştığı kaynaklar, sağlık ilgili randevularını nereden aldıkları, dijital ortamlarda ne sıklıkla arama

yaptıkları, interneti hangi amaç için kullandıkları, sağlıkta interneti hangi amaç için kullandıkları sorularına cevap aramak için hazırlanmıştır.

Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYA): Gökmen ve arkadaşları tarafından 2022 yılında geliştirilen ölçek; 2 faktör 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 17 yaş üstü yetişkinler, 18 yaş üstü hastalar, sağlıklı bireylerde uygulanabilir. Ölçek, ‘kesinlikle katılıyorum-kesinlikle katılmıyorum’ yanıtlarına göre 1-5 arası Likert tipte toplamda en düşük 34 en yüksek 170 üzerinden puanlanmaktadır. Birinci Faktör “Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı” olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktör “Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı” şeklinde adlandırılmaktadır. Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı Alt boyutu 1-26 arasındaki maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130’dur. Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Alt boyutu 27-34 arasındaki maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan ise 40’tır. Ölçekte alınan puanın artması bulaşıcı hastalıklarda hastalığın doğasına, bulaşma yollarına, korunmaya yönelik algıların olumlu yönde olduğu şeklinde yorumlanırken, ölçek toplamı ve alt boyutlardan alınan toplam puanların düşük olması, bulaşıcı hastalıklara yönelik algının olumsuz olduğunu yani bireylerin bulaşıcı hastalıkların doğasını, bulaşma yollarını bilmediği, korunma ve kontrol edebilme konusunda yeterli olmadıklarını göstermektedir. BHYAÖ’nün toplam Cronbach alfa değerinin 0,98, Genel ve Korunma Yollarına Yönelik Algı alt boyutunun Cronbach alfa değerinin 0,99, Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı alt boyutunun Cronbach alfa değerinin 0,94 olduğu belirlendi. Ölçeğin açıklanan varyans değerinin %77,93 olduğu belirlendi.⁹⁵

Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Rojan Gümüş ve Murat Çetin tarafından 2023 yılında geliştirilip uyarlanan ölçek 18 soru maddesinden oluşmaktadır ve öz bildirim türü bir ölçektir. Bireylerdeki dijital sağlık okuryazarlığının ölçüldüğü ölçek; bilgi arama, gizliliğin korunması, güvenilirliğin değerlendirilmesi, içerik ekleme, ilgi düzeyini belirleme, yön bulma becerileri olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından, bilgi arama, güvenilirliğin değerlendirilmesi, ilgi düzeyini belirleme, içerik ekleme alt boyutları için; “Oldukça kolaydır=4, Kolaydır=3, Zordur=2, Oldukça zordur=1” şeklinde puanlanan 4’lü Likert derecelendirmesi kullanılmaktadır. Yön bulma becerileri ve gizliliğin korunması alt boyutları için; “Hiçbir zaman=4, Nadiren=3, Arada sırada=2, Sık sık=1” şeklinde ters kodlanan 4’lü Likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçek için toplam puan değerlendirilmesi ölçeği

orijinal olarak geliştiren yazarlar tarafından tanımlanmamış, sadece ölçeğin geneli ve alt boyutları için 1-4 arasında ortalama puanlar hesaplanmıştır. Çalışmamızda da bulunan ortalamalardan 2'den düşük olanlar düşük, 2-3 arası olanlar orta, 3'ten büyük olanlar yüksek dijital sağlık okuryazarı olarak kabul edilecektir. Ölçeğin geneli ve ölçeğin her bir alt boyutu için 1-4 arasında ortalama bir sayı elde edilmektedir. Elde edilen ortalamalardan 2'den düşük olanlar düşük, 2-3 arası olanlar orta, 3'ten büyük olanlar yüksek dijital sağlık okuryazarlığı olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanabilmesi için önce orijinal ölçeği geliştiren Rosalie van der Vaart ve Constance Drosseart 'tan gerekli yazışmalar yapılarak izin alınmış ve ölçeğin İngilizce versiyonu talep edilmiştir. Orijinal İsmi Digital health Literacy Instrument olan ölçeğin İngilizceden Türkçe'ye çevrilmesi işlemleri Sousa ve Rojianasritat (2011) tarafından geliştirilen rehberine uygun olarak yürütölmüştür. İlk çeviri anadili Türkçe olan iki çevirmen tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. İki çevirmen de ölçeğin içeriği, ölçek boyutları, araştırmanın amacı ve ıktıları hakkında bilgilendirilmiştir. İki çevirmenin çalışmaları ana dili İngilizce ve mükemmel Türkçe konuşma-yazma yeteneği olan iki çevirmen tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. İki çeviri arasındaki minimal değişiklikler gözden geçirilerek ölçeğin Türkçe hali revize edilmiştir. Daha sonra ölçeğin Türkçe hali ilgili alanlardan 10 farklı uzmanla (sağlık yönetimi, halk sağlığı, hemşirelik, bilgisayar bilimleri, psikoloji) gönderilmiş ve her soru ve cevabın uygunluğu onlar tarafından puanlanmıştır. Tüm uzmanlar tarafından belirtilen görüşler ve katkılar da dikkate alınarak ölçeğin son hali verilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları için Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu bulunan Uyum iyiliği indeksleri katsayıları ile elde edilen ölçek Türkçe versiyonu ve 6 alt boyutu (Bilgi Arama, Güvenilirliğin Değerlendirilmesi, İlgi Düzeyini Belirleme, Yön Bulma Becerileri, İçerik Ekleme ve Gizliliğin Korunması) ile kullanımı uygun bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliği genel ve alt boyutların Cronbach alpha katsayıları bulunarak test edilmiştir. Ölçeğin genel güvenilirliği için bulunan Cronbach alpha katsayısı 0,896'dır.^{96,97}

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının EASM'ye başvuran erişkin bireylere uygulanması amaçlandı. Etik kurul onayı alındıktan sonra EASM'ye başvuran bireylerden, 1 Mayıs-1 Ağustos 2024 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 380 erişkin bireye yüz yüze anket uygulanmak istendi. Katılmak istemediğini belirten 24, anketi yarım bırakan 15, zamanı olmadığını söyleyen 17 kişi dışındaki 324 kişiyle çalışma tamamlandı (N:324).

3.6. İstatistiksel Analiz

Kategorik ölçümler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sayısal ölçümler ise ortalama±standart sapma veya medyan ve çeyreklikler (Ç1-Ç3) ile özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edildi. Normal dağılım göstermeyen sayısal ölçümlerin iki grup arasında karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen sayısal ölçümleri ikiden fazla grup arasında genel karşılaştırmada Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamli olan durumlarda Dunn test ile ikili karşılaştırmalar yapıldı. Bazı sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlamaması nedeniyle bu sürekli ölçümler arasındaki korelasyon Spearman Korelasyon katsayısı ile incelendi. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS 20 (Armonk, NY: IBM Corp.) kullanıldı. İstatistiksel testlerde $p<0,05$ olan durumlar anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışmada yer alan 324 katılımcının demografik özelliklerine bakıldığında, kadınların oranı %59,3, erkeklerin oranı ise %40,7 olarak bulundu. Yaş ortalaması $33,9 \pm 11,3$ (range: 18-75) olarak hesaplandı. Meslek dağılımında en yüksek oran %23,1 ile ev kadınlarına aitti ve %19,4 ile memurlar ikinci sıradaydı. İşçiler, öğrenciler ve sağlık çalışanları yaklaşık %10 ile birbirine yakın oranlara sahipti (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyet ve meslek dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Erkek	132	40,7
	Kadın	192	59,3
Meslek	Ev Kadını	75	23,1
	İşçi	33	10,2
	Memur	63	19,4
	Sağlık Çalışanı	34	10,5
	Emekli	22	6,8
	Öğrenci	33	10,2
	Özel sektör	18	5,6
	Diğer	46	14,2

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, %58,6'sının evli, %41,4'ünün bekar olduğu görüldü. Eğitim durumu açısından inceleme yapıldığında en yüksek oran ile %41,0'ının lisans mezunu, %21,6'sının ise lise mezunu olduğu görüldü. Gelir dağılımı açısından, en yüksek oran %24,1 ile 30.000-50.000 ₺ Aralığında gelir elde edenlerdedir. Katılımcıların %18,5'inin ise düzenli bir geliri bulunmamaktadır. Katılımcıların yarısından fazlası (%51,5) çekirdek ailesiyle (yalnızca anne-baba-kardeşleriyle) yaşamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların diğer demografik özellikleri

		n	%
Medeni durum	Evli	190	58,6
	Bekar	134	41,4
Eğitim durumu	Okuryazar	2	0,6
	İlkokul	22	6,8
	Ortaokul	18	5,6
	Lise	70	21,6
	Ön lisans	42	13,0
	Lisans	133	41,0
	Yüksek lisans	30	9,3
	Doktora	7	2,2

Tablo 2'nin devamı

		n	%
Gelir durumu	Asgari ücret altı	36	11,1
	Asgari ücret	53	16,4
	Asgari ücret-30.000 ₺	49	15,1
	30.000-50.000 ₺	78	24,1
	50.000 ₺ üstü	48	14,8
	Düzenli bir gelirim yok.	60	18,5
Kimle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	44	13,6
	Arkadaşlarımla	23	7,1
	Sadece eşim ve çocuklarımla	39	12,0
	Sadece anne-baba-kardeşlerimle	167	51,5
	Eşim-çocuklarım ve diğer akrabalarımla	43	13,3
	Anne-baba-kardeşlerim ve diğer akrabalarımla	6	1,9
	Diğer	2	0,6

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde, katılımcıların %50,3'ü sağlık durumunu “iyi” olarak belirtmiş, %30,9'u ise “orta” düzeyde bir sağlık durumuna sahip olduklarını ifade etmişti. Kronik hastalığa sahip olanların oranı ise %26,9 olarak bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sağlık durumları

		n	%
Sağlık durumu değerlendirme	Çok kötü	5	1,5
	Kötü	12	3,7
	Orta	100	30,9
	İyi	163	50,3
	Çok iyi	44	13,6
Kronik Hastalık	Var	87	26,9
	Yok	237	73,1

Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım kaynakları incelendiğinde, en sık kullanılan kaynaklar %66,4 ile sağlık personeli ve %59,9 ile internet olmuştur. Dergi ve gazeteler ise %5,9 ile en az tercih edilen bilgi kaynakları arasında yer almaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız

		n	%
Dergi, gazete	Yok	305	94,1
	Var	19	5,9
Aile üyeleri	Yok	284	87,7
	Var	40	12,3
İnternet	Yok	130	40,1
	Var	194	59,9
Sosyal medya	Yok	252	77,8
	Var	72	22,2

Tablo 4'ün devamı

		n	%
Sağlık personeli	Yok	109	33,6
	Var	215	66,4
Radyo/Televizyon programları	Yok	293	90,4
	Var	31	9,6
Kitap/Broşür	Yok	271	83,6
	Var	53	16,4
Diğer	Yok	322	99,4
	Var	2	0,6

Sağlık kuruluşlarından randevu alma yöntemleri arasında en yaygın kullanılan platform %74,4 ile Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) olurken, %33,0 oranında katılımcı Alo 182 hattını tercih etmektedir. Hastaneden direkt randevu alma yöntemi ise %17,9 ile diğer seçeneklere göre daha az kullanılmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Sağlık kuruluşlarından randevuyu hangi platformlardan alırsınız

		n	%
MHRS	Yok	83	25,6
	Var	241	74,4
Alo 182	Yok	217	67,0
	Var	107	33,0
Hastane	Yok	266	82,1
	Var	58	17,9

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

Katılımcıların günlük internet kullanım süreleri göz önüne alındığında, %49,1'i günde 1-3 saat internet kullanmakta, %35,2'si ise 4-10 saat arası çevrimiçi vakit geçirmektedir. On saatte fazla internet kullanan kişilerin oranı %3 ile en düşük orana sahiptir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların günlük internet kullanım süreleri

	n	%
0-1 saat	41	12,6
1- 3 saat	159	49,1
4-10 saat	114	35,2
10 saat ve üstü	10	3,1

Dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığı incelendiğinde, katılımcıların %32,7'si ayda 1-2 kez arama yaptığını belirtmiş, %24,7'si ise her gün bu tür aramalarda bulunduğunu ifade etmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığının dağılımı

Katılımcıların internet kullanım amaçları detaylı olarak incelenmiştir. Oyun oynamak amacıyla interneti kullananların oranı %18,8 olarak belirlenirken, sosyal medya kullanımı %73,5 ile en yüksek oranı göstermektedir. Ayrıca sağlıkla ilgili bilgi edinmek için interneti kullananların oranı %47,2, alışveriş yapmak için %52,5, haber okumak için %52,2 ve araştırma yapmak için %65,3'tür. Bu veriler, katılımcıların interneti genellikle sosyal etkileşim ve bilgi edinme amacıyla kullandığını göstermektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların internet kullanım amaçları

		n	%
Oyun oynamak	Yok	263	81,2
	Var	61	18,8
Sosyal medya kullanmak	Yok	86	26,5
	Var	238	73,5
Sağlıkla ilgili bilgi edinmek	Yok	171	52,8
	Var	153	47,2
Alışveriş yapmak	Yok	154	47,5
	Var	170	52,5
Haber okumak	Yok	155	47,8
	Var	169	52,2
Araştırma yapmak	Yok	112	34,7
	Var	211	65,3

Katılımcıların sağlıkla ilgili dijital ortamda araştırma yapma alışkanlıkları sorgulandı. Katılımcıların %94,7'sinin sağlıkla ilgili hiç araştırma yapmadığı görüldü. Ayrıca, sağlıkla ilgili web sitelerine kişileri neyin yönlendirdiği sorulduğunda, görsel ve yazılı basımın %23,5, sosyal ağların %35,8, internet motorlarının %70,7, dijital reklamların %6,5 ve yakınlarının tavsiyesinin %12,7 oranında etkili olduğu belirlendi. Bu veriler, katılımcıların sağlık bilgilerine erişimde daha çok internet motorlarını tercih ettiğini ortaya koymaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlıkla ilgili araştırma yapma alışkanlığı ve web sitelerine yönlendirilme sebepleri

		n	%	
Sağlıkla ilgili dijital ortamda hiç araştırma yaptınız mı?	Yok	306	94,7	
	Var	18	5,6	
Sizi sağlık web sitelerine yönlendiren nelerdir?	Görsel ve yazılı basım	Yok	248	76,5
		Var	76	23,5
	Sosyal ağlar	Yok	208	64,2
		Var	116	35,8
	İnternet motoru	Yok	95	29,3
		Var	229	70,7
	Dijital reklamlar	Yok	303	93,5
		Var	21	6,5
	Yakınlarımların tavsiyesi	Yok	283	87,3
		Var	41	12,7

Katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgilerine erişim kolaylığını incelemektedir. Katılımcıların %73,1'i sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabildiğini ifade ederken, %22,2'si bazen ulaşabildiğini ve %4,6'sı ise böyle bir kolaylık hissetmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi edinme yöntemleri detaylandırılmıştır. Google, %92,0 oranıyla en yaygın bilgi kaynağı olarak öne çıkmakta; bunu sağlık siteleri (%54,6) ve Youtube (%34,0) takip etmekteydi. Diğer sosyal medya platformları (Facebook %5,2, Instagram %22,2, Twitter %6,5) daha az kullanılmaktaydı, forum ve devlet kurumu siteleri ise daha düşük tercih oranlarına sahipti (Tablo 9).

Tablo 9. Sağlıkla ilgili internette yapılan araştırmalarda kullanılan platformlar

		n	%
Google	Hayır	26	8,0
	Evet	298	92,0
Youtube	Hayır	214	66,0
	Evet	110	34,0

Tablo 9'un devamı

		n	%
Facebook	Hayır	307	94,8
	Evet	17	5,2
Instagram	Hayır	252	77,8
	Evet	72	22,2
Twitter	Hayır	302	93,5
	Evet	21	6,5
Sağlık Siteleri	Hayır	147	45,4
	Evet	177	54,6
Hastane Siteleri	Hayır	183	56,5
	Evet	141	43,5
Dergi-Gazete Siteleri	Hayır	283	87,3
	Evet	41	12,7
Forum Siteleri	Hayır	289	89,5
	Evet	34	10,5
Devlet Kurumu Siteleri	Hayır	224	69,1
	Evet	100	30,9

Katılımcıların dijital ortamda okudukları sağlık bilgilerini incelendi. Hastalığı ile ilgili güncel sağlık haberlerini okuyanların oranı %57,4; hastaneler hakkında bilgi alanların oranı %29,9; tanımlayıcı ve alternatif tedavileri okuyanların oranı %18,8; sağlık profesyonelleri hakkında bilgi alanların oranı %43,3; doğal bitkisel tedavileri okuyanların oranı %29,7 ve ilaçlar ile ilaç yan etkileri hakkında bilgi okuyanların oranı ise %63,9 olarak bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. Dijital ortamda sağlıkla ilgili okunan bilgiler

		n	%
Hastalığım ile İlgili Güncel Sağlık Haberler	Hayır	138	42,6
	Evet	186	57,4
Hastaneler Hakkında Bilgi Almak	Hayır	227	70,1
	Evet	97	29,9
Tanımlayıcı ve Alternatif Tedaviler	Hayır	263	81,2
	Evet	61	18,8
Sağlık Profesyonelleri Hakkında Bilgi Almak	Hayır	183	56,7
	Evet	140	43,3
Doğal Bitkisel Tedaviler	Hayır	227	70,3
	Evet	96	29,7
İlaçlar ve İlaç Yan Etkileri	Hayır	117	36,1
	Evet	207	63,9

Katılımcıların sağlık bilgilerine erişim nedenleri sorulduğunda, Bilgiye kolay ve hızlı erişim oranı %94,1, ucuz olması %7,7, sağlıkla ilgili sormaya çekinilen konular hakkında bilgi alma durumu %27,2, sağlık problemini kendisi çözebileceğine inanmama

nedeniyle erişim sağlama %11,4 ve yaşadığım yerde verilen sağlık hizmetlerinin yetersiz olması durumu %4,0 olarak belirlendi (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlıkla interneti tercih nedeni

		n	%
Ucuz olması	Hayır	299	92,3
	Evet	25	7,7
Bilgiye kolay ve hızlı erişmek	Hayır	19	5,9
	Evet	305	94,1
Sağlıkla ilgili sormaya çekinilen konular hakkında bilgi almak	Hayır	236	72,8
	Evet	88	27,2
Sağlık problemimi kendim çözebileceğime inanmamak	Hayır	287	88,6
	Evet	37	11,4
Yaşadığım yerde verilen sağlık hizmetlerinin yetersiz olması	Hayır	311	96,0
	Evet	13	4,0

Katılımcıların günlük yaşantılarında kullandıkları dijital araçlar incelendi. Cep telefonları %98,5 oranıyla en yaygın kullanılan araçken, tablet kullanımı %17,3, dizüstü bilgisayar kullanımı %38,0, bilgisayar kullanımı %22,5 ve televizyon kullanımı %39,8 oranında bulundu. Ayrıca, katılımcıların %21,9'u sağlıkla ilgili internetten edindikleri bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uyguladıklarını belirtti (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların günlük yaşantılarında kullandığı dijital araçlar

		n	%
Cep telefonu	Hayır	5	1,5
	Evet	319	98,5
Tablet	Hayır	268	82,7
	Evet	56	17,3
Dizüstü bilgisayar	Hayır	201	62,0
	Evet	123	38,0
Bilgisayar	Hayır	251	77,5
	Evet	73	22,5
Televizyon	Hayır	195	60,2
	Evet	129	39,8
Şimdiye kadar sağlıkla ilgili internetten edindiğiniz bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uyguladığınız oldu mu?	Evet	71	21,9
	Hayır	253	78,1

Dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği (DSOÖ) sonuçlarına göre, katılımcıların çeşitli demografik özelliklerine göre sağlığa yönelik algıları incelendi. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde hem erkeklerin hem de kadınların DSOÖ puanına ait medyan değer 52,0 (Ç1: 47,0; Ç3: 57,0) olarak bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı (p=0,564). Meslek grubunda, ev kadınlarının medyan DSOÖ puanı 53,0

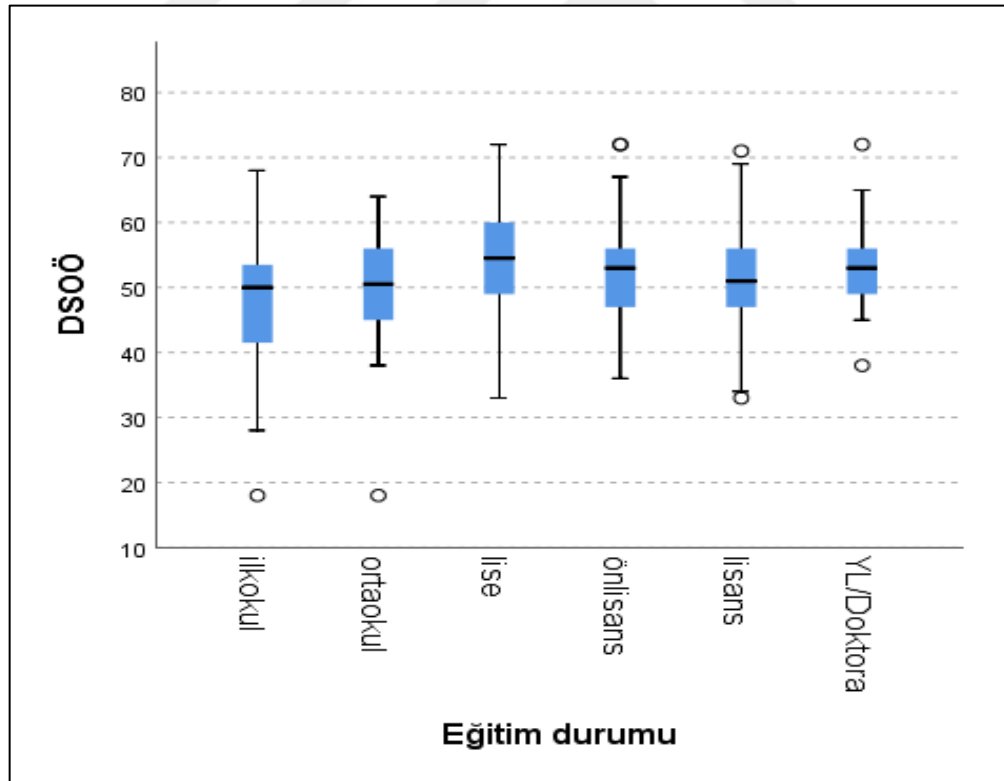
(Ç1: 48,0; Ç3: 58,0) iken, işçi, memur, sağlık çalışanı ve öğrenci gruplarının puanları benzer şekilde 52,0 civarındaydı. Özel sektör çalışanlarında medyan puan 53,5 (Ç1: 50,0; Ç3: 63,0) bulundu ve meslek grubuna göre medyan skor benzerdi ($p=0,327$). Medeni durum açısından evli katılımcıların DSOÖ puanına ait medyan değer 52,0 (Ç1: 47,0; Ç3: 57,0) iken bekâr katılımcılarda medyan değer 51,0 (Ç1: 47,0; Ç3: 57,0) olarak bulundu ve medeni duruma göre DSOÖ puanı benzerdi ($p=0,432$). Eğitim durumu incelendiğinde, ilkokul mezunlarının DSOÖ puanının 50,0 (Ç1: 41,5; Ç3: 53,5) ile en düşük seviyede, lise mezunlarının puanının ise 54,5 (Ç1: 49,0; Ç3: 60,0) ile en yüksek seviyede olduğu belirlendi (Şekil 2). Eğitim durumu açısından DSOÖ’de anlamlı bir fark saptandı ($p=0,037$); lise mezunlarının DSOÖ değerinin ilkokul mezunlarına göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,007$). Gelir durumu bakımından katılımcıların DSOÖ puanları istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,107$). Katılımcıların yaşadığı kişiye göre DSOÖ puanları da incelendi, yalnız yaşayanların medyan puanı 50,0 (Ç1: 46,5; Ç3: 55,0), arkadaşlarıyla yaşayanların puanı 50,0 (Ç1: 48,0; Ç3: 56,0) ve yalnızca eşi ve çocuklarıyla yaşayanların 51,0 (Ç1: 46,0; Ç3: 59,0) olarak bulundu. Yaşanan kişiler DSOÖ’yü etkilememekteydi ($p=0,104$). Sağlık durumu değerlendirmesi açısından katılımcıların DSOÖ puanları dikkate alındığında, sağlık durumunu “çok kötü + kötü” olarak nitelendirenlerin medyan puanı 50,0 (Ç1: 39,0; Ç3: 56,0), “orta” değerlendirenlerin 50,0 (Ç1: 46,0; Ç3: 55,0), “iyi” diyenlerin 53,0 (Ç1: 48,0; Ç3: 58,0) ve “çok iyi” olarak değerlendirenlerin ise 53,0 (Ç1: 49,0; Ç3: 60,5) olarak bulundu (Şekil 3, Tablo 13). Sağlık durumu çok kötü olanların DSOÖ puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi ($p=0,005$). Kronik hastalığı (KH) olan katılımcılar için DSOÖ puanı 51,0 (Ç1: 46,0; Ç3: 56,0) bulunurken, olmayanlarda 52,0 (Ç1: 48,0; Ç3: 58,0) bulundu ve KH’a göre DSOÖ puanı benzerdi ($p=0,122$) (Tablo 13).

Tablo 13. Demografik özelliklere göre Dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği (DSOÖ) sonuçları

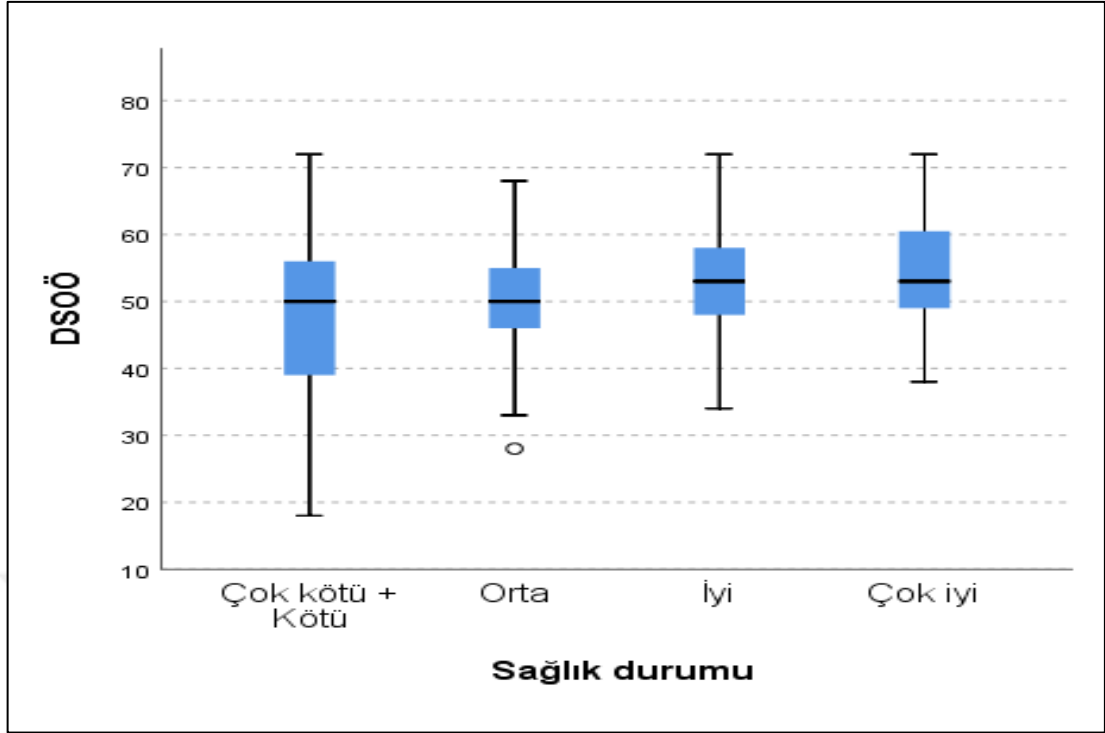
		DSOÖ			p
		Medyan	Ç1	Ç3	
Cinsiyet	Erkek	52,0	47,0	57,0	0,564
	Kadın	52,0	47,0	57,0	
Meslek	Ev kadını	53,0	48,0	58,0	0,327
	İşçi	52,0	45,0	60,0	
	Memur	52,0	49,0	56,0	
	Sağlık Çalışanı	50,5	46,0	57,0	
	Emekli	49,5	47,0	53,0	
	Öğrenci	50,0	46,0	57,0	
	Özel sektör	53,5	50,0	63,0	
	Diğer	50,5	47,0	56,0	

Tablo 13'ün devamı

		DSOÖ			p
		Medyan	Ç1	Ç3	
Medeni durum	Evli	52,0	47,0	57,0	0,432
	Bekar	51,0	47,0	57,0	
Eğitim durumunuz	İlkokul	50,0	41,5	53,5	0,037
	Ortaokul	50,5	45,0	56,0	
	Lise	54,5	49,0	60,0	
	Önlisans	53,0	47,0	56,0	
	Lisans	51,0	47,0	56,0	
	YL/Doktora	53,0	49,0	56,0	
Gelir durumunuz	Asgari ücret altı	50,0	45,5	55,5	0,107
	Asgari ücret	53,0	49,0	58,0	
	Asgari ücret-30.000 TL	53,0	47,0	58,0	
	30.000-50.000 TL	51,5	47,0	55,0	
	50.000 TL üstü	53,0	49,5	58,5	
	Düzenli bir gelirim yok	50,0	46,0	56,0	
Kimle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	50,0	46,5	55,0	0,104
	Arkadaşlarımla	50,0	48,0	56,0	
	Sadece eşim ve çocuklarımla	51,0	46,0	59,0	
	Sadece anne-baba-kardeşlerimle	52,0	47,0	57,0	
	Eşim-çocuklarım ve diğer akrabalarımla	52,0	45,0	61,0	
	Anne-baba-kardeşlerim ve diğer akrabalarımla	59,0	54,0	66,0	
Sağlık durumu değerlendirme	Çok kötü + Kötü	50,0	39,0	56,0	0,005
	Orta	50,0	46,0	55,0	
	İyi	53,0	48,0	58,0	
	Çok iyi	53,0	49,0	60,5	
KH	Var	51,0	46,0	56,0	0,122
	Yok	52,0	48,0	58,0	



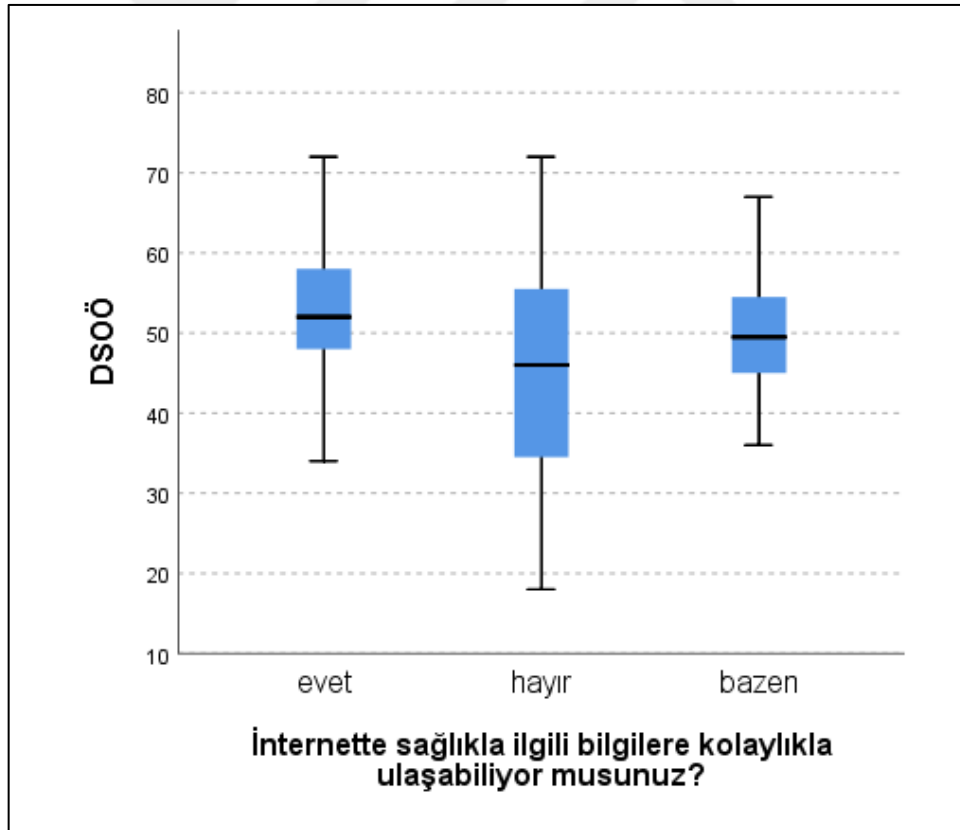
Şekil 2. Eğitim durumuna göre Dijital Sağlık Okuryazarlığı ölçek skoru



Şekil 3. Sağlık durumuna göre Dijital Sağlık Okuryazarlığı ölçek skoru

Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (DSOÖ) puanları incelendiğinde, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılma yöntemlerinde anlamlı farklılıklar saptadı. Dergi veya gazete kullanımı açısından DSOÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,850$), dergi/gazete kullanmayanlar ile kullananlarda puan benzerdi. Aile üyelerinden bilgi alanlar ile almayanlarda DSOÖ puanları benzerdi ($p=0.052$), aile üyelerinden bilgi alanların DSOÖ medyan puanı 53,5 (Ç1-Ç3: 48-61,5) iken, almayanların puanı 52 (Ç1-Ç3: 47-56,5) olarak tespit edildi. İnternet kullanımı açısından ise anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p=0.009$), internet kullanan bireylerin medyan puanı olan 53 (Ç1-Ç3: 49-57,5), kullanmayanların medyan puanından 50 (Ç1-Ç3: 45-56)'den daha yüksekti. Sosyal medya kullanımına, sağlık personelinin bilgiye ulaşmaya, radyo televizyon programlarından bilgiye ulaşmaya ve kitap broşürden bilgiye ulaşma durumuna göre ise DSOÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sağlık kuruluşlarından randevu alma platformlarına göre değerlendirildiğinde, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Alo 182 ve doğrudan hastaneden randevu alma seçeneklerine göre DSOÖ puanlarında anlamlı farklar saptanmamıştır (Tablo 14). Günlük internet kullanım süresi ile DSOÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.677$). 0-1 saat internet kullananların medyan puanı 52 (Ç1-Ç3: 47-56), 1-3 saat kullananların 52 (Ç1-

Ç3: 47-56), 4-10 saat kullananların 52 (Ç1-Ç3: 47-58) ve 10 saat üzeri kullananların ise 53 (Ç1-Ç3: 50-60) olarak tespit edildi. Dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama sıklığına göre de anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.995$), her gün arama yapanların DSOÖ medyan puanı 52 (Ç1-Ç3: 47-58), ayda 1-2 kez arama yapanların ise 52 (Ç1-Ç3: 48-57) olarak bulundu. İnterneti kullanım amacına göre değerlendirildiğinde, oyun oynamak, sosyal medya kullanmak, sağlıkla ilgili bilgi edinmek, alışveriş yapmak ve haber okumak gibi amaçlara göre DSOÖ puanları arasında anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, interneti sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma amacıyla tercih eden bireyler arasında anlamlı bir fark saptanmış olup ($p=0.002$), sağlıkla ilgili bilgilere kolay ulaşamayanların medyan puanı 46 (Ç1-Ç3: 33-57), bazen ulaşabilenlerin medyan puanı 49,5 (Ç1-Ç3: 45-54,5) ve ulaşabilenlerin ise 52 (Ç1-Ç3: 48-58) olarak hesaplanmıştır (Şekil 4). Sağlıkla ilgili internetten bilgiye erişimi olanların puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.



Şekil 4. İnternette sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilme durumuna göre Dijital Sağlık Okuryazarlığı ölçek skoru

Tablo 14. Katılımcılarda sorgulanan özelliklere göre Dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği (DSOÖ) sonuçları

			DSOÖ			P
			Medyan	Ç1	Ç3	
Sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?	Dergi, gazete	Yok	52,0	47,0	57,0	0,850
		Var	52,0	45,0	56,0	
	Aile üyeleri	Yok	52,0	47,0	56,5	0,052
		Var	53,5	48,0	61,5	
	İnternet	Yok	50,0	45,0	56,0	0,009
		Var	53,0	49,0	57,5	
	Sosyal medya	Yok	52,0	48,0	57,0	0,224
		Var	51,0	45,0	56,0	
	Sağlık personeli	Yok	53,0	47,0	58,0	0,301
		Var	52,0	47,0	56,0	
	Radyo/Televizyon programları	Yok	52,0	47,0	57,0	0,357
		Var	52,0	46,0	56,0	
	Kitap/Broşür	Yok	52,0	47,0	57,0	0,777
		Var	52,0	47,0	58,0	
Sağlık kuruluşlarından randevuyu hangi platformlardan alırsınız?	MHRS	Yok	52,0	47,0	58,0	0,900
		Var	52,0	47,0	57,0	
	Alo 182	Yok	52,0	48,0	57,0	0,139
		Var	50,0	45,0	57,0	
	Hastane	Yok	52,0	47,0	57,0	0,971
		Var	51,5	47,5	57,0	
Günlük internet kullanım süreniz nedir?	0-1 saat		52,0	47,0	56,0	0,677
	1-3 saat		52,0	47,0	56,0	
	4-10 saat		52,0	47,0	58,0	
	10 saat ve üstü		53,0	50,0	60,0	
Dijital ortamlarda ne sıklıkla sağlıkla ilgili arama yaparsınız	Her gün		52,0	47,0	58,0	0,995
	Haftada 3-4 kez		52,0	47,0	56,5	
	Haftada 1-2 kez		52,0	47,0	57,0	
	Ayda 1-2 kez		52,0	48,0	57,0	

Tablo 14'ün devamı

			DSOÖ			p
			Medyan	Ç1	Ç3	
İnterneti hangi amaç için kullanırsınız?	Oyun oynamak	Yok	52,0	47,0	57,0	0,996
		Var	52,0	48,0	56,0	
	Sosyal medya kullanmak	Yok	52,0	48,0	58,0	0,439
		Var	52,0	47,0	57,0	
	Sağlıkla ilgili bilgi edinmek	Yok	51,0	47,0	57,0	0,722
		Var	52,0	48,0	57,0	
	Alışveriş yapmak	Yok	52,0	47,0	57,0	0,879
		Var	52,0	47,0	57,0	
	Haber okumak	Yok	53,0	48,0	58,0	0,172
		Var	52,0	47,0	56,0	
	Araştırma yapmak	Yok	51,0	47,0	58,0	0,453
		Var	52,0	48,0	57,0	
Sağlıkla ilgili dijital ortamda hiç araştırma yaptınız mı?		Hiç araştırma yapmadım.	52,0	47,0	57,0	0,703
		Dijital ortamda en az bir kez sağlık araştırması yaptım.	51,0	44,0	60,0	
Sizi sağlık web sitelerine yönlendiren nelerdir?	Görsel ve yazılı basın	Hayır	52,0	48,0	57,0	0,233
		Evet	51,5	45,0	56,0	
	Sosyal ağlar	Hayır	52,0	48,0	58,0	0,363
		Evet	51,5	45,5	56,0	
	İnternet motoru	Hayır	51,0	47,0	58,0	0,858
		Evet	52,0	48,0	57,0	
	Dijital reklamlar	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,848
		Evet	52,0	45,0	58,0	
	Yakınlarımla tavsiyesi	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,842
		Evet	53,0	47,0	59,0	
İnternette sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabiliyor musunuz?		Evet	52,0	48,0	58,0	0,002
		Hayır	46,0	33,0	57,0	
		Bazen	49,5	45,0	54,5	

Tablo 14'ün devamı

			DSOÖ			P
			Medyan	Ç1	Ç3	
Sağlıkla ilgili internetten yaptığınız araştırmalarda aşağıdakilerden hangilerini kullanırsınız?	Google	Hayır	51,0	46,0	60,0	0,960
		Evet	52,0	47,0	57,0	
	Youtube	Hayır	52,0	47,0	58,0	0,346
		Evet	51,5	47,0	55,0	
	Facebook	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,098
		Evet	49,0	39,0	53,0	
	Instagram	Hayır	52,0	47,0	58,0	0,359
		Evet	51,0	47,0	56,0	
	Twitter	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,652
		Evet	51,0	47,0	56,0	
	Sağlık Siteleri	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,835
		Evet	52,0	48,0	57,0	
	Hastane Siteleri	Hayır	52,0	47,0	58,0	0,462
		Evet	52,0	47,0	57,0	
	Dergi-Gazete Siteleri	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,177
		Evet	51,0	46,0	54,0	
	Forum Siteleri	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,927
		Evet	52,5	47,0	57,0	
	Devlet Kurumu Siteleri	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,893
		Evet	51,5	48,0	56,5	
Dijital ortamda sağlıkla ilgili hangi bilgileri okursunuz?	Hastalığım ile İlgili Güncel Sağlık Haberler	Hayır	52,0	47,0	58,0	0,735
		Evet	52,0	47,0	56,0	
	Hastaneler Hakkında Bilgi Almak	Hayır	52,0	48,0	58,0	0,291
		Evet	52,0	46,0	56,0	
	Tanımlayıcı ve Alternatif Tedaviler	Hayır	52,0	48,0	57,0	0,731
		Evet	52,0	46,0	58,0	
	Sağlık Profesyonelleri Hakkında Bilgi Almak	Hayır	53,0	48,0	58,0	0,154
		Evet	51,5	47,0	56,0	
	Doğal Bitkisel Tedaviler	Hayır	51,0	47,0	56,0	0,136
		Evet	52,5	47,5	58,5	
	İlaçlar ve İlaç Yan Etkileri	Hayır	52,0	47,0	58,0	0,388
		Evet	52,0	47,0	57,0	

Tablo 14'ün devamı

			DSOÖ			P
			Medyan	Ç1	Ç3	
Sağlıkla interneti tercih nedeniniz nedir?	Ucuz olması	Hayır	52,0	48,0	57,0	0,010
		Evet	47,0	44,0	52,0	
	Bilgiye kolay ve hızlı erişmek	Hayır	55,0	48,0	58,0	0,357
		Evet	52,0	47,0	57,0	
	Sağlıkla ilgili sormaya çekinilen konular hakkında bilgi almak	Hayır	52,0	47,0	57,5	0,365
		Evet	51,5	46,0	56,0	
	Sağlık problemimi kendim çözebileceğime inanmamak	Hayır	52,0	48,0	57,0	0,324
		Evet	51,0	44,0	55,0	
	Yaşadığım yerde verilen sağlık hizmetlerinin yetersiz olması	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,576
		Evet	49,0	44,0	60,0	
Günlük yaşantınızda kullandığınız dijital araçlar nelerdir?	Cep telefonu	Hayır	47,0	46,0	58,0	0,508
		Evet	52,0	47,0	57,0	
	Tablet	Hayır	52,0	47,0	57,0	0,731
		Evet	51,5	47,0	57,5	
	Dizüstü bilgisayar	Hayır	52,0	47,0	56,0	0,303
		Evet	52,0	48,0	58,0	
	Bilgisayar	Hayır	52,0	47,0	58,0	0,897
		Evet	52,0	48,0	55,0	
	Televizyon	Hayır	52,0	48,0	57,0	0,608
		Evet	52,0	46,0	57,0	
Şimdiye kadar sağlıkla ilgili internetten edindiğiniz bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uyguladığınız oldu mu?		Evet	51,5	45,0	58,5	0,830
		Hayır	52,0	48,0	56,5	

Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) bulguları incelendiğinde, cinsiyet açısından erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır; erkeklerin medyan puanı 158,0 (Ç1=145,5; Ç3=166,5) iken, kadınların medyan puanı 161,0 (Ç1=148,0; Ç3=167,0) olarak bulunmuştur (p=0,340). Meslek gruplarına göre de anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,381). Medeni durum açısından evli olanların medyan puanı 158,0 (Ç1=145,0; Ç3=167,0) ve bekar olanların 161,0 (Ç1=151,0; Ç3=167,0) olarak belirlenmiş, bu iki grup arasında da anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (p=0,348). Eğitim durumu açısından BHYA skorları incelendiğinde, eğitim grupları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,184), benzer şekilde gelir durumu açısından değerlendirildiğinde de anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,976). Kimle birlikte yaşama durumuna göre değerlendirildiğinde, yalnız yaşayanların medyan puanı 160,0 (Ç1=145,0; Ç3=165,5), arkadaşlarıyla yaşayanların 158,0 (Ç1=155,0; Ç3=167,0), sadece eşim ve çocuklarımla yaşayanların 159,0 (Ç1=142,0; Ç3=166,0), sadece anne-baba-kardeşlerimle yaşayanların 159,0 (Ç1=145,0; Ç3=168,0), eşim çocuklarımla ve diğer akrabalarımla yaşayanların 160,0 (Ç1=150,0; Ç3=166,0), anne-baba-kardeşlerim ve diğer akrabalarımla yaşayanların 163,0 (Ç1=156,5; Ç3=167,5) olarak belirlendi. Bu gruplar arasında da anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,814). Sağlık durumu değerlendirmesi yapıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,338). Ayrıca, sağlık geçmişi açısından Kronik hastalık varlığında medyan puanı 160,0 (Ç1=144,0; Ç3=168,0), KH olmayanlarda ise 159,0 (Ç1=148,0; Ç3=167,0) olarak belirlendi ve bu gruplar arasında anlamlı bir fark gözlemlenmedi (p=0,911) (Tablo 15).

Tablo 15. Demografik özelliklere göre Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği (BHYAÖ) sonuçları

		BHYAÖ			p
		Medyan	Ç1	Ç3	
Cinsiyet	Erkek	158,0	145,5	166,5	0,340
	Kadın	161,0	148,0	167,0	
Meslek	Ev kadını	154,0	138,0	167,0	0,381
	İşçi	161,0	143,0	167,0	
	Memur	161,0	149,0	167,0	
	Sağlık Çalışanı	159,5	137,0	164,0	
	Emekli	160,0	144,0	166,0	
	Öğrenci	159,0	154,0	166,0	
	Özel sektör	163,5	154,0	170,0	
	Diğer	161,0	152,0	167,0	
Medeni durum	Evli	158,0	145,0	167,0	0,348
	Bekar	161,0	151,0	167,0	

Tablo 15'in devamı

		BHYAÖ			P
		Medyan	Ç1	Ç3	
Eğitim durumunuz	İlkokul	158,0	138,5	169,5	0,184
	Ortaokul	150,0	131,0	162,0	
	Lise	157,0	147,0	166,0	
	Önlisans	164,0	141,0	169,0	
	Lisans	160,0	150,0	167,0	
	YL/Doktora	160,0	151,0	166,0	
Gelir durumunuz	Asgari ücret altı	160,0	141,0	166,0	0,976
	Asgari ücret	161,0	144,0	167,0	
	Asgari ücret-30.000 TL	156,0	144,0	167,0	
	30.000-50.000 TL	161,0	149,0	167,0	
	50.000 TL üstü	156,5	147,5	166,5	
	Düzenli bir gelirim yok	156,5	150,5	167,5	
Kimle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	160,0	145,0	165,5	0,814
	Arkadaşlarımla	158,0	155,0	167,0	
	Sadece eşim ve çocuklarımla	159,0	142,0	166,0	
	Sadece anne-baba-kardeşlerimle	159,0	145,0	168,0	
	Eşim-çocuklarım ve diğer akrabalarımla	160,0	150,0	166,0	
	Anne-baba-kardeşlerim ve diğer akrabalarımla	163,0	156,5	167,5	
Sağlık durumu değerlendirme	Çok kötü + Kötü	153,0	140,0	163,0	0,338
	Orta	160,0	141,5	168,5	
	İyi	160,0	148,0	166,0	
	Çok iyi	160,0	152,0	169,0	
Kronik hastalık	Var	160,0	144,0	168,0	0,911
	Yok	159,0	148,0	167,0	

Bulaşıcı hastalıklara yönelik algı ölçeği (BHYAÖ) değerleri incelendiğinde, sağlıkla ilgili bilgiye erişim kaynakları arasında dergi ve gazeteleri kullanan bireylerin BHYA ortanca değeri 161 (144-164) iken, kullanmayanlarda 159 (147-167) olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,513$). Aile üyelerinden bilgi alan bireylerde BHYA ortanca değeri 155,5 (149-165) olup, bilgi almayanlarda 160 (146,5-167) olarak belirlenmiştir, ancak bu farklılık anlamlı değildir ($p=0,485$). İnternet kullanımına bakıldığında, interneti sağlık bilgisi için kullanan bireylerin BHYA değeri 159 (148-166), kullanmayanların ise 161 (145-167,5) olarak saptanmış ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,570$). Sağlık personelinde bilgi alan bireylerin BHYA ortanca değeri 161 (149-167), bilgi almayanların ise 156 (143-167) olup benzer şekilde farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,071$). Benzer şekilde, Radyo/televizyon programlarından bilgi alan bireylerde BHYA ortanca değeri bilgi almayanlar ile benzer bulundu ($p=0,685$). Kitap veya broşürlerden bilgi alan ve almayan bireylerde de durum benzerdi ($p=0,328$) (Tablo 16).

Sağlık kuruluşlarından randevu alma platformlarına göre yapılan değerlendirmede, MHRS kullanan bireylerin BHYA ortanca değeri 160 (149-167), kullanmayanlarda ise 158 (141-168) olarak belirlenmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,525$). Alo 182 hattını kullanan bireylerde BHYA değeri 157 (144-167), kullanmayanlarda ise 160 (149-167) olarak tespit edilmiş, ancak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0,368$). Hastaneden randevu alan bireylerde de benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır; BHYA değeri hastaneden randevu alanlarda 156,5 (144,5-166), almayanlarda ise 160 (148-167) olarak saptanmıştır ($p=0,183$) (Tablo 16).

Günlük internet kullanım süresi, Dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığı, interneti kullanım amaçları, araştırma yapma durumu, araştırma yapılan platformlar, sağlıkla ilgili okunan bilgiler, sağlıkta interneti tercih etme durumu BHYA skorunda benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır (Tablo 16).

İnternette sağlık bilgilerine erişim kolaylığı açısından BHYA değerlerinde anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p=0,023$). Cep telefonu kullanan bireylerde BHYA ortanca değeri 160 (148-167) iken, kullanmayanlarda 123 (117-129) olarak bulunmuş ve cep telefonu kullanan bireylerin BHYA puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,027$). Dizüstü bilgisayar kullanan bireylerde de benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p=0,019$), dizüstü bilgisayar kullananlarda BHYA ortanca değeri 161 (151-168), kullanmayanlarda ise 157 (142-166) olarak saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcılarda sorgulanan özelliklere göre Bulaşıcı hastalıklara yönelik algı ölçeği (BHYAÖ) sonuçları

			BHYAÖ			p
			Medyan	Ç1	Ç3	
Sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?	Dergi, gazete	Yok	159,0	147,0	167,0	0,513
		Var	161,0	144,0	164,0	
	Aile üyeleri	Yok	160,0	146,5	167,0	0,485
		Var	155,5	149,0	165,0	
	İnternet	Yok	161,0	145,0	167,5	0,570
		Var	159,0	148,0	166,0	
	Sosyal medya	Yok	160,0	148,0	167,0	0,678
		Var	158,0	143,0	167,0	
	Sağlık personeli	Yok	156,0	143,0	167,0	0,071
		Var	161,0	149,0	167,0	
	Radyo/Televizyon programları	Yok	160,0	147,0	167,0	0,685
		Var	154,0	146,0	167,0	
	Kitap/Broşür	Yok	159,0	145,0	167,0	0,328
		Var	161,0	153,0	167,0	
Sağlık kuruluşlarından randevuyu hangi platformlardan alırsınız?	MHRS	Yok	158,0	141,0	168,0	0,525
		Var	160,0	149,0	167,0	
	Alo 182	Yok	160,0	149,0	167,0	0,368
		Var	157,0	144,0	167,0	
	Hastane	Yok	160,0	148,0	167,0	0,183
		Var	156,5	144,5	166,0	
Günlük internet kullanım süreniz nedir?		0-1 saat	159,0	147,0	168,0	0,963
		1-3 saat	159,0	146,0	167,0	
		4-10 saat	160,0	150,0	166,0	
		10 saat ve üstü	162,5	146,0	169,0	
Dijital ortamlarda ne sıklıkla sağlıkla ilgili arama yaparsınız		Her gün	157,0	144,0	165,5	0,969
		Haftada 3-4 kez	160,0	145,5	167,0	
		Haftada 1-2 kez	161,0	144,0	167,0	
		Ayda 1-2 kez	160,0	150,0	167,0	

Tablo 16'nın devamı

			BHYAÖ			p
			Medyan	Ç1	Ç3	
İnterneti hangi amaç için kullanırsınız?	Oyun oynamak	Yok	160,0	148,0	167,0	0,233
		Var	158,0	143,0	166,0	
	Sosyal medya kullanmak	Yok	155,5	141,0	168,0	0,278
		Var	160,0	150,0	166,0	
	Sağlıkla ilgili bilgi edinmek	Yok	158,0	146,0	167,0	0,408
		Var	160,0	149,0	167,0	
	Alışveriş yapmak	Yok	159,0	143,0	167,0	0,327
		Var	160,0	149,0	167,0	
	Haber okumak	Yok	159,0	145,0	166,0	0,268
		Var	160,0	149,0	167,0	
	Araştırma yapmak	Yok	158,0	139,0	166,0	0,107
		Var	160,0	150,0	167,0	
Sağlıkla ilgili dijital ortamda hiç araştırma yaptınız mı?		Hiç araştırma yapmadım.	160,0	147,0	167,0	0,794
		Dijital ortamda en az bir kez sağlık araştırması yaptım.	156,5	139,0	169,0	
Sizi sağlık web sitelerine yönlendiren nelerdir?	Görsel ve yazılı basım	Hayır	160,0	145,5	167,0	0,911
		Evet	158,5	149,0	167,0	
	Sosyal ağlar	Hayır	159,5	147,0	167,0	0,836
		Evet	159,5	146,0	167,0	
	İnternet motoru	Hayır	159,0	139,0	166,0	0,352
		Evet	160,0	149,0	167,0	
	Dijital reklamlar	Hayır	159,0	146,0	167,0	0,443
		Evet	161,0	155,0	167,0	
	Yakınlarımla tavsiyesi	Hayır	159,0	146,0	167,0	0,718
		Evet	161,0	148,0	164,0	
İnternette sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabiliyor musunuz?		Evet	161,0	149,0	168,0	0,023
		Hayır	147,0	135,0	166,0	
		Bazen	156,5	145,5	163,0	

Tablo 16'nın devamı

			BHYAÖ			p
			Medyan	Ç1	Ç3	
Sağlıkla ilgili internetten yaptığınız araştırmalarda aşağıdakilerden hangilerini kullanırsınız?	Google	Hayır	159,0	139,0	167,0	0,592
		Evet	159,5	147,0	167,0	
	Youtube	Hayır	158,5	146,0	166,0	0,134
		Evet	160,5	151,0	168,0	
	Facebook	Hayır	160,0	148,0	167,0	0,066
		Evet	151,0	135,0	162,0	
	Instagram	Hayır	160,5	150,0	167,0	0,091
		Evet	155,0	137,5	167,0	
	Twitter	Hayır	159,0	147,0	167,0	0,726
		Evet	161,0	138,0	167,0	
	Sağlık Siteleri	Hayır	160,0	143,0	168,0	0,912
		Evet	159,0	150,0	166,0	
	Hastane Siteleri	Hayır	158,0	143,0	166,0	0,225
		Evet	161,0	150,0	167,0	
	Dergi-Gazete Siteleri	Hayır	159,0	146,0	167,0	0,379
		Evet	163,0	150,0	166,0	
	Forum Siteleri	Hayır	159,0	146,0	167,0	0,186
		Evet	162,5	156,0	167,0	
	Devlet Kurumu Siteleri	Hayır	158,0	144,5	167,0	0,233
		Evet	161,0	150,5	167,0	
Dijital ortamda sağlıkla ilgili hangi bilgileri okursunuz?	Hastalığım ile İlgili Güncel Sağlık Haberler	Hayır	161,0	147,0	168,0	0,398
		Evet	158,0	146,0	166,0	
	Hastaneler Hakkında Bilgi Almak	Hayır	160,0	147,0	166,0	0,889
		Evet	159,0	147,0	167,0	
	Tanımlayıcı ve Alternatif Tedaviler	Hayır	160,0	146,0	167,0	0,500
		Evet	156,0	149,0	166,0	
	Sağlık Profesyonelleri Hakkında Bilgi Almak	Hayır	157,5	145,5	166,0	0,157
		Evet	161,0	148,5	167,5	
	Doğal Bitkisel Tedaviler	Hayır	160,5	147,5	167,0	0,202
		Evet	157,0	145,0	165,5	
	İlaçlar ve İlaç Yan Etkileri	Hayır	159,0	144,0	167,0	0,789
		Evet	160,0	149,0	166,0	

Tablo 16'nın devamı

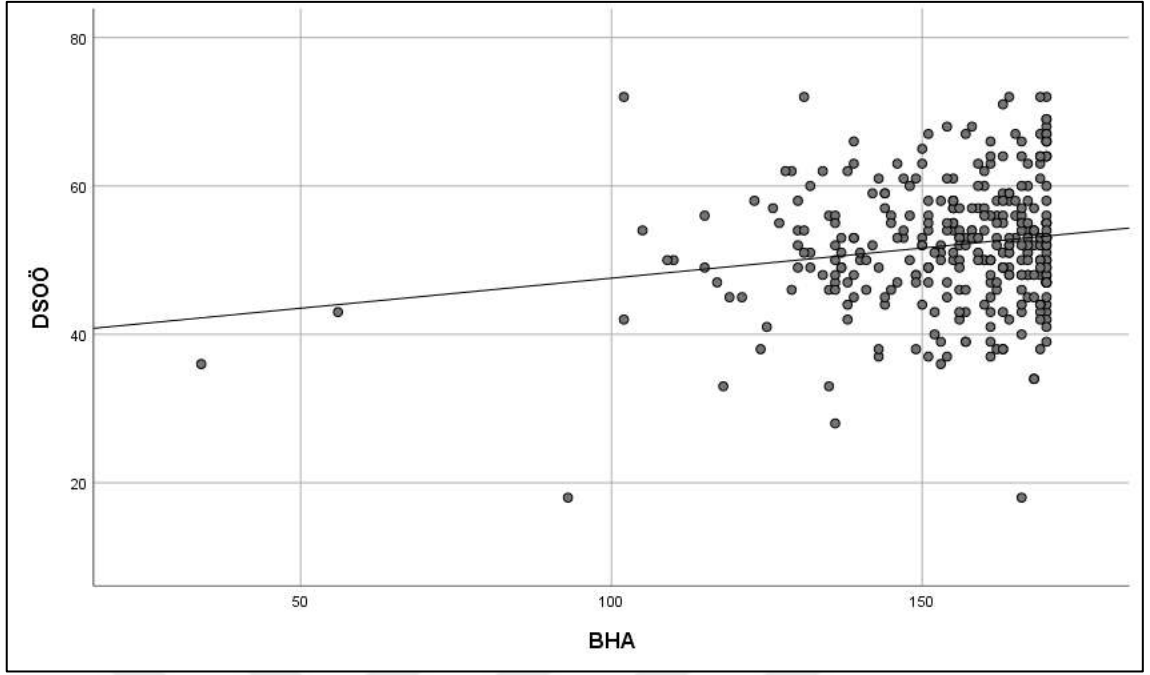
			BHYAÖ			p
			Medyan	Ç1	Ç3	
Sağlıkla interneti tercih nedeniniz nedir?	Ucuz olması	Hayır	159,0	147,0	167,0	0,972
		Evet	161,0	143,0	167,0	
	Bilgiye kolay ve hızlı erişmek	Hayır	161,0	130,0	167,0	0,691
		Evet	159,0	147,0	167,0	
	Sağlıkla ilgili sormaya çekinilen konular hakkında bilgi almak	Hayır	158,5	147,0	166,0	0,171
		Evet	161,0	143,5	169,0	
	Sağlık problemimi kendim çözebileceğime inanmamak	Hayır	160,0	148,0	167,0	0,448
		Evet	157,0	139,0	167,0	
	Yaşadığım yerde verilen sağlık hizmetlerinin yetersiz olması	Hayır	160,0	147,0	167,0	0,777
		Evet	157,0	146,0	166,0	
Günlük yaşantınızda kullandığınız dijital araçlar nelerdir?	Cep telefonu	Hayır	123,0	117,0	129,0	0,027
		Evet	160,0	148,0	167,0	
	Tablet	Hayır	159,0	145,5	167,0	0,623
		Evet	160,5	150,0	167,0	
	Dizüstü bilgisayar	Hayır	157,0	142,0	166,0	0,019
		Evet	161,0	151,0	168,0	
	Bilgisayar	Hayır	159,0	149,0	167,0	0,748
		Evet	161,0	144,0	166,0	
	Televizyon	Hayır	160,0	147,0	167,0	0,415
		Evet	158,0	146,0	166,0	
Şimdiye kadar sağlıkla ilgili internetten edindiğiniz bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uyguladığınız oldu mu?		Evet	158,0	142,5	166,0	0,296
		Hayır	160,0	149,0	167,0	

Yapılan korelasyon analizine göre, BHYAÖ genel skoru ile BHYAÖ toplam arasında çok güçlü bir pozitif ilişki ($r=0,980$, $p<0,001$) bulunmuştur. BHYAÖ bulaş ile BHYAÖ genel skoru arasında da güçlü bir pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0,725$, $p<0,001$). Toplam skor ile alt boyutlar arasında ilişki bulunması beklenen durumdur. Benzer şekilde DSOÖ'nün alt boyutları arasında da güçlü ilişkiler gözlenmiştir.

BHYAÖ genel skoru ile DSOÖ'nün bilgi ($r=0,094$, $p=0,092$), gelişim ve vizyon ($r=0,026$, $p=0,638$) ve ilgi ($r=0,053$, $p=0,343$) boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf ilişkiler bulunurken, BHYAÖ genel ile DSOÖ'nün yön bulma becerileri ($r=0,160$, $p=0,004$), içerik ekleme ($r=0,148$, $p=0,008$) ve gizlilik ($r=0,206$, $p<0,001$) boyutları arasında zayıf ama anlamlı pozitif ilişkiler gözlemlenmiştir. BHYAÖ bulaş boyutu ile DSOÖ genel skoru arasında zayıf fakat anlamlı bir pozitif ilişki ($r=0,144$, $p=0,010$) bulunmuş, ayrıca BHYAÖ bulaş ile DSOÖ'nün gizlilik boyutu arasında zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,180$, $p=0,001$). BHYAÖ toplam ile DSOÖ genel skoru arasında da anlamlı ve zayıf bir pozitif ilişki ($r=0,165$, $p=0,003$) bulunurken (Şekil 5), BHYAÖ toplam ile DSOÖ'nün bilgi boyutu arasında anlamlı olmayan zayıf bir ilişki ($r=0,099$, $p=0,074$) saptanmıştır. Genel olarak, BHYAÖ ve DSOÖ'nün alt boyutları arasında anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuş olup, bu ilişkilerin gücü boyutlara göre farklılık göstermektedir (Tablo 17).

Tablo 17. Ölçeklerin alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişkiler

		1	2	3	4	5	6	7	8	DSOÖ
BHYAÖ genel	r	0,73	0,98	0,09	0,03	0,05	0,16	0,15	0,21	0,16
	p	<0,001	<0,001	0,092	0,638	0,343	0,004	0,008	<0,001	0,004
BHYAÖ bulaş (1)	r		0,85	0,09	0,09	0,09	0,10	0,07	0,18	0,14
	p		<0,001	0,090	0,106	0,123	0,083	0,231	0,001	0,010
BHYAÖ toplam (2)	r			0,10	0,05	0,07	0,15	0,13	0,21	0,17
	p			0,074	0,407	0,239	0,006	0,017	<0,001	0,003
DSOÖ BİLGİ (3)	r				0,54	0,53	0,31	0,38	0,27	0,74
	p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DSOÖ GV(4)	r					0,62	0,36	0,35	0,19	0,76
	p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DSOÖ İLGİ (5)	r						0,22	0,33	0,20	0,72
	p						<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DSOÖ YN(6)	r							0,39	0,39	0,64
	p							<0,001	<0,001	<0,001
DSOÖ İÇR (7)	r								0,43	0,70
	p								<0,001	<0,001
DSOÖ GİZ (8)	r									0,57
	p									<0,001



Şekil 5. BHYAÖ toplam ile DSOÖ genel skoru arasındaki ilişki

5. TARTIŞMA

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran yetişkinlerin bulaşıcı hastalık algılarıyla dijital sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin araştırıldığı ve sosyodemografik faktörlerin de değerlendirildiği, 324 katılımcıyla tamamlanan çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına yanıt verecek tarzda sunulmuştur.

Çalışmamızda cinsiyete göre DSOÖ skorunun farklılaşmadığı görülmüştür. Literatürde bizim çalışmamızda kullandığımız ölçeği kullanan bir çalışma bugünün koşullarında bulunmamaktadır. Ancak e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Okuryazarlık ile ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur. Zibrik ve ark. tarafından, 2015 yılında 896 katılımcı ile British Columbia’da yapılan çalışmada cinsiyetle DSO arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.⁸⁴ Çin’in Henan eyaletinde, 2024 yılında Wei ve ark. tarafından, 661 yaşlı yetişkin arasında yapılan çalışmada cinsiyet ile dijital sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.⁸⁵ Çin’deki çalışmanın genellikle yaşlı bireyleri kapsamı, dijital sağlık okuryazarlığının yaşlı nüfus arasında cinsiyet farklarından bağımsız olarak daha homojen olabileceğini düşündürmektedir. Yaşlı bireylerde dijital sağlık okuryazarlığı, geleneksel sağlık bilgisi ve yüz yüze iletişimle daha fazla bağlantılı olabileceği için, cinsiyet farklarını azaltmış olabilir. Ayrıca, bizim çalışmamızda popülasyonun eğitim düzeyinin yüksek olması da bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

Meslek grupları arasında DSOÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şahin ve ark. tarafından, 2024 yılında İzmir’in bir ilçesindeki devlet hastanesi çalışanları üzerinde yapılan çalışmada; dijital okuryazarlık ölçeği alt boyutu olan günlük kullanım puanlarının, hemşirelerde; teknisyen ve teknikerlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.⁹⁸ Çalışma ortamının gereklilikleri, sağlık personelinin dijital okuryazarlık düzeylerini arttırmış olabilir. Xu tarafından, Çin’de 2021 yılında 569 hasta üzerinde yapılan çalışmada işsizlikle eHEALS skoru arasında ilişki bulunmuştur.⁹⁹ Bu çalışma, dijital sağlık okuryazarlığının toplumun her kesiminde güçlendirilmesi gerektiğine ve dijital kaynakların, özellikle işsizlik gibi durumlarda, önemli bir sağlık bilgilendirme aracı olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlar ile DSOÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu durum, bireylerin dijital

farkındalıklarının artması ve teknolojinin günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmesiyle açıklanabilir. Arcury tarafından, 2020 yılında 55 yaş üstü 200 katılımcıyla yapılan çalışmada, toplam 106 katılımcı (%53,0) internet kullandığını belirtti ve internet kullandığını belirten katılımcılarla medeni durumları arasında anlamlı ilişki saptandı.¹⁰⁰ Bu farklılık, demografik faktörler, teknolojiye erişim alışkanlıkları, sosyal koşullar gibi etkenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda lise mezunlarının DSOÖ puanları, ilkokul mezunlarına göre daha yüksek çıkmış ve anlamlı fark ($p=0,007$) bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda, çalışmamıza benzer şekilde anlamlı fark saptanmıştır. Zakar ve ark. tarafından, 2021 yılında Pakistan'daki üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada eğitim seviyesi ile dijital sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.⁸⁷ Adil ve ark. tarafından, 2021 yılında yapılan ve Pakistan'da 1513 üniversite öğrencisi ile yürütülen araştırmalarda dijital sağlık okuryazarlığında eğitim seviyesi ile ilişkili bulunmuştur.¹⁰¹ Keleş ve ark. tarafından, 2014 yılında İstanbul'daki bir üniversite hastanesindeki RIRS uygulanan böbrek taşı 111 hastanın eğitim düzeyiyle dijital sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.¹⁰² Bulgumuzla tutarlı başka bir çalışma ise Alipour tarafından, 2022 yılında İran'daki eğitim hastanesinde çalışan sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır.¹⁰³

Eğitim seviyesi arttıkça, bireylerin dijital teknolojilere daha fazla maruz kalması ve bu teknolojileri daha etkin kullanma becerileri geliştirmeleri beklenir. Ayrıca, eğitim düzeyi, sağlık bilgilerini anlama ve değerlendirme becerileri üzerinde de olumlu bir etki yapar. Yüksek eğitim seviyesi, dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı gibi önemli becerilerin gelişmesine katkı sağlar.

Çalışmamızda gelir durumu ile DSOÖ puanları arasında fark olmaması, bu faktörün sağlık okuryazarlığı üzerinde belirgin bir etki yaratmadığını düşündürmektedir. Zamanla gelişmiş teknolojik cihazlara ve hızlı internet sağlayan mobil araçlara erişimin kolaylaşması, dijital okuryazarlık seviyesinin yükselmesine neden olmuş olabilir. Bununla birlikte, katılımcıların %27,5'inin düzenli bir gelire sahip olmaması, sağlık hizmetlerine erişimde potansiyel engeller yaratabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine ulaşımında sosyoekonomik faktörlerin etkisini gözler önüne sermektedir. İlgar ve arkadaşları tarafından, 2023 yılında bir üniversite hastanesinin polikliniğine başvuran

65 yaş üstü hastalar üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçek puanında, gelir durumuna göre istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.⁸⁶

Çalışmamızda bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile DSOÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Stellefson ve arkadaşlarının, 2018 yılında KOAH hastaları üzerinde yaptığı çalışmada yalnız yaşayanların eHEALS skoru daha düşük bulundu.¹⁰⁴ Özellikle yalnız yaşayanların DSOÖ puanlarının daha düşük olması, sosyal destek ve bilgiye erişim açısından önemli bir etken olabilir.

Çalışmamızda sağlık durumunu “çok kötü” olarak değerlendiren katılımcıların DSOÖ puanlarının düşük olması ($p=0,005$), sağlık sorunlarının bilgiye erişim ve okuryazarlığı olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Wong ve ark. tarafından, 2018 yılında yapılan çalışmada sağlık durumunu kötü belirtenlerin e-sağlık okuryazarlığı daha düşük saptanmıştır.¹⁰⁵ Bu tür bir ilişki, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesine dair yeni politikaların ve eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiğini ve sağlık okuryazarlığının farklı gruplar için eşit şekilde artırılması gerektiğini vurgulayan önemli bir bulgudur.

Kronik hastalığı olanların oranının %26,9 olması, bu bireylerin sağlık bilgisine erişim ihtiyaçlarını artırırken, sağlık profesyonelleri ve internetin bu bilgileri edinmede en sık kullanılan kaynaklar olması dikkat çekicidir. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık bilgisine erişim ihtiyacı artmaktadır çünkü bu bireyler, sağlık durumlarını yönetmek ve tedavi süreçlerini takip etmek için daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar.¹⁰⁶ Sağlık kuruluşları üzerinde büyük bir yük oluşturan ve kronik hale gelen hastaların uzun süreli tedavilerinde mobil teknolojiler etkili bir çözüm olabilir.^{107,108} Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olan bireylerle DSO arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Fark bulunmamasının sebebinin çalışmamızın daha genç popülasyonda yapıyor olması ve kronik hastalığa sahip katılımcı yüzdesinin daha az olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım kaynakları incelendiğinde, en sık kullanılan kaynaklar %66,4 ile sağlık personeli, %59,9 ile internet olmuştur. Kilit ve ark. tarafından, 2018’de yapılan bir çalışmada Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaşından büyük tüm bireylerin sağlık bilgisi edinmek için en çok kullandığı iki kaynak sırasıyla sağlık personeli ($2,931\pm0,945$), internet ($2,902\pm0,991$) olarak gözlenmiştir.¹⁰⁹ Arcury ve ark. tarafından, 2020 yılında düşük

gelirli nüfusa hizmet veren kliniklerde hasta olan 55 yaş üstü 200 hasta üzerinden yapılan çalışmada, toplam 106 katılımcı (%53,0) internet kullandığını belirtti ve internet kullandığını belirten katılımcılarla e-sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulundu.¹⁰⁰ Hindistan’da 2015 yılında üçüncü basamak bir sağlık merkezine gelen hastaların %63,2’sinin diğer çalışmalara benzer şekilde sağlık bilgilerine erişmek için interneti kullandığı belirlendi.¹¹⁰ Güvenilir bilgiye erişim sağlamak, sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından kritik bir faktördür.

Çalışmamızda DSOÖ puanları incelendiğinde, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılma yöntemlerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Beklendiği şekilde sağlıkla ilgili bilgiye internet üzerinden ulaşabilen bireylerin DSOÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,009). Katılımcıların sağlık bilgilerine erişiminde internetin ve dijital araçların rolü oldukça büyüktür. Ancak, sağlık bilgilerini doğrulamadan uygulama oranının %21,9 olması, bilgi okuryazarlığı konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmamızda katılımcıların %47,2’sinin interneti sağlıkla ilgili bilgi edinmek için kullandıklarını ve %66,4 ‘ünün sağlıkla ilgili bilgiye sağlık personelinin ulaştıklarını bildirmiştir. Bu bağlamda, dijital okuryazarlık, sağlık profesyonellerinin eğitimi ve güvenilir bilgi kaynaklarına erişim artırılmalıdır. Görkemli tarafından, 2017 yılında Konya’da 41 doktor ve 475 hasta ile yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %77,7’si, hastalıkla ilgili bilgi almada doktor dışında daha çok interneti tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların internet dışındaki tercihlerine bakıldığında tanıdıklardan alınan hastalıkla ilgili bilgilerin (%34,9); gazete, dergi ve broşür gibi yazılı kaynaklar (%15,6) ve televizyon (%16,4) seçeneklerine göre daha fazla tercih edildiği görülmüştür.^{111,112} Çalışmamıza benzer şekilde, Salar ve Duran tarafından 2023 yılında yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada, genel sağlık bilgisine erişmek için ilk tercih edilen kaynakların başında sağlık çalışanlarına danışmanın (%59,1) ve internetin yer aldığı görülmüştür (%32,7).¹¹³

Sağlık kuruluşlarından randevu alma yöntemleri arasında en yaygın kullanılan platform %74,4 ile MHRS olmuştur. MHRS’nin yüksek kullanımı, bu tür sistemlerin geliştirilmesi ve tanıtımının artırılması gerektiğini göstermektedir. Dijital sistemlerin bu kadar yüksek bir oranla tercih edilmesi, teknolojinin sağlık hizmetlerin entegrasyonunun önemini vurgular. Katılımcıların %33’ü Alo 182 hattını tercih etmektedir. Ayrıca, telefonla randevu alma gibi alternatif yöntemlerin de varlığı, farklı

ihtiyaç ve beklentilere yönelik çözümler sunma açısından değerlidir. İnternetin önemli bir bilgi kaynağı olarak görülmesi, dijital sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı üzerindeki etkisini göstermektedir.

Katılımcıların günde 1-3 saat internet kullanmasının yanı sıra, sosyal medya kullanım oranının %73,5 gibi yüksek bir seviyede olması, dijital sağlık okuryazarlığını artırmak için sosyal medya platformlarının etkin bir araç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. İder tarafından, 2023 yılında bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran 270 bireyle yapılan çalışmada %43'ünün sosyal medya kullandığı gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %55'inin günde 4-10 saat internet kullandığı tespit edilmiştir.¹⁰

Çalışmamızda günlük internet kullanım süresi ile DSOÖ puanları arasında anlamlı bir farkın olmaması ($p=0,677$), internetin ne kadar kullanıldığının değil ne amaçla kullanıldığının daha önemli olduğunu düşündürmektedir. Liu ve ark. tarafından, 2023 yılında Çin'de yapılan başka bir çalışmada günlük internet kullanım süresiyle dijital sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.⁸³ Orhan ve ark. tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada ise günlük internet kullanım süresi 4 saatten fazla olanların DSO puanlarının; günlük 2-3 saat olanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu farklılıkların temel nedeni, popülasyon özelliklerinin, internet kullanım alışkanlıklarının, dijital sağlık okuryazarlığına yönelik farkındalıkların ve kullanılan ölçüm araçlarının farklılık göstermesi olabilir.¹¹⁴

Vicente ve ark. tarafından, 2017 yılında, Avrupa Birliği'ndeki ülkeler arasındaki sosyodemografik farklılığın e-sağlık okuryazarlığı ilişkisinin araştırıldığı çalışmada çevrimiçi sağlık bilgisi arama konusunda daha fazla deneyimin, daha yüksek bilgi ve beceri düzeylerine yol açtığı gözlenmiştir.¹¹⁵ Çalışmamızda ise dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığı ile DSO arasında ilişki bulunamamıştır. Dijital sağlık okuryazarlığının sadece bilgiye erişim değil, aynı zamanda bu bilgiyi doğru şekilde değerlendirme yeteneğini de içermesi çalışmalar arasındaki farklılığı doğurmuş olabilir.

Arslan ve arkadaşlarının, 2017 yılında, üniversite öğrencilerine yaptıkları çalışmada katılımcıların %57,8'i interneti en çok sosyal medyayı takip etmek için kullanmaktaydı.¹⁰⁷ Çalışmamızda, sosyal medya kullanımı %73,5 ile en yüksek oranı göstermektedir; sağlıkla ilgili bilgi edinmek için interneti kullananların oranı %47,2'dir. Bu durum, sosyal medya kullanımının zaman içinde arttığını gösteriyor. Sağlık bilgisi

arayışı ise hala önemli bir yer tutuyor, ancak bu oran sosyal medya kullanımına kıyasla daha düşük kalmış. Bu durum, insanların sağlık bilgilerini yalnızca sosyal medya üzerinden aramak yerine, sağlıkla ilgili daha güvenilir, uzman görüşü veya araştırmalara dayalı kaynakları da tercih ettiklerini gösterebilir. James ve arkadaşlarının 2016 yılında Florida’da yaptığı çalışmada, interneti sağlık bilgisi aramak için kullananlarda daha yüksek eHEALS puanları saptanmıştır.¹¹⁶

Çalışmanızda, katılımcıların %73,1’i sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabildiklerini ifade etmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,02$). Bu yüksek oran, dijital platformların, özellikle internetin sağlıkla ilgili bilgi edinme açısından etkin ve verimli bir araç olarak kullanılmaya başlandığını göstermektedir. Yine İder tarafından, 2023 yılında bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran 270 birey üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %66,7 sinin internette sağlıkla ilgili bilgiye kolay ulaştığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰

Katılımcıların sağlıkla ilgili internette yaptığı araştırmalarda kullandığı yöntemler arasında Google, %92,0 oranıyla en yüksek olarak bulunmuştur. Türkiye’de internetin sağlık amaçlı kullanımı ile ilgili olarak 2013 yılında Social Touch tarafından 8001 katılımcı ile yapılan araştırmaya göre internette sağlıkla ilgili bilgi ararken, “aradığım bilgiyi arama motoruna yazarak karşıma çıkan bağlantıların çoğunu incelerim” diyenlerin oranı %74,45 olarak belirlenmiştir.^{111,117} Google’ı sağlıkla ilgili araştırmalar için bu kadar yaygın kullanmak, bireylerin kendi kendine tanı koyma ya da tedavi yöntemlerini araştırma eğiliminde olduğunu da gösterebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların %63,9’u dijital ortamda ilaçlar ve ilaç yan etkileri hakkında bilgi aldıklarını ifade ettiler. Katılımcıların ilaçlar ve ilaç yan etkileri hakkında bilgi arayışında olmaları, hekimlerin bu konuda sınırlı bilgi vermelerinden kaynaklanabileceği gibi, hekimlerin zaman ve kaynak yetersizlikleri, hastaların bilgi arayışı, kendi kendine tedavi eğilimleri, ilaçların potansiyel yan etkilerine yönelik kaygılar gibi faktörler, bu durumu oluşturabilir.

Çalışmamızda sağlıkla ilgili interneti tercihin internetin ucuz olmasıyla DSOÖ puanı arasında anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p=0,010$). Çalışmamız internetin ucuz olmasının dijital sağlık okuryazarlığını artırmada önemli bir rol oynadığını ve sağlık bilgilerine kolay ve hızlı erişimin, bireylerin sağlık kararları alırken dijital kaynaklara olan güvenini pekiştirdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık bilgilerine erişim nedenleri sorulduğunda, bilgiye kolay ve hızlı erişim oranı %94,1 olarak bulunmuştur. Mackintosh ve ark. tarafından Birleşik Krallık'ta kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma, sağlık sorunları olan kadınların %70'inin tıbbi karar vermeyi kolaylaştırmak için dijital kaynakları kullandığını ortaya koymuştur.¹¹⁸ Dijital kaynakların sağlık bilgilerine erişimdeki rolü, kolaylık ve hız açısından giderek daha fazla önem kazanmakta ve bu durum, sağlık okuryazarlığının arttığını gösteren bir eğilim olarak değerlendirilebilmektedir.

Katılımcıların günlük yaşantılarında cep telefonu %98,5 oranıyla en yaygın kullanılan dijital araçtı. Lee ve ark. tarafından Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında Malezya'nın Kuala Lumpur kentindeki eğitim hastanesinde hipertansiyon, diabetes mellitus ve koroner kalp hastalığı tanısı almış 276 yetişkin hasta ile yaptıkları kesitsel anket çalışmasında, hastaların %98,6'sı başta akıllı telefon olmak üzere en az bir dijital cihaza sahip olmasına rağmen dijital cihazların sağlıkla ilgili amaçlı kullanımı %58'in altındadır.¹¹⁹ Bu sonuç, dijital sağlık okuryazarlığının artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

İnternette sağlık bilgisi ararken, güvenilir kaynakları kullanmak bilgi kirliliği ve yanlış yönlendirmelerden kaçınmak için önemlidir. Bu nedenle, bireylerin dijital okuryazarlık becerilerini kullanarak doğru bilgilere ulaşmaları gerekmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %21,9'u sağlıkla ilgili internette edindikleri bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uyguladıklarını belirtti.

Türkiye'de internetin sağlık amaçlı kullanımı ile ilgili olarak 2013 yılında Social Touch tarafından 8001 katılımcı ile yapılan araştırmaya göre, internette karşısına çıkan bilgiyle ilgili ilacı kullanmaktan vazgeçtim diyenlerin oranı %41.67 olarak belirlenmiştir.^{111,117} 2019 yılında, Özkan ve ark. tarafından İzmir ilinde bir üniversite hastanesinde yatan, araştırmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri toplam 325 hastadan %54,4'ünün internette edindiği bilgileri güvenilir bulduğu saptandı.¹²⁰ Bu çalışmalar arasındaki farklılık zaman içerisinde dijital sağlık okuryazarlığının artışıyla ilişkilendirilebilir. Fisher ve ark. tarafından, 2012 yılında ABD'nin Güney Utah eyaletindeki bir aile hekimliği kliniğinde 111 hastanın %56,4'ü sağlık hizmeti sağlayıcılarının e-posta, mesajlaşma, Twitter veya mobil uygulama yöntemlerini kullanarak sağlık sorunlarını yönetmeye yardımcı olmasını istediğini belirtmiştir.^{111,121}

Dadaczynski ve ark. tarafından, 2021 yılında Almanya'nın 16 federal eyaletinin tamamındaki 130 üniversiteden 14.916 üniversite öğrencisi arasından, web tabanlı bir anket kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada dijital sağlık okuryazarlığı boyutlarında en büyük zorluklar sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliğinin değerlendirilmesi (%42,3) ve bilginin ticari bir amaçla yazılıp yazılmadığının belirlenmesi (%38,9) olarak bulunmuştur.¹²² Bu çalışma, sağlık profesyonellerinin hastalara dijital sağlık okuryazarlığı eğitimi vermesinin, hastaların güvenilir internet sitelerinden bilgi edinmeleri konusunda rehberlik sağlama açısından faydalı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızın diğer bir ölçeği olan Bulaşıcı Hastalıklar Algı Ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırıldığı çalışma literatürde yer almamaktadır. Sosyal El Yıkama Bilgi ve Tutum Anketi, COVID-19 Hastalık Algısı Ölçeği, COVID-19 Hijyen Ölçeklerinin kullanıldığı göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızda kullanılan BHYAÖ ise, diğer ölçeklerden farklı olarak bulaşma yolları ve korunmaya yönelik algıların ölçüldüğü bir ölçektir.

Çalışmamızda BHYAÖ ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır. Uğurlu ve ark. tarafından, 2020 yılında, 1660 katılımcının elektronik ortamda katıldığı çalışmada, cinsiyetle el hijyeni bilgi ve tutum puan ortalaması arasında anlamlı fark belirlenmiştir.¹²³ Örneklem sayısı ve çalışmanın yapıldığı zaman bu farklılığı doğurmuş olabilir.

Çalışmamızda BHAÖ ile eğitim durumu arasında ilişki bulunmamıştır. Karatürk ve ark. tarafından, 2023 yılında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aşı Polikliniği'ne gelen COVID-19 aşısı yaptıran 589 kişinin dahil edildiği çalışmada COVID-19 Hastalık Algısı Ölçeğiyle öğrenim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.¹²⁴

Çiçek ve arkadaşlarının 2021 yılında farklı sosyodemografik özelliklerden oluşan 837 erişkin bireyi içeren kişisel ve genel hijyenle ilgili davranışların araştırıldığı çalışmada düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların kişisel ve genel hijyen tutumlarının daha düşük olduğu görülmüştür.¹²⁵ Çalışmamızda gelir düzeyiyle BHYAÖ arasında ilişki bulunmamıştır. Gelir düzeyinin hastalık algılarına etkisi daha dolaylı ve karmaşık olabilir. Ayrıca, bulaşıcı hastalıklarla ilgili algılar, bireylerin eğitim düzeyine, sosyal çevresine ve medya tüketimine de bağlı olarak şekillenir.

Çalışmamızda BHYAÖ skoru ile medeni durum ve meslek durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer olarak, Özkan ve ark. tarafından, 2022 yılında bulaşıcı hastalıklardan biri olan COVID-19 ile ilgili birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, COVID-19 Hastalık Algısı tehlikelilik ve bulaştırıcılık alt boyutu ile medeni durum ve çalışma statüleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.¹²⁶

Çalışmamızda, katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye kolaylıkla ulaşmasıyla BHYAÖ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,023$). Katılımcıların sağlık bilgilerine kolay erişimi, onları sağlık risklerine karşı daha bilinçli hale getirmiş ve bulaşıcı hastalıklar konusunda daha doğru, güvenli ve bilinçli bir algı geliştirmelerini sağlamış olabilir. Bu bulgu, dijital sağlık okuryazarlığının ve doğru sağlık bilgilerine erişimin, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların günlük yaşamda kullandığı dijital kaynaklar cep telefonu($p=0,027$), dizüstü bilgisayar ($p=0,019$) ile BHYAÖ arasında anlamlı ilişki bulunmaktaydı. Bu araçlar, katılımcıların sağlık algılarını daha bilinçli ve doğru bir şekilde oluşturmalarına yardımcı olabilir. Ayrıca, dijital kaynaklar, sağlıkla ilgili doğru bilgi edinme ve doğru sağlık davranışlarını benimseme konusunda önemli bir rol oynamaktadır.

Çalışmamızda dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği ile bulaşıcı hastalıklara yönelik algı ölçeği arasındaki zayıf pozitif korelasyon ($r=0,17$; $p=0,003$), dijital sağlık okuryazarlığının bulaşıcı hastalık algısını etkileyebileceğini göstermektedir. Dijital sağlık okuryazarlığının artışı bulaşıcı hastalıklardan korunmada önemli bir etki olarak değerlendirilebilir.^{127,128}

Çalışmamızın araştırma sorularından biri olan DSO ile BHYA arasında bir ilişki var mıdır? sorusunu destekleyen çalışmalar literatürde mevcuttur; fakat bu ölçeklerin bulunduğu birebir çalışmalar literatürde bulunmamaktadır. Patil ve ark. tarafından, 2020 yılında, ABD’de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, COVID-19’a karşı aşı olma isteklerini daha yüksek olan bireylerle DSO puan arasında anlamlı ilişki bulundu.¹²⁹

Tran ve ark. tarafından, 2020 yılında Vietnam’daki sekiz üniversiteden 1851 hemşirelik öğrencisiyle yapılan anket çalışması sonucunda eHEALS puanı daha yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin el yıkamaya uyma olasılığı daha yüksek bulunmuştur.¹³⁰

Breanna ve ark. tarafından, 2021 yılında Güney Afrika'nın KwaZulu-Natal kırsalında, HIV ile yaşayan ve HIV'e yakalanma riski taşıyan bireyler için mHealth müdahalelerini incelemiş ve kadınların akıllı telefon sahibi olma olasılığının daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bu durum, genç kadınlar için akıllı telefon tabanlı mHealth müdahalelerinin uygun ve etkili olabileceğini göstermektedir. Ayrıca katılımcıların %91'inin sms kullanımının olması, sms aracılığıyla erişilebilen bireyler için de prezervatif kullanımının ve tıbbi erkek sünnetinin teşviki HIV bulaş riski açısından önemli mHealth müdahalelerdir.¹³¹

Aloğlu ve arkadaşlarının 2021 yılında Google Forms üzerinden 1708 gönüllüyle gerçekleştirdiği ankette, salgınla ilgili haberlere sık maruz kalmanın, katılımcıların sağlık önlemlerine karşı duyarlılıklarını artırdığı ve davranışlarını değiştirdiği görülmüştür. Katılımcılar, maske takma (%85,1), ellerini sık yıkama (%67,3), kalabalık ortamlardan kaçınmayı (%56,6) ve kırsal alanda yaşamayı (%63,2) tercih etme gibi önlemleri daha yüksek oranlarda kabul etmişlerdir.¹³²

COVID-19 salgını ile dijital iletişim teknolojileri toplum sağlığı için önemli bir rol oynamıştır.^{87,122}

Çalışmamız sonucunda DSOÖ ile BHYAÖ arasında zayıf pozitif korelasyon ($r=0,17$; $p=0,003$) gözlemlendi. Bu bağlamda birinci basamak hekimlerin dijital sağlık okuryazarlığını artırma ve bulaşıcı hastalıkların bulaşma yolları konusunda doğru bilgi sağlamada üstlendikleri sorumluluklar mevcuttur. Birinci basamak hekimleri, bulaşıcı hastalıkların bulaşma yolları hakkında halkı bilgilendirmek için önemli bir rol oynar. Bu bilgiler, insanların hastalıkları nasıl önleyebileceği konusunda bilinçlenmelerine yardımcı olur. Ayrıca, el hijyeninin, aşıların, maske kullanımının ve sosyal mesafenin bulaşıcı hastalıklardan korunmada ne kadar önemli olduğuna dair bilgilendirme yapabilirler. Birinci basamak hekimleri, özellikle bulaşıcı hastalıklar ve korunma yöntemleri hakkında hastalarını, dijital kaynaklardan doğru ve güncel bilgilere yönlendirebilirler.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran yetişkinlerin bulaşıcı hastalık algılarıyla dijital sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin araştırıldığı ve sosyodemografik faktörlerle değerlendirildiği bu çalışmaya yaş ortalaması $33,9 \pm 11,3$ olan 324 erişkin birey katılmıştır.
2. Katılımcıların DSOÖ puanları ile cinsiyetleri, meslek grupları, medeni durumları, gelir durumları, yaşadığı kişi ve kronik hastalık durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$).
3. Yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin düşük eğitim düzeyinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek DSOÖ puanları gözlenmiştir ($p=0,037$). Lise mezunlarının DSOÖ değerinin ilkökul mezunlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,007$).
4. Sağlık durumu kötü ve çok kötü olanların DSOÖ puanlarının; sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlara göre DSOÖ değerinin anlamlı olarak düşük olduğu tespit edildi ($p=0,005$).
5. Katılımcılardan sağlıkla ilgili bilgi için internet kullananların DSOÖ puanları kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,009$).
6. Katılımcıların DSOÖ puanları ile sağlık kuruluşlarından randevu alma platformlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde MHRS, Alo 182 ve doğrudan hastaneden randevu alma seçeneklerine göre DSOÖ puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
7. Günlük internet kullanım süresi ve dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığına göre de DSOÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).
8. İnterneti kullanım amacına göre değerlendirildiğinde, oyun oynamak, sosyal medya kullanmak, sağlıkla ilgili bilgi edinmek, alışveriş ve araştırma yapmak, haber okumak gibi amaçlara göre DSOÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

9. Katılımcıların DSOÖ puanlarıyla sağlıkla ilgili dijital ortamda araştırma yapma durumu ve sağlık web sitelerine yönlendiren nedenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
10. Katılımcılardan internette sağlıkla ilgili bilgiye kolaylıkla ulaşabilme durumuna “evet” seçeneğini tercih edenlerin, “bazen” ve “hayır” seçeneğini tercih edenlere göre DSOÖ puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,002$).
11. Katılımcıların DSOÖ puanlarıyla sağlıkla ilgili internetten yaptığı araştırmalarda kullandığı siteler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
12. Katılımcıların DSOÖ puanlarıyla dijital ortamda sağlıkla ilgili okudukları bilgiler (Hastalıklar ile ilgili güncel sağlık haberleri, hastaneler ve sağlık profesyonelleri hakkında bilgi alma, tanımlayıcı ve alternatif tedaviler, doğal bitkisel tedaviler, ilaçlar ve ilaç yan etkileri) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
13. Sağlık ilgili problemlere cevap ararken interneti tercih etme nedenlerinden “ucuz olması” seçeneğine evet yanıtı veren katılımcıların DSOÖ puanı hayır diyenlerinkinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p>0,010$).
14. Katılımcıların DSOÖ puanlarıyla günlük yaşantılarında kullandıkları dijital araçlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
15. Şimdiye kadar sağlıkla ilgili internetten edindi bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uygulama durumu ile DSOÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
16. Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Algı Ölçeği bulguları incelendiğinde, cinsiyet açısından erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
17. BHYAÖ değeri ile meslek grupları, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşadığı kişi açısından da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
18. BHYAÖ değeri ile sağlık durumu değerlendirilmesi, kronik hastalık durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
19. BHYAÖ değeri ile sağlıkla ilgili bilgiye erişim kaynakları arasında dergi ve gazeteleri kullananlar, aile üyelerinden bilgi alanlar, interneti sağlık bilgisi

için kullananlar, sağlık personelinden bilgi alanlar, sosyal medyadan bilgi alan, radyo/televizyon programlarından bilgi alan ve kitap veya broşürlerden bilgi alan bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

20. Katılımcıların BHAÖ değerleri ile sağlık kuruluşlarından randevu alma platformlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
21. Katılımcıların günlük internet kullanım süresi, dijital ortamlarda sağlıkla ilgili arama yapma sıklığı, interneti kullanım amaçları, sağlıkla ilgili dijital ortamlarda araştırma yapma durumu, sağlık web sitelerine yönlendiren nedenler, araştırma yapılan platformlar, sağlıkla ilgili okunan bilgiler, sağlıkta interneti tercih etme durumu BHYAÖ skorunda benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$).
22. Katılımcılardan internette sağlıkla ilgili bilgiye kolaylıkla ulaşan bireylerin ulaşmayanlara göre anlamlı olarak yüksek DSOÖ puanı saptanmıştır ($p=0,023$).
23. Katılımcılardan günlük yaşantılarında kullandığı dijital kaynaklardan cep telefonu kullananların kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek BHYAÖ puanı saptanmıştır ($p=0,027$).
24. Katılımcılardan günlük yaşantılarında kullandığı dijital kaynaklardan cep telefonu kullananların kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek BHYAÖ puanı saptanmıştır ($p=0,019$).
25. BHYAÖ genel skoru ile BHYAÖ toplam arasında çok güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).
26. BHYAÖ bulaş ile BHYAÖ genel skoru arasında da güçlü bir pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0,001$).
27. BHYAÖ genel skoru ile DSOÖ'nün bilgi ($p=0,092$), güvenilirliğin değerlendirilmesi ($p=0,638$) ve ilgi ($p=0,343$) boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf ilişkiler bulunurken, BHYAÖ genel ile DSOÖ'nün yön bulma becerileri ($p=0,004$), içerik ekleme ($p=0,008$) ve gizlilik ($p<0,001$) boyutları arasında zayıf ama anlamlı pozitif ilişkiler gözlemlenmiştir. BHYAÖ bulaş boyutu ile DSOÖ genel skoru arasında zayıf fakat anlamlı bir pozitif ilişki ($p=0,010$) bulunmuş, ayrıca BHYAÖ bulaş ile DSOÖ'nün gizlilik boyutu arasında zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

($p=0,001$). BHYAÖ toplam ile DSOÖ genel skoru arasında da anlamlı ve zayıf bir pozitif ilişki ($p=0,003$) bulunmuştur. BHYAÖ toplam ile DSOÖ'nün bilgi boyutu arasında anlamlı olmayan zayıf bir ilişki saptanmıştır. ($p=0,074$).

6.2. Öneriler

1. Eğitim düzeyi ve sağlık durumu gibi faktörlerin dijital sağlık okuryazarlığını etkilediği, ancak cinsiyet, meslek ve medeni durumun bu konuda belirleyici bir rol oynamadığı sonucuna varılmıştır. Bu veriler, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık bilgisine ulaşım konusunda daha etkili stratejilerin geliştirilmesi için bir temel oluşturabilir.
2. Sağlık bilgilerini doğrulamadan uygulama oranının %21,9 olması, bilgi okuryazarlığı konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, sağlık hizmetleri sunucuları ve politika yapıcılar için, dijital sağlık bilgilendirme stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemli ipuçları sunmaktadır.
3. Dijital sağlık okuryazarlığının artırılması için internetin etkili bir araç olarak kullanılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, sağlık bilgilerine erişim süreçlerinin iyileştirilmesi ve bireylerin bu bilgilere ulaşmalarını kolaylaştıracak eğitim programları ve dijital sağlık platformlarının geliştirilmesi önemlidir. Bireylere yönelik dijital platformlar üzerinden bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgilendirici kampanyalar düzenlenebilir.
4. Sağlık profesyonellerinin dijital sağlık okuryazarlığını artırmak için 'hasta bilişimi' gibi derslerin eğitim programlarına entegrasyonunun önemini ortaya koymaktadır. Bireylerin sağlık bilgisine erişim yollarını etkili bir şekilde yönlendirebilmek için, sağlık profesyonellerinin dijital araçları etkin bir şekilde kullanabilmesi gerekmektedir. Bu eğitim, profesyonellerin hasta ile iletişim kurarken daha bilinçli ve etkili olmalarını sağlayabilir.
5. Sağlık çalışanları dijital ortamda güvenilir bilgi kaynakları konusunda bilinçlendirildiğinde, hastaların doğru bilgilere ulaşmalarını kolaylaştırabilirler.
6. Birinci basamak hekimleri, dijital platformlarda aktif olarak yer alarak doğru bilgilerin yayılmasına katkı sağlayabilir.

7. “Orta” düzeyde sağlık durumu bildiren bireylerin desteklenmesi, sağlık eğitim programlarının artırılması ve kronik hastalığı olan bireylerin daha iyi yönetim stratejilerine erişimi sağlanması önemlidir.
8. Bulaşıcı hastalıkların teşhis ve yönetimini desteklemek amacıyla, toplum sağlığı çalışanları ve hemşirelerin eğitimine yönelik finansal yatırımların yapılması gerekmektedir.
9. Dijital sağlık okuryazarlığı konusunda toplumun her kesimine yönelik kitap, dergi, e-broşür gibi bilgilendirici materyallerin sayısı çoğaltılmalıdır.
10. Günümüzde medyanın çok aktif bir rol üstlendiği düşünülerek, toplumu sağlık okuryazarlığı konusunda bilgilendirmek için medya kanallarından da yararlanılmalıdır.
11. İnfodeminin azaltılması için sadece bilgiyi sunmakla değil; politika yapıcıların desteği ve bireylerin aktif katılımı ile topluca bir eğitim ve farkındalık süreci yürütülmelidir. Bu sayede, dijital sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyen müdahale programları hem karar alıcıların hem de sağlık personelleri ve hastaların katılımıyla daha güçlü hale gelecektir.
12. Mobil uygulamalar, bulaşıcı hastalıklar konusunda hastaların bilgi düzeyini ve farkındalığını artırmada güçlü bir araç olabilir. Eğitim, topluluk desteği ve kişiselleştirilmiş bilgiler sunarak, bireylerin sağlıklarını yönetmede daha proaktif olmalarını teşvik edebilir.
13. Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü profesyonellerine güvenilir bilgi kaynakları listesini temin edebilir.
14. Sağlık Bakanlığı, sağlık bilgisi sağlayan internet, sosyal medya ve mobil sağlık uygulamalarındaki içeriklerin denetimini yaparak, doğruluğu, güvenilirliği ve bilimselliği onaylanmış bilgileri halkla paylaşabilir.
15. Sağlık Bakanlığı, sosyal medya kullanıcılarına sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilgi sağlamak için bir sosyal medya kullanım kılavuzu geliştirebilir.

6.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın belli bir süre içinde belirli bir popülasyona yönelik olması çalışmamızın genel popülasyona genellebilirliğini kısıtlayabilir.

6.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri

- Daha önce bu konuda yapılmış bir çalışmanın olmaması, araştırmanızın güçlü yanlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamız bu alandaki bilimsel boşluğu gidermek ve yeni bir bilgi tabanı oluşturmak açısından son derece önemlidir. Sağlık alanında dijital okuryazarlık ile bulaşıcı hastalık algısı arasındaki ilişki, günümüzde dijitalleşmenin artmasıyla daha da ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla, bu tür bir çalışma, literatürdeki eksiklikleri gidermek ve yeni perspektifler sunmak için önemli bir adım olabilir.
- Diğer araştırmacılar, bulgularımızı kullanarak daha geniş örneklem gruplarıyla çalışabilir, farklı coğrafi bölgelerde benzer araştırmalar yapabilir veya bu alanda yeni hipotezler geliştirebilirler.

7. KAYNAKLAR

1. **Yılmazel G, Çetinkaya F.** Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. C. 15, TAF Preventive Medicine Bulletin. *Gulhane Military Medical Academy*, **2016**; 69-7.
2. **Ekinci Y, Tutgun-Ünal A, Tarhan N.** Dijital Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Alanyazın İncelemesi. *Bayterek Uluslararası Akademik Araştırmalar Dergisi*, **2021**; 4(2):148-65.
3. **Saygın E, Tolon M, Doğan B, Atalay KD.** Covid-19 Pandemi döneminde e-sağlık okuryazarlığının incelenmesi üzerine bir araştırma. *3 Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*. **2021**.
4. **Aydan S.** Covid-19 pandemisi döneminde e-sağlık okuryazarlığının artan önemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2022**; 25.
5. **Castro-Sánchez E, Chang PWS, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH.** Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases. Elsevier*, **2016**; 43:103-10.
6. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele rehberi. *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*, Ankara, **2017**.
7. **Hayran O.** Kronik/Bulaşıcı olmayan hastalıklarda politikalar ve hastalık yönetim-Eylül, **2019**.
8. Sağlık Bakanlığı. Temel sağlık hizmetleri genel. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. **2011**.
9. **Utma S.** Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, **2019**; 5:223-31.
10. **İder Z.** Vatandaşlara Yönelik Dijital Sağlık Okuryazarlığı Yeterlilikleri Ölçeği’nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2023**.
11. **DursunTanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE.** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağ-lık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası; Ankara, **2014**.
12. **Özdemir S, Akça H.** Türkiye’de sağlık okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2021**; 28(3):535-6.
13. **Bilir N.** Sağlık okur-yazarlığı (*). *Turk J Public Health*. **2014**; 12.

14. **Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd.** Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. **2012**; 12.
15. **Don N.** Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*. **1998**; 13(4):349-68.
16. European Commission: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Com 630 final **2007**.
17. **Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA.** Public health literacy defined. *Am J Prev Med*, **2009**; 36(5):446-451.
18. **Akran SK.** Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Sistemik Derleme. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, **2021**; 7(15):143-168.
19. **Nutbeam D.** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, **2000**; 3:259-267.
20. **Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y.** Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **2018**; 14(1):67-88.
21. **Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H.** Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **2016**; 15(4):354-62.
22. **Inoue M, Takahashi M, Kai I.** Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract*. **2013**; 14.
23. **Temel AB, Çimen Z.** Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2015**; 33(3):105-125.
24. **Yılmaz M, Tiraki Z.** Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2016**; 9(4):142-147.
25. **Bittlingmayer UH, Dadaczynski K, Sahrai D, van den Broucke S, Okan O.** Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, **2020**; 63(2):176-84.
26. **Kozan M, Özek MB.** Böte bölümü öğretmen adaylarının dijital okuryazarlık düzeyleri ve siber zorbalığa ilişkin duyarlılıklarının incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2019**; 29(1):107-120.

27. **Ertay H, Kiraç R, Demir RN.** Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Investigation Of The Relationship Between Digital Literacy And E-Health Literacy [Internet]. **2019**. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/336881847>.
28. **Temür BN, Aksoy N.** Hastalık Yönetiminde Dijital Sağlık Okuryazarlığı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2022**; 15(3):413-417.
29. **Chan CV, Kaufman DR.** A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers. *JMIR*. **2011**; 13(4):94
30. **Kim H, Xie B.** Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. **2017**; 100(6):1073-82.
31. **Kemp E, Trigg J, Beatty L, Christensen C, Dhillon HM, Maeder A, Williams P, Koczwara B.** Health literacy, digital health literacy and the implementation of digital health technologies in cancer care: the need for a strategic approach. *Health Promotion Journal of Australia*, **2020**; 32(1):104-114.
32. **Tarhan N, Tutgun-Ünal A, Ekinçi Y.** Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, **2021**; 17(37):4253-4297.
33. **Faiola A, Papautsky EL, Isola M.** Empowering the Aging with Mobile Health: A mHealth Framework for Supporting Sustainable Healthy Lifestyle Behavior. *Curr Probl Cardiol*. **2019**; 44(8):232.
34. **Majidova K, Handfield J, Kafi K, Martin RD, Kubinski R.** Role of Digital Health and Artificial Intelligence in Inflammatory Bowel Disease: A Scoping Review. *Genes*, **2021**.
35. **Yin B, Goldsmith L, Gambardella R.** Web-based education prior to knee arthroscopy enhances informed consent and patient knowledge recall: a prospective, randomized controlled study. *JBJS*. **2015**; 97(12):964-971.
36. **Cook DJ, Moradkhani A, Douglas KSV, Prinsen SK, Fischer EN, Schroeder DR.** Patient education self-management during surgical recovery: combining mobile (iPad) and a content management system. *Telemed J E Health*. **2014**.
37. **Erdoğan E, Uyan-Semerci P, Eyolcu-Kafalı B, Çaytaş Ş.** İnfodemi ve bilgi düzensizlikleri : kavramlar, nedenler ve çözümler. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, **2022**:263.
38. **Ziapour A, Malekzadeh R, Darabi F, Yıldırım M, Montazeri N, Kianipour N, vd.** The role of social media literacy in infodemic management: a systematic review. *Front Digit Health*. **2024**; 6:1277499.
39. **Pennycook G, McPhetres J, Zhang Y, Lu JG, Rand DG.** Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. *Psychol Sci*. **2020**; 31(7):770-80.

40. **Yavuz A.** Bilgi kirliliği ve bireysel sorumluluk: salgın deneyimimiz. *MSGSÜ Sosyal Bilimler*, **2020**; 2(22):203-217.
41. **Vosoughi S, Roy D, Aral S.** The spread of true and false news online [Internet]. Erişim adresi: <https://www.science.org>
42. **Arslan Ş.** Sosyal Medya ve Dezenformasyon Tehdidinde Gazetecilik. *Aksaray İletişim Dergisi*, **2022**; 4(2):107-34.
43. **Aydın AF.** Sosyal Medyada Dezenformasyon ve Manipülasyon: 2023 Kahramanmaraş Depremi Örneği. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, **2023**; 12(5):2603-24.
44. **Eroğlu Ş, Çakmak T.** Post-truth dönemini anlamak: hacettepe üniversitesi bilgi ve belge yönetimi bölümü öğrencilerinin yeni medya araçları kapsamında bilgi bozuklukları ve doğrulama algılarının değerlendirilmesi. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*. **2020**.
45. Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları, *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, **2020**; 30:19-26.
46. **Yurdakul ES.** Tarihte Önemli Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, **2015**; 1(3):1-6.
47. **Öztürk ENY, Uyar M.** Bulaşıcı Hastalıkların Türkiye'de ve Dünya'da Güncel Durumu ve Türkiye'de Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2022**; 31(4):254-263.
48. **Elçi İH.** Salgın hastalıkların kısa tarihi. *AREL USAM Stratejik Bakış*, **2020**.
49. **Parıldar H, Dikici MF.** Pandemiler tarihi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, **2020**; 12(1):1-8.
50. <https://www.who.int/immunization/diseases/typhoid/en/> Erişim Tarihi:28/05/2024.
51. <https://www.hssgm.gov.tr/> Erişim tarihi: 30/05/2024.
52. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/lepra>. Erişim Tarihi: 29/05/2024.
53. klimik.org.tr/2003/03/01/klinik-mikrobiyoloji-ve-infeksiyon-hastaliklari-klimik-derneeginin-cicek-ve-cicek-asisi-konusundaki-gorusleri/ Erişim Tarihi: 27/05/2024.
54. <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html> Erişim tarihi: 31/05/2024.
55. **Sherman IW.** Çeviren. Emel Tümbay, Mine Anğ Küçüker. Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık. İş Bankası Kültür Yayınları, **2016**.

56. **Nikiforuk A.** Mahşerin Dördüncü Atlısı, Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi. Erkanlı S, çev. ed: İletişim Yayınları, Tarih Dizisi 12 ISBN-13: 978-975-4 70-853-0 © 2000 İstanbul 7. Baskı 2018 <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/world-malaria-report-2019> Erişim Tarihi: 29/05/2024.
57. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/world-malaria-report-2019> Erişim Tarihi: 29/05/2024.
58. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html>, Erişim Tarihi: 31/05/2024.
59. <https://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=2846>. Erişim Tarihi: 29/05/2024.
60. **Oysul FG.** MERS (Ortadoğu Solunum Yolu Sendromu). *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, **2015**; 1(3):46-52.
61. **World Health Organization (WHO).** Coronavirus disease (COVID-19) 2021. Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID-19>, Erişim Tarihi: 13.05.2024.
62. **World Health Organization (WHO).** Coronavirus disease (COVID-19) dashboard 2022. Erişim adresi: <https://covid19.who.int/>, Erişim Tarihi: 31.05.2024.
63. 1593 sayılı ve 24.04.1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>, Erişim tarihi: 11.05.2024.
64. 25.02.2008 tarihli Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Erişim adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42937/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html>, Erişim adresi: 11.05.2024.
65. 27.03.2014 tarihli Salmonella ve Belirlenmiş Diğer Gıda Kaynaklı Zoonotik Etkenlerin Kontrol Altına Alınması Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=19510&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 11.05.2024.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye zoonotik hastalıklar eylem planı (2019-2023). 1. Baskı. Ankara, 2019. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-vektorel-hastaliklar-db/daire-baskanligi/eylem_plani/Zoonotik_Hastaliklar_Eylem_Pani.pdf, Erişim tarihi: 10.05.2024.
67. 30.05.2007 tarihli Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=11347&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 11.05.2024.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı. Lejyoner hastalığı kontrol programı rehberi. 1. Baskı. Ankara, 2016. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/Lejyoner/Lejyoner_Hastalik_Rehberi/Lejyoner_Hastaligi_Kontrol_Programi_Rehberi_24072018.pdf, Erişim tarihi: 09.05.2024.

69. . T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye viral hepatit önleme ve kontrol programı (2018-2023). 1. Baskı. Ankara, 2018. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar/db/duyurular/Turkiye_Viral_Hepatit_Onleme_ve_Kontrol_Programi/Turkiye_Viral_Hepatit_Onleme_ve_Kontrol_Programi_TR.pdf, Erişim tarihi: 10.05.2024.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye HIV/AIDS kontrol programı (2019-2024). 1. Baskı. Ankara, 2019. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-/hastaliklar/HIVADS/TaniTedaviRehberi/HIV_AIDS_Kontrol_Programi.pdf, Erişim tarihi: 10.05.2024.
71. **Bayazıt Y.** Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, **2005**; 62(1):73-76.
72. **Güler Ç, Akın L.** Halk sağlığı temel bilgiler. 3. baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi yayınları, **2015**:1350-53.
73. **Ener D, Çetinkaya F.** A Scale Development and Validation Study: Communicable Diseases Risk Awareness and Protection Scale. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, **2022**; 85(2):258-269.
74. **Tezcan SG.** Temel epidemiyoloji. 1. baskı. Ankara: Hipokrat Kitabevi, **2017**:179-198.
75. **Aksakoğlu G.** Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi, **2008**.
76. **Strijbos RM, Hinnen JW, van den Haak RFF, Verhoeven BAN, Koning OHJ.** Inadequate Health Literacy in Patients with Arterial Vascular Disease. *J Vasc Surg*. **2018**; 68(3):938.
77. **Okyay P, Abacıgil EF.** Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. **2016**.
78. **Özdemir S, Akça HŞ, Algin A, Kokulu K.** Health Literacy in The Emergency Department: A Cross-sectional Descriptive Study. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*. **2020**; 19(2):94-7.
79. **Türkoğlu Ç.** Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, **2016**.
80. **İbrahimoglu Ö, Saray Kılıç H, Mersin S.** Fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler: Bilecik İli Örneği. *Sağlık ve Toplum*, **2019**; 29(3).
81. **Arslan ENM, Edirne T, Özşahin A, Çiğdem A.** Bir Üniversite Hastanesindeki Aile Hekimliği Poliklinik Hastalarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Etkenler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, **2021**; 11(3):588-95.
82. **Kaya B, Top FÜ.** Hemşirelik Öğrencilerinin Dijital Okuryazarlık, Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2024**; 13(1):243-252.

83. **Liu S, Zhao H, Fu J, Kong D, Zhong Z, Hong Y, Tan J, Luo Y.** Current status and influencing factors of digital health literacy among community-dwelling older adults in Southwest China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. **2022**; 22(1):996.
84. **Zibrik L, Khan S, Bangar N, Stacy E, Novak Lauscher H, Ho K.** Patient and community centered eHealth: Exploring eHealth barriers and facilitators for chronic disease self-management within British Columbia's immigrant Chinese and Punjabi seniors, *Health Policy and Technology*, **2015**; 4(4):348-356.
85. **Wei Y, Zhou Y.** Yaşlı yetişkinler arasında dijital sağlık okuryazarlığı ve sağlık arasındaki ilişkide egzersiz sıklığı ve süresinin aracılık edici etkisi: Kesitsel bir çalışma. *Tıp (Baltimore)*. **2024**; 103(42):39877.
86. **İlgar Y, Bilgili N.** Yaşlı Bireylerde E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve Dijital Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı. *Euroasia Journal Of Social Sciences & Humanities*, **2023**; 10(32):126-135.
87. **Zakar R, İkbal S, Zakar MZ, Fischer F.** COVID-19 ve sağlık bilgisi arama davranışı: Pakistan'daki üniversite öğrencileri arasında dijital sağlık okuryazarlığı anketi. *Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi*, **2021**; 18(8):4009.
88. **Erbir M.** Hemşirelik mesleğinde dijital okuryazarlık: Kayseri ili örneği. *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, **2021**; 7(2):336-352.
89. **Doğan S.** Dünyada ve Türkiye'de Belgelendirilmiş Dijital Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, **2021**; 8(71):1588-1597.
90. **Herselman M, Botha A, Toivanen H, Myllyoja J, Fogwill T, Alberts R.** A Digital Health Innovation Ecosystem for South Africa, Paper Presented at the IST-Africa Week Conference, **2016**.
91. **Hudes MK.** Dijital Sağlıkta inovasyonu teşvik etmek: yeni bir ekosistem. *2017'de Pan Pacific Mikroelektronik Sempozyumu (Pan Pacific)* **2017**:1-6.
92. **Üsküz E, Akçam FZ, Kişioğlu AN, Önal Ö, Evcil FY, Doğan E, ve ark.** COVID-19'un "Normalleşme" Sürecinde Hastaların Sağlık Kurumlarını Kullanmaları Pandemi ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta, **2021**.
93. **Başkan E.** Kütahya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-49 Yaş Grubu Kadınlardaki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın, **2024**.
94. **Durmaz Y, Yayan E, Sezgin H.** Sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı kavramı hakkındaki bilgi düzeyi. *Korunulmuş Tıp Dergisi*, **2016**; 8(2):114-117.

95. **Demir Gökmen B.** Development of the Perceptions About Infectious Diseases Scale. *Journal of Nursing Measurement*, **2022**; 30(4).
96. **Çetin M, Gümüş R.** Research into the relationship between digital health literacy and healthy lifestyle behaviors: an intergenerational comparison. *Frontiers in Public Health*, **2023**; 11:1259412.
97. **Van Der Vaart R, Drossaert C.** Development of the Digital Health Literacy Instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *J Med Internet Res*. **2017**; 19:27.
98. **Şahin G, Seçer Ş.** Sağlık Çalışanlarının Dijital Okuryazarlık Düzeyleri Hakkında Bir Analiz: İzmir Örneği. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2024**; 13(2):93-126.
99. **Xu RH, Zhou LM, Wong ELY, Wang D.** The association between patients' eHealth literacy and satisfaction with shared decision-making and well-being: multicenter cross-sectional study. *Journal of medical Internet research*, **2021**; 23(9):26721.
100. **Arcury TA, Sandberg JC, Melius KP, Quandt SA, Leng X, Latulipe C, et al.** Yaşlı Yetişkin İnternet Kullanımı ve eSağlık Okuryazarlığı. *Uygulamalı Gerontoloji Dergisi*, **2020**; 39(2):141-150.
101. **Adil A, Usman A, Khan NM, Mirza FI.** Adolescent health literacy: factors effecting usage and expertise of digital health literacy among universities students in Pakistan. *BMC Public Health*, **2021**; 21:1-6.
102. **Keles A, Arıkan O, Hamid-Zada İ, Somun UF, Baydili KN, Yildirim A.** Exploring the impact of digital health literacy on quality of life in patients undergoing retrograde intrarenal surgery for kidney stone treatment: a prospective, single-center study. *Urolithiasis*. **2024**; 52(1):77.
103. **Alipour J, Payandeh A.** Assessing the level of digital health literacy among healthcare workers of teaching hospitals in the southeast of Iran. *Inform Med Unlocked*. **2022**; 29:100868.
104. **Stellefson ML, Shuster JJ, Chaney BH, Paige SR, Alber JM, Chaney JD, Sriram PS.** Web-based Health Information Seeking and eHealth Literacy among Patients Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Health Commun*. **2018**; 33(12):1410-1424.
105. **Wong DK, Cheung MK.** Hong Kong'da Birinci Basamak Kliniğine Devam Eden Hastalar Arasında Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama ve e-Sağlık Okuryazarlığı: Kesitsel Bir Anket. *J Med Internet Res*. **2019**; 21(3):10831.
106. **Kayabalı K.** İnternet ve Sosyal Medya Evreninde Sağlık, *İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi*, 2011; 25:14-20.
107. **Arslan ET, Demir H.** Üniversite Öğrencilerinin Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kaydı Yönetimine İlişkin Görüşleri. *Aksaray Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, **2017**; 9(2):17-36.

- 108. Kumar S, Nilsen WJ, Abernethy A, Atienza A, Patrick K, Pavel M, Swendeman D.** Mobile health technology evaluation, *Am J PrevMed*, **2013**; 45(2):228-236.
- 109. Kilit DÖ, Eke E.** Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: ısparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2019**; 22(2):401-436.
- 110. Renganathan L, Ray S, Nagpal D.** Use of internet for accessing healthcare information among patients in an outpatient department of a tertiary care center. *Journal of Marine Medical Society*, **2017**; 19(1):15-17.
- 111. Çoban T, Korkmaz A, Aslan D.** Sosyal Medya ve İnternetin Sağlık Alanında (Etkili) Kullanımı: Sorunlar ve Öneriler. *Sağlık ve Toplum*, **2023**; 33(1).
- 112. Görkemli N.** Sağlık iletişimde internet kullanımı üzerine bir araştırma. **2017**.
- 113. Salar S, Duran S.** Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yaşlı Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, **2023**; 10(2):396-412.
- 114. Orhan M, Sayar B, Biçer EB.** Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırılması: sağlık bilimleri lisans ve lisansüstü öğrencileri üzerine bir araştırma. *Bandırma Onyed Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2020**; 2(3):141-157.
- 115. Vicente MR, Madden G.** Assessing eHealth skills across Europeans, *Health Policy Technol*. **2017**; 6(2):161-168.
- 116. James DC, Harville C. II.** eHealth literacy, online help-seeking behavior, and willingness to participate in mhealth chronic disease research among African Americans, Florida, 2014–2015. *Preventing Chronic Disease*, **2016**:13-16.
- 117. Social Touch.** Türkiye’de İnternetin Sağlık Bilgi ve Hizmetlerine Ulaşma Amaçlı Kullanım Alışkanlıkları. Eylül, 2013. [Internet] http://www.socialtouch.com.tr/Turkiyede_internetin_saglik_amacli_kullanimi_eylul2013.pdf, Erişim: 04.02.2024.
- 118. Mackintosh N, Agarwal S, Adcock K, Armstrong N, Briley A, Patterson M, et al.** Online resources and apps to aid self-diagnosis and help seeking in the perinatal period: A descriptive survey of women’s experiences. *Midwifery*, **2020**; 90:102803.
- 119. Lee WL, Lim ZJ, Tang LY, Yahya NA, Varathan KD, Ludin SM.** Patients’ technology readiness and eHealth literacy: implications for adoption and deployment of eHealth in the COVID-19 era and beyond. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, **2022**; 40(4):244-250.
- 120. Özkan Ö, Solak M, Yılmaz E, Özçelik CS.** Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Yönelik Bilgi Edinmede İnterneti Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**; 22(2):105-113.

121. Fisher J, Clayton M. Who gives a tweet: assessing patients' interest in the use of social media for health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, **2012**; 9(2):100-108.
122. Dadaczynski K, Okan O, Messer M, Leung A, Rosario R, Darlington E, Rathmann K. Digital health literacy and web-based information-seeking behaviors of university students in Germany during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, **2021**; 23(1):24097.
123. Uğurlu YK. COVID-19 salgını sırasında Türk toplumunun sosyal el yıkama bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, **2020**; 10(4):617-624.
124. Karatürk M, Güneş NA. Üçüncü basamak bir hastanede COVID-19 aşısı yaptıran bireylerin COVID-19 hastalık algısı ve aşıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, **2023**; 14(3):150-163.
125. Çiçek B, Şahin H, Erkal S. COVID-19 Salgın Döneminde Bireylerin Kişisel ve Genel Hijyen Davranışlarının İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **2021**; 20(80):2157-2173.
126. Özkan F, Yiğit İ. Birinci basamak sağlık çalışanlarının koronavirüs salgını sürecinde covid-19 aşısına yönelik tutumları ve covid-19 hastalık algıları. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, **2022**; 10(1):401-413.
127. Jafree SR, Bukhari N, Muzamill A, Tasneem F, Fischer F. Koronavirüs çağında Pakistan'ın birinci basamak sağlık hizmetlerinde anne, çocuk ve aile sağlığını desteklemek için dijital sağlık okuryazarlığı müdahalesi: randomize kontrollü bir çalışma için çalışma protokolü. *BMJ Açık*. **2021**; 11(3):045163.
128. Sultan F, Han A. Pakistan'da bulaşıcı hastalıklar: açık ve mevcut bir tehlike. *Neşter*, 3 Jafree, **2013**; 81(9884):2138-2140.
129. Patil U, Kostareva U, Hadley M, Manganello JA, Okan O, Dadaczynski K, Massey PM, et al. Health literacy, digital health literacy, and COVID-19 pandemic attitudes and behaviors in U.S. college students: Implications for interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **2021**; 18(6):3301-15.
130. Tran HTT, Nguyen MH, Pham TTM, Kim GB, Nguyen HT, Nguyen NM, et al. Predictors of eHealth Literacy and Its Associations with Preventive Behaviors, Fear of COVID-19, Anxiety, and Depression among Undergraduate Nursing Students: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **2022**; 19(7):3766.
131. Campbell BR, Choi K, Neils MG, Canan C, Moll A, Dillingham R, Shenoi SV. Kırsal ve kaynakların sınırlı olduğu bir ortamda yüksek riskli HIV bireyleri arasında cinsiyete göre mobil cihaz kullanımı. *Telemed J E Sağlık*. **2021**; 27(6):615-624.
132. Aloğlu N, Sönmez M. Türkiye'de covid-19 pandemisi ve aşısına yönelik tutum ve davranışların bazı değişkenler ile incelenmesi, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2021**; 7:3520-535.

8. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

HASTA GRUBU: ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE(EASM) BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLER

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI: ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EASM'YE BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN BULAŞICI HASTALIK ALGILARI İLE DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Bulaşıcı hastalıklar toplumda büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların oluşturduğu tehdidi durdurmak için çok faktörlü müdahaleler çok önemlidir. Çok faktörlü müdahaleler arasında bireylerin dijital sağlık okuryazarlığı önemli bir konumda bulunmaktadır. Dijital sağlık okuryazarlığı ile bilginin etkili kullanımı toplum sağlığı için etkili bir faktör olmaktadır. Dijital sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması bireylerin internette sağlıkları ile ilgili doğru bilgilere erişememelerine ve yanlış bilgilere inanarak yanlış tanı, tedavi ve sağlık davranışları edinmelerine yol açmaktadır. Sağlık profesyonellerinin toplumu uygun bir şekilde yönlendirmesi, toplumun dijital sağlık okuryazarlığı konusunda bilgilendirilmesi ve sağlık kuruluşlarının da dijital platformlarda aktif rol almaları önemli hale gelmektedir. Çalışmamızda bulaşıcı hastalık algısı ile dijital sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki araştırılacaktır.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Tarih:

Adı-Soyadı:

Katılımcı

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adı,soyadı:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

Ek 2. Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın c) Diğer

3. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev Kadını
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Sağlık Çalışanı
- e) Emekli
- f) Diğer.....

4. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar

5. Eğitim Durumunuz nedir?

- a) Okuryazar
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Ön lisans
- f) Lisans
- g) Yüksek lisans
- h) Doktora

6. Gelir durumunuz nedir?

- a) Asgari ücret altı
- b) Asgari ücret
- c) Asgari ücret-30.000 TL
- d) 30.000-50.000 TL
- e) 50.000 TL üstü
- f) Düzenli bir gelirim yok.

7. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız
- b) Arkadaşlarımla
- c) Çocuklarımla
- d) Eşim ve çocuklarımla
- e) Anne-baba ve kardeşlerimle
- f) Eşim-çocuklarım ve diğer akrabalarımla
- g) Anne-baba-kardeşlerim ve diğer akrabalarımla
- h) Diğer:.....

8. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok kötü
- b) Kötü
- c) Orta
- d) İyi
- e) Çok iyi

9. Kronik sağlık sorununuz var mı?

- a) Var
- b) Yok

10. Kronik sağlık sorununuz varsa nedir/nelerdir?

11. Sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Dergi, gazete
- b) Aile üyeleri
- c) İnternet
- d) Sosyal medya
- e) Sağlık personeli
- f) Radyo/Televizyon programları
- g) Kitap/Broşür
- h) Diğer(lütfen belirtiniz):.....

12. Sağlık kuruluşlarından randevuyu hangi platformlardan alırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) MHRS
- b) Alo 182
- c) Hastane
- d) Diğer(lütfen belirtiniz):.....

13. Günlük internet kullanım süreniz nedir?

- a) Günde 0-1 saat
- b) Günde 1-3 saat
- c) Günde 4-10 saat
- d) Günde 10 saat ve üstü

14. Dijital ortamlarda ne sıklıkla sağlıkla ilgili arama yaparsınız?

- a) Her gün
- b) Haftada 3-4 kez
- c) Haftada 1-2 kez
- d) Ayda 1-2 kez

15. İnterneti hangi amaç için kullanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Oyun oynamak
- b) Sosyal medya kullanmak
- c) Sağlıkla ilgili bilgi edinmek
- d) Alışveriş yapmak
- e) Haber okumak
- f) Araştırma yapmak
- g) Diğer (lütfen belirtiniz).....

16. Sağlıkla ilgili dijital ortamda hiç araştırma yaptınız mı?

- a) Dijital ortamda en az bir kez sağlık araştırması yaptım
- b) Hiç araştırma yapmadım

17. Sizi sağlık web sitelerine yönlendiren nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Görsel ve yazılı basım (film, radyo, televizyon)
- b) Sosyal ağlar (Facebook, twittwe, instagram)
- c) Arama motoru (Google vs)
- d) Dijital reklamlar
- e) Yakınlarımdan tavsiyesi

18. İnternette sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabiliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bazen

19. Sağlıkla ilgili internetten yaptığınız araştırmalarda aşağıdakilerden hangilerini kullanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|---------------|----------------------------|
| Google () | Sağlık Siteleri () |
| Youtube () | Hastane Siteleri () |
| Facebook () | Dergi-Gazete Siteleri () |
| Instagram () | Forum Siteleri () |
| Twitter () | Devlet Kurumu Siteleri () |
| Diğer:..... | |

20. Dijital ortamda sağlık ilgilil hangi bilgileri okursunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hastalığım ile ilgilil Güncel Sağlık Haberleri
- b) Hastaneler Hakkında Bilgi Almak
- c) Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (Hacamat,akupuntur vb)
- d) Sağlık Profesyonelleri (Hekim,fizyoterapist,psikolog vb) hakkında Bilgi Almak
- e) Doğal Bitkisel Tedaviler
- f) İlaçlar ve İlaç Yan Etkileri
- g) Diğer(lütfen belirtiniz).....

21. Sağlık ilgilil araştırmalarda interneti tercih nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Ucuz olması
- b) Bilgiye kolay ve hızlı erişmek
- c) Sağlık ilgilil sommaya çekilen konular hakkında bilgi almak
- d) Sağlık problemimi kendim zebileceğime inanmak
- e) Yaşadığım yerde verilen sağlık hizmetlerinin yetersiz olması
- f) Diğer(lütfen belirtiniz).....

22. Günlük yaşantınızda kullandığınız dijital araçlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Cep telefonu
- b) Tablet
- c) Dizüstü bilgisayar
- d) Bilgisayar
- e) Televizyon
- f) Diğer(lütfen belirtiniz).....

23. şimdiye kadar sağlık ilgilil internetten edindiğiniz bir bilgiyi doğruluğunu sorgulamadan uyguladığınız oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

BULAŞICI HASTALIKLARA YÖNELİK ALGI ÖLÇEĞİ (BHVAÖ)

Aşağıdaki 34 maddeyi okuyun ve her maddede sizin için geçerli olan yanıtı işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm maddelere yanıt verin, ancak vereceğiniz cevabı düşünmek için çok fazla zaman harcamayın. Beş seçenekten yalnızca bir yanıtı işaretlemelisiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Bulaşıcı hastalıklar sosyal hayatı olumsuz yönde etkileyebilir					
2. Bulaşıcı hastalıklar eğitim ve/veya iş yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir					
3. Bulaşıcı hastalıklar duygusal durumu olumsuz yönde etkileyebilir					
4. Bulaşıcı hastalıklar aile içi ilişkileri etkileyebilir.					
5. Bulaşıcı hastalıklar ekonomik durumu olumsuz etkileyebilir					
6. Bazı bulaşıcı hastalıklar tehlikelidir					
7. Bazı bulaşıcı hastalıklar ölümcüldür					
8. Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıklar tehlikeli derse tehlikelidir					
9. Bazı bulaşıcı hastalıklardan korunmak için tokalaşma ve sarılma gibi yakın temastan kaçınılmalıdır					
10. Bulaşıcı hastalığı olan birey diğer insanlardan uzak durmalıdır					
11. Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında evde kalmak önemlidir					
12. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel hijyene dikkat edilmelidir					
13. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel eşyalar ortak kullanılmamalıdır					
14. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için eller sık sık, yeterli sürede ve doğru teknikle yıkanmalıdır					
15. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için bulunulan her ortamda genel temizlik kurallarına uyulmalıdır					
16. Eğer sağlık otoriteleri tarafından önerildiyse evden dışarı çıkıldığında, maske, eldiven gibi koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır					
17. Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında dış ortamı ya da ev					

ortamında kullanılmamalıdır					
18. Bazı bulaşıcı hastalık salgınlarında sık temas edilen yüzeyler deterjanla her gün temizlenmelidir.					
19. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için toplumsal çaba gereklidir.					
20. Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmada vücut direnci/ bağışıklık önemlidir					
21. Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için uyku düzenine dikkat edilmelidir					
22. Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için yeterli ve dengeli beslenilmelidir					
23. Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik aşı varsa mutlaka yaptırılmalıdır.					
24. Bulaşıcı hastalıkları önlemek için kurumsal yaptırımlar olmalıdır					
25. Bulaşıcı hastalık şüphesi varsa hemen sağlık kurumuna gidilmelidir					
26. Bazı bulaşıcı hastalıklar tedavi edilebilir.					
27. Bulaşıcı bir hastalığa her an yakalanılabileceğini düşünüyorum					
28. Bazı bulaşıcı hastalıklar açık yaralardan bulaşabilir.					
29. Bazı bulaşıcı hastalıklar su ve besinlerle bulaşabilir.					
30. Bazı bulaşıcı hastalıklar dışkıyla bulaşabilir.					
31. Bazı bulaşıcı hastalıklar vektörler (kene, pire, sivrisinek vb) aracılığıyla ya da hayvanlardan bulaşabilir.					
32. Bazı bulaşıcı hastalıklar bazı tedaviler (kan, plazma) sırasında bulaşabilir.					
33. Bazı bulaşıcı hastalıklar dövme yapma esnasında bulaşabilir.					
34. Bazı bulaşıcı hastalıkların nedeni çevre (hava, su vs) kirliliğidir.					

DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (DSO ÖLÇEĞİ)

Bilgi Arama					
İnternette sağlıkla ilgili bilgi tararken aşağıdaki eylemleri gerçekleştirmek sizin için ne kadar zordur?		Oldukça kolaydır	Kolaydır	Zordur	Oldukça zordur
1	Bulduğunuz tüm bilgiler arasında seçim yapmak ...				
2	Aradığınız bilgiyi bulmak için doğru kelimeleri veya arama sorgusunu kullanmak ...				
3	Tam olarak aradığınız bilgiyi bulmak ...				
Güvenilirliğin Değerlendirilmesi					
İnternette sağlıkla ilgili bilgi tararken aşağıdaki eylemleri gerçekleştirmek sizin için ne kadar zordur?		Oldukça kolaydır	Kolaydır	Zordur	Oldukça zordur
4	Bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek ...				
5	Bilgilerin ticari çıkarlarla (örn. ürünü pazarlamaya çalışanlar tarafından) yazılıp yazılmadığına karar vermek ...				
6	Farklı web sitelerinin aynı bilgiyi sağlayıp sağlamadıklarını kontrol etmek ...				
İlgi Düzeyini Belirleme					
İnternette sağlıkla ilgili bilgi tararken aşağıdaki eylemleri gerçekleştirmek sizin için ne kadar zordur?		Oldukça kolaydır	Kolaydır	Zordur	Oldukça zordur
7	Bulduğunuz bilgilerin sizin için uygulanabilir olup olmadığına karar vermek ...				
8	Bulduğunuz bilgileri günlük yaşamınızda uygulamak ...				
9	Bulduğunuz bilgileri sağlığınıza ilgili kararlarınızda (örn. beslenme, tedavi veya doktor görüşü alıp almamak gibi) kullanmaya karar vermek...				
Yön Bulma Becerileri					
İnternette sağlıkla ilgili bilgi taradığınızda aşağıdaki deneyimleri ne sıklıkla yaşıyorsunuz?		Hiçbir zaman	Nadiren	Arada sırada	Sık sık
10	Bir web sitesinde veya internette nerede olduğunuzun izini kaybeder misiniz?				
11	Bir önceki sayfaya nasıl döneceğinizi bilemediğiniz olur mu?				
12	Bir şeye tıklayıp beklediğinizden farklı bir şey gördüğünüz olur mu?				
İçerik Ekleme					
Bir doktora, Facebook, Twitter gibi bir sosyal medya mecrasında veya bir forumda bir mesaj yazarken aşağıdaki eylemleri gerçekleştirmek sizin için ne kadar zordur?		Oldukça kolaydır	Kolaydır	Zordur	Oldukça zordur
13	Sorunuzu veya sağlıkla ilgili endişenizi açık ve net bir şekilde dile getirmek ...				
14	Görüş, düşünce veya duygularınızı yazılı olarak ifade etmek ...				
15	İnsanlara mesajınızı tam olarak ne demek istediğinizi anlayacakları şekilde yazmak...				
Gizliliğin korunması					
Herkesle açık bir forumda veya sosyal medyada bir mesaj yayınladığınızda aşağıdaki deneyimleri ne sıklıkla yaşıyorsunuz?		Hiçbir zaman	Nadiren	Arada sırada	Sık sık
16	Mesajınızı kimlerin okuyabileceğini belirlemede zorlanır mısınız?				
17	Mesajınızda kasıtlı veya kasıtsız kendi özel bilgilerinizi (adınız, telefon numaranız, adresiniz gibi) paylaşıyor mısınız?				
18	Mesajınızda kasıtlı veya kasıtsız bir başkasının özel bilgilerini (adınız, telefon numaranız, adresiniz gibi) paylaşıyor mısınız?				