



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ SONRASI YETİŞKİNLERDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME
DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Sümeyye KAYA
Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Bölümü

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Arzu BULUT

Bandırma 2025

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ SONRASI YETİŞKİNLERDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME
DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Sümeyye KAYA
Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Bölümü

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Arzu BULUT

Bandırma 2025



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAYI

Bu çalışma 25.06.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Arzu BULUT
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Gökhan ABA
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Aynur TORAMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

(25/06/2025)

Sümeyye KAYA

TEŞEKKÜR

Cseke Tibor László ve Buğday’a.

Değerli danışman hocam Doç. Dr. Arzu Bulut’a ve lisansüstü eğitimimde emeği geçen değerli hocalarım Doç. Dr. Gökhan Aba, Doç. Dr. Ekrem Sevim, Doç. Dr. Yasemin Aslan, Dr. Öğr. Üyesi Onur Gözübüyük ve Dr. Öğr. Üyesi İnci Merve Altan’a teşekkürlerimi sunuyorum.

Sümeyye KAYA

Bandırma

25.06.2025

ÖZET

PANDEMİ SONRASI YETİŞKİNLERDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları (PS-SGD) Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla ortaya konulan bu çalışma, metodolojik bir araştırma özelliği taşımaktadır. Çalışmanın örneklemini Türk toplumu olarak belirlenmiş olup, Türkiye genelinde kolayda örnekleme yoluyla ulaşılan 18 yaş ve üzeri 600 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler toplanırken; “Tanıtıcı Bilgi Formu”, orijinal ölçeğin Türkçe versiyonu olan “PS-SGD Ölçeği”, ek olarak ölçüt bağıntılı geçerlik analizleri için “Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form” ve “SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, madde analizleri, doğrulayıcı faktör analizi, cinsiyete ve zamana göre ölçüm değişmezliği testlerinden yararlanılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin 0,33 ile 0,59 arasında değiştiği görülmektedir. Doğrulayıcı faktör analizine göre uyum iyiliği indeksi değerlerinin mükemmel ve kabul edilebilir seviyelerde olduğu, uyarlanan ölçeğin yakınsak geçerlik açısından yeterli düzeyde psikometrik özellikler taşıdığı belirlenmiştir. Ölçeğin geneli için Cronbach's alpha katsayısı 0,90, McDonald's omega katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır. Kullanılan ölçek maddelerinin, her iki cinsiyet için de aynı temel yapıyı benzer şekilde ölçtüğünü gösteren pratik uyum indekslerindeki değişim kriterleri temelinde; metrik, skaler ve katı değişmezliğin cinsiyetler arasında güçlü bir şekilde sağlandığı sonucuna varılmıştır. Test tekrar test analizinde faktörler için sınıf içi korelasyon değerleri 0,703 ile 0,865 arasında değişmekte olup, toplam değer 0,906'dır. Neticede, Türk dili ve kültürüne uyarlanan Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği'nin, Türk toplumunun COVID-19 pandemisi sonrası dönemdeki sağlığı geliştirme davranışlarının ölçülmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, geçerlik, güvenirlik, pandemi, sağlığı geliştirme davranışları.

ABSTRACT

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE POST PANDEMIC HEALTH PROMOTION BEHAVIOR SCALE TURKISH VERSION FOR ADULTS: VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

This is a methodological study which aims to determine the Turkish validity and reliability of the "Post-Pandemic Health Promotion Behaviors Scale for Adults". The sample of the study was defined as the Turkish population, and it was conducted with 600 participants aged 18 and over, who were reached through convenience sampling across Turkey. During the data collection, the following instruments were used; "Descriptive Information Form", Turkish version of the original scale as "Post-Pandemic Health Promotion Behavior (PP-HPB) Scale for Adults", additionally, for criterion-related validity analyses "Healthism Attitude Scale", "Health Literacy Scale–Short Form" and "SF-12 Health Survey". For the data analysis, descriptive statistics, item analyses, confirmatory factor analysis, measurement invariance tests on gender and test-retest reliability were utilized. When examining the corrected item-total correlations obtained from the data, the values ranged between 0.33 and 0.59. According to the confirmatory factor analysis, the goodness-of-fit index values were found to be at excellent and acceptable levels. Moreover, the adapted scale possesses adequate psychometric properties in terms of convergent validity. The Cronbach's alpha coefficient for the total scale was calculated as 0.90 and the McDonald's omega coefficient was 0.92. Based on the changes in practical fit indices that demonstrate the scale items measure the same underlying structure across both genders; metric, scalar, and strict invariance were strongly established between genders. In the test-retest analysis, the correlation values for the factors ranged from 0.703 to 0.865, with an overall value of 0.906. As a result, it was concluded that the Turkish version of the Post-Pandemic Health Promotion Behaviors Scale for Adults is a valid and reliable tool for measuring health promotion behaviors in the post-COVID-19 pandemic period within the Turkish population.

Keywords: COVID-19, health promotion behaviors, reliability, pandemic, validity.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sağlık.....	5
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları.....	5
2.1.2. Pozitif, Negatif ve İşlevsel Sağlık Kavramları.....	5
2.1.3. Sağlığın Tarihçesi.....	7
2.1.4. Sağlığın Belirleyicileri.....	8
2.1.4.1. Sağlığın sosyal belirleyicileri:.....	11
2.1.4.2. Sağlığın çevresel belirleyicileri:.....	11
2.1.4.3. Sağlığın politik, yasal ve yönetsimsel belirleyicileri:.....	12
2.1.4.4. Sağlığın ticari belirleyicileri:.....	14
2.1.4.5. Sağlığın dijital belirleyicileri:.....	14
2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	14
2.1.5.1. Koruyucu sağlık hizmetleri:.....	15
2.1.5.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri:.....	16
2.1.5.3. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri:.....	16
2.1.5.4. Geliştirici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi:.....	17
2.2. COVID-19 Pandemisi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları.....	19
2.3. Sağlığı Geliştirme İlişkili Ölçekler.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme / Edilmeme Kriterleri.....	26

3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	26
3.5.2. Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ..	27
3.5.3. Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği	27
3.5.4 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form	28
3.5.5. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği	28
3.6.1. Kavramsal Eşdeğerlik ve Madde Eşdeğerliği	29
3.6.3. Pilot Çalışma	31
3.6.4. Yapı Geçerliliği.....	32
3.6.5. Ölçüm Değişmezliği	32
3.6.6. Güvenirlik	33
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	34
3.8. Verilerin Analizi.....	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	36
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Sosyodemografik Bulgular.....	38
4.2. Madde Analizi	43
4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	45
4.4. Alt Boyutların Birbirleri ile İlişkilerinin İncelenmesi	47
4.5. Normal Dağılımın İncelenmesi	48
4.6. Yakınsak Geçerlik Analizleri	49
4.7. Cinsiyete Göre Ölçüm Değişmezliği.....	51
4.8. Yordayıcı Geçerliğin İncelenmesi	53
4.9. Ölçek Güvenirliğinin İncelenmesi.....	57
4.10. Test Tekrar Test.....	58
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	67
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER.....	80
EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu	80
EK-2 Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği	81
EK-3 Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği	83

EK-4 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form.....	84
EK-5 SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği	85
EK-6 Pandemi Sonrası Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği İzni.....	86
EK-7 Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği İzni.....	87
EK-8 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form İzni.....	88
EK-9 SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni	89
EK-10 Etik Kurul Onayı.....	90
EK-11 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	91
9. ÖZGEÇMİŞ	92



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1.	Sağlığın Davranışsal, Sosyoekonomik ve Çevresel Belirleyicileri.....	10
Tablo 2.2.	Sağlığı Belirleyici Faktörler ile İlişkilendirilen Çeşitli Sağlık Sonuçları.....	10
Tablo 4.1.	Katılımcıların Demografik Dağılımları.....	40
Tablo 4.2.	Katılımcıların Yaş ve Günlük Yaşam Alışkanlıklarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	43
Tablo 4.3.	Ölçeğin Maddelerine İlişkin Madde Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 4.4.	Doğrulamalı Faktör Analizine Ait Faktör Yükleri.....	45
Tablo 4.5.	Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları.....	48
Tablo 4.6.	Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	49
Tablo 4.7.	Cinsiyete Göre Ölçüm Değişmezliği Modelleri ve Uyum İndeksleri.....	53
Tablo 4.8.	Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Güvenirlik Katsayıları ve Tanımlayıcı İstatistikler.....	58
Tablo 4.9.	Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Test Tekrar Test Güvenirlik Değerleri.....	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1.	Sağlık ve Hastalık Durumlarının Temsili Gösterimi.....	6
Şekil 2.2.	Sağlığın Temel Belirleyicileri.....	9
Şekil 4.1.	Doğrulamalı Faktör Analizi Yol Diyagramı.....	47
Şekil 4.2.	Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Alt Boyutları ile Dış Ölçütler Arasındaki Pearson Korelasyonları Isı Haritası.....	51
Şekil 4.3.	Sağlıklı Olma Kültürü ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkide Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin Fiziksel Bileşeninin Seri Aracı Etkileri.....	55
Şekil 4.4.	Sağlıklı Olma Kültürü ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkide Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin Mental Bileşeninin Seri Aracı Etkileri.....	57

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
COVID-19	Corona Virus Disease-2019
PS-SGD	Pandemi Sonrası Sağlık Geliştirme Davranışları
MÖ	Milattan Önce
MS	Milattan Sonra
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
TLI	Tucker-Lewis İndeksi
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SRMR	Standartlaştırılmış Ortalama Hata Karekökü
DWLS	Diyagonal Ağırlıklı En Küçük Kareler
ICC	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı

1. GİRİŞ

Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın düzenlenmesi ile evrensel ölçekte ilk kez 1986 yılında ele alınan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı, konferansın ardından yayınlanan Ottawa Bildirgesi'nde "*insanların, sağlıklarını kontrol ederek daha iyi hâle getirmeleri*" (World Health Organization, 1986) olarak ele alınmıştır. Bu tanım uyarınca sağlığı geliştirme, sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olmayıp, bireylerin de kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olarak sağlıklarını iyileştirmeleri sürecidir (World Health Organization, 1986).

Çağlar boyunca sağlık ve hastalık kavramları insanlığın gündemindeki ana konulardan olagelmıştır. Bu kavramları anlamlandırabilmek için çeşitli fikirler öne sürülmüştür. Zaman içerisinde araştırmacılar tarafından organize edilen bu fikirlerin bazıları geri planda kalırken bazıları ön plana çıkmıştır. Sağlık ve hastalığı anlama yolunda literatürde yer edinmiş üç farklı model şu şekilde sıralanabilir: 1. Biyomedikal model, 2. Davranışçı model, 3. Sosyopolitik model. Sağlık ve hastalık durumu biyomedikal modelde, bireylerin genetiği ile şekillenen yapısal özellikleri ile doğrudan bağlantılı kabul edilirken, davranışçı modelde hayat tarzı ile ilişkilendirilmiş, sosyopolitik modelde ise bireyin yaşadığı çevreye ait her türlü özelliklerle sıkı bir bağlantısı olduğu vurgulanmıştır (Hayran, 2012). Bireylerin ve toplumların sağlığı, ait oldukları sosyokültürel ve siyasi şartlar içerisinde, sahip oldukları biyopsikososyal özellikler doğrultusunda şekillenir. Tüm bu parametrelerin sağlıklılık halini temin edici yönde konumlandırılmasını amaçlayan sağlığı geliştirme kavramı, bu açıdan yukarıda adı geçen modellerin bir kombinasyonu olarak düşünülebilir (Fertman ve Allensworth, 2010).

Ottawa Bildirgesi'nin ardından sıklıkla çalışılan toplum sağlığı konularından biri haline gelen sağlığı geliştirme kavramı, evrensel çapta krize neden olan Corona Virus Disease-2019 (COVID-19) pandemisi ile daha da ön plana çıkmıştır. Sağlık otoritelerinin yeni ortaya çıkan bu hastalık hakkındaki bilgilerinin son derece kısıtlı olması nedeniyle sağlığı geliştirme prensipleri izlenerek; bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları, hijyen eğitimi, dengeli beslenme gibi konulara öncelik verilmiştir (Ali, Yohannes ve Tesfahun, 2023; Ali ve ark., 2024). Öte yandan dünyanın halihazırda içinde bulunduğu dijital çağ, COVID-19 pandemisi sürecinde ve sonrasında dikkate değer bir ivme kazanmıştır. Pandemi öncesinde de yeterli teknoloji mevcut olmasına karşın daha sınırlı uygulama alanı bulan, internet teknolojileri

yoluyla uzaktan eğitim, evden çalışma ve hibrid çalışma gibi kavramlar pandemi döneminde hızla yaygınlaşmıştır. Pandemi sonrası dönemde tam bir geri dönüş yaşanmayıp, internet tabanlı uzaktan iletişim teknolojilerinin eğitim ve çalışma hayatında çevrimiçi ve yüz yüze iletişimin birleştirildiği hibrid yapıda gelişerek devamı öngörülmektedir (Ben-Zvi ve Luftman, 2022). COVID-19 pandemisi sonrası internet teknolojileri kullanımının sağlık alanında da ivme kazanması; gelişmekte olan ülkeler için sağlık maliyetlerinin düşürülmesi, sağlık bakım kalitesinin artırılması ve düşük gelirli popülasyonlarda sağlık hizmetine ulaşımada adaletin sağlanması potansiyeli taşıması açılarından büyük bir avantaj olarak görülmektedir (Anaya, Banuelos Mota, Hernandez, Osorio ve Hayes-Bautista, 2022; Khandelwal, Kolte ve Rossi, 2021).

Toplumda sağlığı geliştirme çalışmalarının planlama ve uygulama aşamalarında öncelikle bir halk sağlığı sorunu tanımlanır, ardından hedefler ve amaçlar belirlenir, uygulamaya yönelik eylemlerin gelişimi yakından izlenir ve sonuçların değerlendirmesi yapılır. Bireylerde sağlık davranışının geliştirilmesinde ekolojik model kapsamında bilişsel yetenekler, kişiler arası ilişkiler, bireylerin doğuştan getirdikleri özellikler ve çevre beraberce göz önünde bulundurulur (Rubinelli ve Diviani, 2020). Wendt ve arkadaşlarının (2023) sistematik derleme çalışmasında, sağlığı geliştirme politikalarının odak noktası fiziksel aktivite ile sedanter davranışların azaltılması ve sağlıklı beslenme olarak belirlenmiş olup politikaların uygulanmasındaki üç anahtar faktör şu şekilde sıralanmaktadır: 1. Makro, mezo ve mikro seviyeleri kapsayan bir uygulama yürütülmesi, 2. Uygulama çerçevesinin yaş, ekonomik durum, okur-yazarlık, etnik köken gibi faktörler dikkate alınarak belirlenmesi, 3. Uygulama ve değerlendirme aşamalarında politika yapıcılar, endüstri, uygulayıcılar ve hedef grupların her birinin paydaşlar olarak dikkate alınması (Wendt ve ark., 2023).

Sağlığın geliştirilmesi davranışlarının literatürde çeşitli gruplarda incelendiği çalışmalar mevcuttur. Tüzün ve arkadaşlarının (2023) Türkiye genelinde yetişkin katılımcılarla gerçekleştirdiği çalışmada sağlık okuryazarlığı; fiziksel aktivite ve sağlıklı yeme alışkanlığı ile ilişkili bulunmuştur. Özcan, Polat ve Alkan Polat'ın 2023 yılındaki çalışmasında, adölesanlar için de benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmalar sağlık okuryazarlığı konusunu da içeren sağlığı geliştirme programlarında başarı sağlamanın önemini vurgulamaktadır (Tüzün ve ark., 2023; Özcan ve ark., 2023). Bir başka çalışmada, mavi yaka çalışanlardan oluşan katılımcı grubuna altı ay süresince

motivasyonel müdahaleler uygulanarak sağlığı geliştirme aktivitelerine katılım ve sigara bırakmada ilerleme sağlanırken vücut kitle indeksi, sağlık davranışları, iş becerileri ve hastalığın yokluğu alanlarında etki görülmemiştir (van de Ven ve ark., 2023). Hemşirelik öğrencileri ve köylüler arasında önder vasfı olan kişilerin iş birliği yaptığı topluma yönelik sağlığı geliştirme temelli diğer bir çalışmada, bu partnerlik sisteminin hastalıkların önlenmesine ve sağlık bilgisi sunulması aracılığıyla toplulukların güçlendirilmesine katkı sağladığı izlenmiştir (Sullivan ve Bettger, 2018). Sağlığın geliştirilmesi davranışlarının kazandırılmasında sağlık personelinin rolünü inceleyen Recio-Rodriguez ve arkadaşları (2022); hekim ziyareti sırasındaki kısa tavsiyeler ile karşılaştırıldığında, önceden tasarlanmış müdahalelerin birinci basamak sağlık profesyonelleri tarafından planlı bir şekilde yürütülmesinin daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Recio-Rodriguez ve ark., 2022).

Giyilebilir sağlık teknolojileri, çalışanlar için sağlığı geliştirme programlarında etkili bir yöntem olma potansiyeli taşımaktadır. Sağlığı geliştirme eğitiminde giyilebilir sağlık teknolojileri üzerinden sunulan bilgilerin çalışanları motive ettiği izlenmiştir (Tung, Chang, Jian, Du ve Wu, 2022). Genç yetişkinlerin dahil edildiği bir çalışmada, mobil sağlık uygulamalarının hem sağlık algısı hem de fiziksel aktivite seviyesi ile ilişkili olduğu gösterilmiş, özellikle sağlık hizmetine erişimin yetersiz olduğu bölgelerde, sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunma potansiyeli üzerinde durulmuştur (Yağcı Şentürk ve Şahin, 2023). Bireylerin kullandığı dijital kaynaklara ek olarak, sağlığı geliştirme çalışmaları yapan profesyonellerin de bilişim teknolojilerinden yararlanma alanları genişlemektedir. Örneğin zamansal desenlere odaklanan sağlığın geliştirilmesi konulu bir çalışmada; bireylerin sağlık bilgisi davranışında zamansal çeşitlilik izlendiği, sağlığı geliştirme çabalarının sağlık bilgisi arama davranışının aktif olduğu zamanlarda ortaya koyulması durumunda, çok daha etkili sonuçlara ulaşılabileceği öne sürülmektedir (Tana, Eirola ve Eriksson-Backa, 2019).

Dijitalleşen dünyada pek çok alanda olduğu gibi sağlığın geliştirilmesi alanında da uygulamaların tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği doğmuştur. 1986 Ottawa bildirgesi ile uluslararası platforma taşınan sağlığın geliştirilmesi yolculuğu uluslararası ve Türkçe literatürde geniş yer tutmakta olup (Sassi ve Belloni, 2014; Sullivan ve Bettger, 2018; Tengland, 2016), sağlığın geliştirilmesi davranışları alanında çeşitli ölçeklerin mevcut olduğu görülmektedir (Bostan, Örsal, Karadağ, 2016; Courtenay, 1998; Duong ve ark., 2019; Walker ve Hill-Polerecky, 1996; Walker, Sechrist ve Pender, 1987). Ancak yirmi birinci yüzyılda hızla ilerleme kaydeden ve

COVID-19 pandemisi sürecindeki sosyal izolasyon şartlarında ivmesi daha da artan dijitalleşme ve internet teknolojilerinin sağlığı geliştirme davranışları açısından konumunu ele alan ölçme araçları literatürde sınırlıdır (Heo, Jang ve Kim, 2023; Koç ve ark., 2024).

Bu tez çalışmasının amacı, Türkiye’de 18 yaş ve üzeri yetişkinlerden oluşan temsili bir örnekleme Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi, geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesidir. Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği’nin, pandemi sonrası dijital çağda çeşitli yaş gruplarından yetişkinlerin, sağlığı geliştirme davranışlarına yönelik tutumlarını ölçmeye yardımcı olması ve gelecekte yapılacak çalışmalara rehberlik etmesi beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

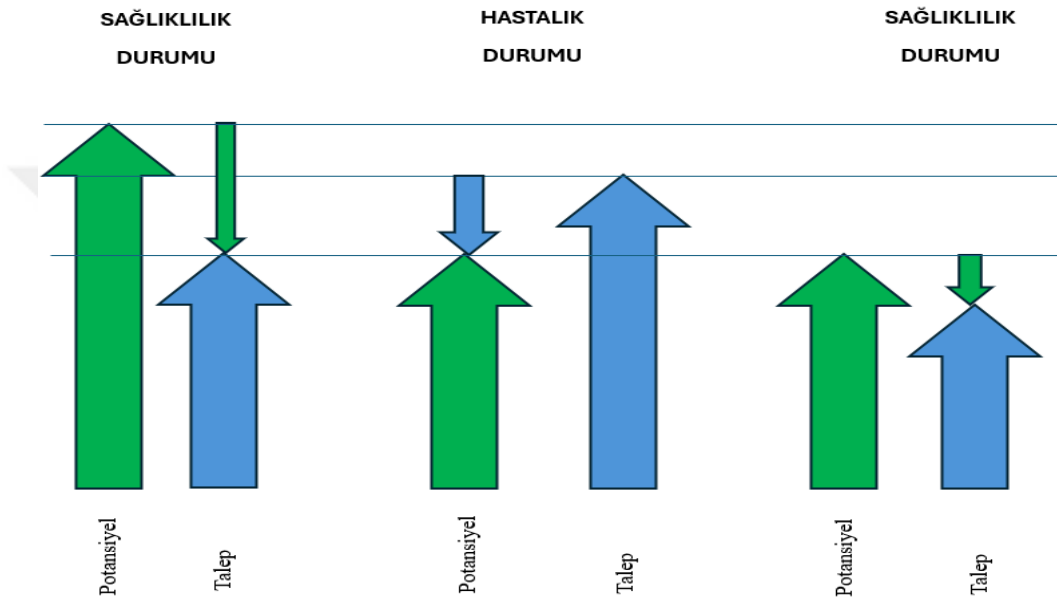
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1948 yılında yürürlüğe giren anayasasında sağlık kavramını; “*sadece hastalığın ve sakatlığın yokluğu değil; fiziksel, mental ve sosyal açılardan tam bir iyilik hali*” (World Health Organization, 2005) olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün sağlık tanımındaki “tam bir iyilik hali” kavramı ideal bir hedefi göstermekten ziyade, zaman içerisinde yeni bakış açıları ortaya çıkmıştır. Mümkün olduğunca çok Kanadalının sağlık ve iyilik hâli politikalarından yararlanması hedefini ortaya koyan Lalonde Raporu, William Paley’in 1802 tarihli eserinde yer verdiği şu sözlerle başlar: “*Geceyi istirahatle geçirmek, gündüz karnını doyurmak; uzuvların, duyuların ve anlayabilme yetisinin günlük, sıradan kullanımı... Bunlar, başka hiçbir şeyle karşılaştırılamayacak hediyelerdir.*” (Minister of Supply and Services Canada, 1974). 1978 yılına gelindiğinde Alma Ata şehrindeki Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı’nda DSÖ’nün 1948 yılındaki sağlık tanımı tekrarlanmış olup temel insan haklarından biri olarak sağlık kavramı ele alınmış, mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşmanın dünya çapında en önemli sosyal hedef olduğu vurgulanmıştır (World Health Organization, 1978). 1986 yılında Ottawa Sözleşmesi ile sağlık kavramı idealize edilmiş bir yaşam amacı olmaktan günlük yaşamı besleyen bir kaynak durumuna evrilmiş, kişilerin fiziki kapasitelerine olduğu kadar onları besleyen sosyal ve kişisel kaynaklara da vurgu yapılmıştır (World Health Organization, 1986). Sağlık ve hastalık kavramlarına dair geçmiş tanımları sentezleyen Bircher (2025) sağlığı “yaş, kültür ve kişisel sorumluluk ile orantılı olan hayat taleplerini tatmin eden fiziksel, mental ve sosyal yetiye sahip olarak; dinamik bir iyi olma hali” olarak tanımlamaktadır (Bircher, 2005).

2.1.2. Pozitif, Negatif ve İşlevsel Sağlık Kavramları

Literatürde hastalık ve sağlık kavramlarının tanımlanmasında çeşitli ekoller göze çarpmaktadır. Natüralist yazarlar, sağlığı “hastalığın yokluğu” olarak tanımlarken, normatif yazarlar “hastalığın yokluğu” durumunun sağlıklılık halini tanımlamada yetersiz olduğunu, hastalık durumunun ise sadece biyolojik ve fizyolojik açıdan tanımlanamayacağını öne sürmektedir. Çünkü hastalığın yokluğu olarak

tanımlandığında sağlık negatif bir kavram üzerinden tanımlanmış nötral bir pozisyonu işaret eder, halbuki sağlıklı olma halinin pozitif bir pozisyon olması beklenmektedir (Boorse, 1997; Nordenfelt, 2007). Bireyin sahip olduğu potansiyel hayattan talep ettiği miktardan yüksek olduğunda pozitif tarafta denge sağlanacak ve bu durum sağlıklılık hali olarak adlandırılacaktır (Bircher, 2005). Şekil 2.1.'de görüldüğü gibi, önemli olan potansiyelin ne seviyede olduğu değil, hayattan talep edilen miktarın altında veya üstünde olmasıdır.



Şekil 2.1. Sağlık ve Hastalık Durumlarının Temsili Gösterimi

Kaynak: Bircher'in (2005) çalışmasından uyarlanarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Natüralist yazarlardan Boorse (1977) çalışmasında pozitif ve negatif sağlık kavramlarını şu şekilde yorumlamaktadır: “Sağlık, hastalığın yokluğu olarak alındığında kişilerin değer yargılarına bağlı değildir, ancak pozitif sağlık konseptinin idealleri keşfedilebilir değil savunulabilir olduğundan kişilerin değer yargılarını önemser. Bu açıdan pozitif sağlık terimi kişinin bir fonksiyonunda, diğer fonksiyonlarındaki ilerlemelerden ödün vermeksizin ilerleme kaydetmesi olarak tanımlanabilir.” (Boorse, 1977). Seligman ve arkadaşları (2013) ise pozitif sağlığı, geleneksel risk faktörlerine ek olarak sağlık veya hastalık haline götüren tüm faktörleri kapsayan bir “sağlık varlığı/sermayesi” olarak tanımlamakta ve bu sermayeyi biyolojik, öznel ve fonksiyonel olarak üçe ayırmaktadır. Biyolojik sağlık sermayesi insan vücudundaki ölçülebilir fiziki özellikleri, öznel sağlık sermayesi duygular ve

hayata yüklenen anlamları, fonksiyonel sağlık sermayesi ise aile, arkadaşlar ve sosyal yapı içerisindeki rollerini yürütebilme yeteneğini kapsamaktadır (Seligman ve ark., 2013).

2.1.3. Sağlığın Tarihçesi

İnsanın varoluşuyla beraber fiziksel ve mental sorunların da var olduğu düşünülebilir. Uygarlıklar öncesi binlerce yıllık dönemde sağlık kavramına ilişkin ayrıntılı bir düşünüş ve farkındalığı olmayan insan, rutinin dışına çıkıp bedene rahatsızlık veya özür hali veren ‘hastalık’ kavramı üzerinde durmuş olmalıdır. Hastalıkların çağın sihir uzmanlarınca, özel güçler taşıdığı düşünülen sözler ve nesneler ile bazı bitki ve hayvan materyalleri aracılığıyla tedavi edilmeye çalışıldıkları çıkarsanmaktadır (Şenel, 2006).

İnsanın tarımsal üretime başlayarak yerleşik düzene geçmesiyle toplumsal artı değer ortaya çıkmış, bu artı değer besin üretimi yapmadan geçimini sağlayabilen “uzmanlar” tabakasının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Böylece teknik ve mekanik işlerin uzmanları ile dini ve askeri uzmanlar toplumda yer etmiştir (Şenel, 2006). Hasta kişileri iyileştirme uzmanlığı olarak “physician” kavramının da bir uzmanlık dalı olarak ortaya çıktığı bilinmekte ve bu uzmanlığın milattan önce (MÖ) 1700'lere kadar uzanan geçmişi Hammurabi Kanunları metninde izlenebilmektedir (Yale University Lilian Goldman Law Library, 2008). Günümüz arkeoloji biliminin son ulaştığı noktada insanlık tarihinde uygarlık adı verilebilecek en eski sistemli yerleşik insan topluluklarının Mezopotamya bölgesinde görülmeye başladığına yönelik kanıtlar mevcuttur (Şenel, 2006). Literatürde, Mezopotamya’da hastalıklardan kötü ruhlar ve büyülerin sorumlu tutulduğu, bu açıdan tedavide büyücü ve benzeri doğaüstü güçleri yönettiğine inanılan kişilerin rol oynadığı ifade edilmektedir (York, 2012:4). Bununla birlikte, bir takım tıbbi işlemlerin, tıp konusunda uzmanlaşmış kişiler tarafından, alandaki yazılı kaynaklara ve kişisel tecrübelerine dayanarak uygulandığı, bilgi birikimin elverdiği ölçüde teşhis koyularak kimi yaraların başarıyla tedavi edildiği kil tabletlerden ve Hammurabi Kanunları’ndan çıkarsanmaktadır. Mezopotamya dönemi tıp uzmanlarının, hastalıkların kökeni konusunda teorik çalışma ve fikir yürütme yetisine sahip olmamakla beraber; dini/sihirsel uygulamaların yanı sıra deneysel ve uygulamaya dayalı kimi tıbbi işlemleri de MÖ 3000’li yıllara kadar

uzanması muhtemel erken tarihlerde başarıyla gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Teall, 2014).

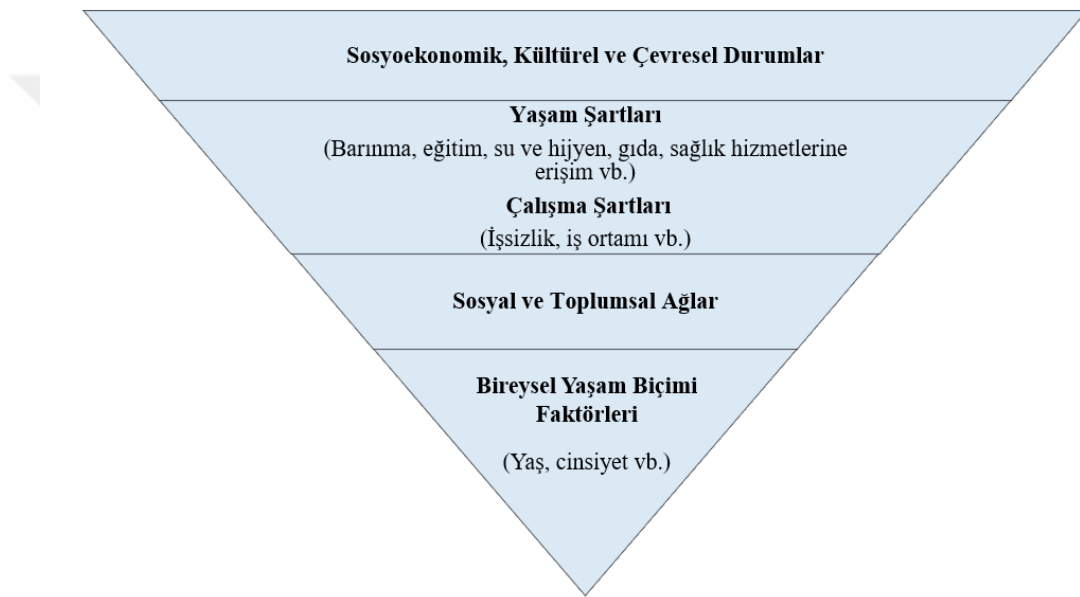
Mısır uygarlığı döneminde hastalıkların kökenlerine ait doğaüstü açıklamalar devam etmekle beraber doğaya dönük açıklamaların da önem kazandığı görülmektedir. Mısır tıp uzmanları, insan vücudunun damar ve kanallardan oluşan bir ağdan meydana geldiği ve hastalıkların bu yapı ile bağlantılı olup tedavi yöntemlerinin de bu yapıya yönelik olması gerektiğine inanıyorlardı (York, 2012:4). MÖ 1550 civarına tarihlenen Ebers Papirüsü, Mısır uygarlığı dönemine ait sağlıkla ilgili bulunan papirüslerin en uzununu olup, dünyanın en eski tıp kitabı olarak kabul edilir ve büyü formülleri de dahil olmak üzere çeşitli hastalıklara dair 700 civarında reçete içerir (Temkin, 1938). Daha eski tarihlenen Kahun papirüsü jinekolojiyle ilişkili hastalıklardan, birkaç istisna dışında doğaüstü güçlere öykünme içermeyen Edwin Smith papirüsü ise cerrahi müdahale gerektiren hastalıklardan ve bu hastalıkların teşhis, prognoz ve varsa tedavi yollarından bahsetmektedir (Hayırlıdağ, 2021).

Antik Yunan ve Roma dönemlerine bakıldığında, MÖ 420 ile 350 yılları arasında yazıldığı tahmin edilen Hipokratik Korpus, hastalık ve tedavilere dair doğa üstü güçlere yer vermeksizin tamamen rasyonel yöntemler içermesi bakımından önem arz etmektedir. Roma döneminde görece stabil seyreden batı kökenli tebabet sanatı, MS 700'lerden itibaren pek çok dilin konuşulup yazıldığı İslam dünyasında, Antik Yunan kökenli Hipokrat ve Galen gibi önemli bilginlerin yapıtlarının Arap diline çevrilmesi ile yeniden ivme kazanmıştır. Bu sırada orta çağı yaşamakta olan batı dünyası ise, MS 12. yüzyıldan itibaren Arapça tıbbi metinlerden çeviri yoluyla Antik Yunan döneminden zamanlarına ulaşan sağlık bilgisine erişerek, tebabet alanında tekrar ilerleme kaydetmeye başlamıştır (York, 2012:4).

2.1.4. Sağlığın Belirleyicileri

DSÖ kişilerin ve toplumların sağlığını belirleyen etkenleri; sosyal ve ekonomik çevre, fiziksel çevre, bireye ait özellikler ve davranışlar olarak üç ana başlık altında toplamaktadır (World Health Organization, 2024). Literatür incelendiğinde sağlığın belirleyicileri alanında öne çıkan ilk çalışmanın Dahlgren ve Whitehead (1991) tarafından yapıldığı görülmektedir (Dahlgren ve Whitehead, 1991). Bu çalışmada sağlığın belirleyicileri; bireysel ve hayat tarzı faktörleri, sosyal ve toplumsal ağlar, yaşama ve çalışma koşulları, sosyoekonomik, kültürel ve çevresel faktörlerin birer

tabakasını oluşturduğu dört tabakalı bir şemsiye figürü ile ortaya koyulmuş olup her bir tabaka belirli bir sağlık hedefini gerçekleştirme amacıyla politikalar üretilmesi öngörülen seviyeleri temsil etmektedir. Birinci seviye politikalar bireyleri sağlıklı kılacak tutum ve hayat tarzı değişikliklerinin geliştirilmesini, ikinci seviye politikalar ilişkiler aracılığıyla toplumsal yapının güçlendirilmesini, üçüncü seviye politikalar yaşam ve iş koşullarını geliştirmeyi ve dördüncü seviye politikalar devlete ait uzun dönemli yapısal değişiklikleri amaçlamakta; bir sağlık hedefini gerçekleştirmek için sadece bir seviyede değil, tüm seviyelerde stratejilerin üretilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Dahlgren ve Whitehead, 1991).



Şekil 2.2. Sağlığın Temel Belirleyicileri

Kaynak: Dahlgren ve Whitehead'in (1991) çalışmasından uyarlanarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Yıllar içerisinde literatürde sağlığın belirleyicileri alanındaki çalışmalar artış göstermiştir. Abdalla ve arkadaşları (2024) tarafından sekiz ülkede yürütülen bir çalışmada, katılımcılara çeşitli kavramlar sunulmuş ve sağlığın belirleyicisi olarak en önemli gördükleri kavramları seçmeleri istenmiştir. Sonuç olarak sosyal destek, politikalar, sağlık hizmeti, inşa edilmiş çevre, çalışma şartları, genetik ve çocukluk şartları sıklıkla seçilen kavramlar olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada sağlığın belirleyicileri arasından yapılan seçimlerde; “sosyal destek” kavramının geliri düşük olan ülkelerde ve kırsalda yaşayan katılımcılar arasında, “genetik” ve “sağlık hizmetleri” kavramlarının ise geliri yüksek olan ülkelerde ve kentlerde yaşayan katılımcılar arasında üst sıralarda olduğu saptanmıştır (Abdalla ve ark., 2024).

Seraphim, Niu, Morgado, Miranda ve Silva'nın (2025) meta analiz çalışmasında sağlığın davranışsal, sosyoekonomik ve çevresel belirleyicileri, ilgili literatür taranarak sınıflandırılmış olup sonuçlar Tablo 2.1.'de özetlenmiştir (Seraphim ve ark., 2025).

Tablo 2.1. Sağlığın Davranışsal, Sosyoekonomik ve Çevresel Belirleyicileri

Davranışsal Belirleyiciler	Sosyoekonomik Belirleyiciler	Çevresel Belirleyiciler
Fiziksel aktivite Yeme ve uyku alışkanlıkları Sosyal etkileşim	Yaş ve yaşam dönemi Cinsiyet Mevcut sağlık sorunları	Arazi kullanımı Doğal alanlar ve özellikleri Açık alanların kalitesi ve bakımı
Tütün, alkol, madde kullanımı Kişisel hijyen Doğa ile bağ kurma	Azınlık olma durumu Hayat şartları	Aktif hareketi teşvik edici altyapı Kent yapısı Temel altyapı ve hizmetler Çevresel maruziyetler

Kaynak: Seraphim ve arkadaşlarından (2025) uyarlanarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Aynı çalışmada Tablo 2.1.'de sıralanan sağlığı belirleyici faktörler, yine literatür taraması sonucu saptanan toplamda yirmi beş sağlık sonucu ile ilişkilendirilmiş olup sonuçlar Tablo 2.2.'de sıralanmıştır (Seraphim ve ark., 2025).

Tablo 2.2. Sağlığı Belirleyici Faktörler ile İlişkilendirilen Çeşitli Sağlık Sonuçları

Zihinsel İyilik Hali	Genel Fiziki Sağlık
Stres Ruh hali Kaygı ve korku Nörobilişsel ve nörogelişimsel Bilişsel performans Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	Dolaşım sistemi hastalıkları Kanserler Diyabet Aşırı kilo ve obezite Solunum sistemi hastalıkları Yaralanma ve zehirlenmeler Perinatal durumlar Fiziksel engel hali Kas iskelet sistemi hastalıkları İmmün ve inflamatuvar hastalıklar Sindirim sistemi hastalıkları Yetersiz beslenme Alerji ve hipersensitivite durumları Orofasyal hastalıklar

Kaynak: Seraphim ve arkadaşlarından (2025) uyarlanarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Literatürde sağlığın belirleyicilerini saptamaya ve incelemeye yönelik çalışmalar yoluyla ortaya koyulan çeşitli faktörler, ana başlıklar altında toplanarak aşağıda verilmiştir.

2.1.4.1. Sağlığın sosyal belirleyicileri:

İkinci Dünya Savaşı sonrası, savaşa dahil olan ve olmayan pek çok ülkede toplumlar gıdaya ve temel sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamıştır. Küresel ölçekte bir sağlık otoritesi kurulması fikri bu dönemde ortaya çıkmış, uluslararası toplum sağlığı hizmetlerinin koordinasyonu amacı ile 1948’de DSÖ faaliyete geçmiştir (Irwin ve Scali, 2007). Böylece sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerine odaklanan toplumsal hareketler başlamıştır.

Sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerini geniş kapsamda değerlendiren Palmer, Ismond, Rodriquez ve Kaufman (2019) “bireysel ve ara düzey sosyal belirleyiciler” olarak riskli davranışlar, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim ve çevre faktörlerini; “yapısal düzey sosyal belirleyiciler” olarak ise yönetim, politikalar ve yasaları sıralamaktadır (Palmer ve ark., 2019). Cannon (2008) sağlığın sosyal belirleyicilerini; bireysel davranışlar ve hayat tarzı, genetik faktörler, sosyal çevre, eğitim, gelir, sağlıklı yaşam şartları, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık okuryazarlığı ve kültürel yapı olarak sunarken; Hacker, Auerbach, Ikeda, Philip ve Houry (2022) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri’nin (CDC) çizdiği çerçeve doğrultusunda sağlığın sosyal belirleyicileri olarak; sağlığa pozitif ve negatif etkisi olan politika ve yasalar, halk sağlığı iş gücü altyapısı, toplumun aktif katılımı, toplumsal kurum ve kuruluşlar ile halk sağlığı konularında iş birliği sağlanması ve bilimsel kanıtların oluşturulmasını sunmaktadır (Cannon, 2008; Hacker ve ark., 2022).

Özetle, sağlığın sosyal belirleyicilerinin işleyişini açıklamak amacıyla bireysel seviyeden toplumsal seviyeye, oradan da ekonomik ve politik faktörlere kadar pek çok model ortaya atılmış olsa da temelde sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların içerisinde doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı şartlara odaklanmaktadır (Viner ve ark., 2012).

2.1.4.2. Sağlığın çevresel belirleyicileri:

Bireyler ve toplumlar belirli bir fiziki çevre içerisinde hayatlarını sürdürmektedirler. Bu fiziki çevrede yer alan sağlığı etkileyici faktörler sağlığın

çevresel belirleyicileri olarak adlandırılır. İngiltere'nin "Öğrenen Sağlık Sistemi" altında faaliyet gösteren "Entegre Hizmet Sistemi", toplum sağlığını geliştirmede çevresel belirleyicilerin modifiye edilmesinde barınma, ulaşım ve kamuya açık dinlenme alanlarını hedef almaktadır (Rodgers ve ark., 2024). Han, Xia, Xi ve Li'nin (2023) çalışması da benzer şekilde sağlığın çevresel belirleyicilerini; temel istatistikler (nüfus, merkezilik vb.), davranışsal çevre (sağlık hizmetlerine, tütün ve alkole erişim, fizik egzersiz imkanları vb.), çevre (barınma ücretleri, bina sıklığı, yol sıklığı, yürünebilirlik vb.), doğal çevre (hava kalitesi, güneşli saatler, karlı günler vb.) olarak dört ana başlıkta ele almaktadır (Han ve ark., 2023). Peluso ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında ise bu belirleyiciler şu şekilde sıralanmaktadır; hava kirliliği, güneş kaynaklı ultraviyole radyasyon, iklim (soğuk ve sıcak dalgaları), açık alanlar ve yeşil toprak örtüsü, ağırlıklı olarak ulaşım kaynaklı ortaya çıkan gürültü kirliliği, endüstri kuruluşlarından salınan toksik kimyasallara maruziyet, radon seviyesi ve içme suyu kalitesi (Peluso ve ark., 2024). Sağlığın çevresel belirleyicileri fiziki doğa ve insan faaliyetlerinin birleşmesinden oluşan yapıyı kapsamaktadır. Bu açıdan literatürde sadece doğa faktörüne vurgu yapmak amacıyla; oksijen, su, besin, ozon tabakası, nitrojen ve fosfor döngüleri, toprak ve su sistemlerinin tümü için "Sağlığın Ekolojik Belirleyicileri" kavramı kullanılmaktadır. Sağlığın ekolojik belirleyicileri özellikle geçimi doğa şartlarının etkisine bağlı olan kırsal toplumlar için önem arz etmektedir (Buse ve ark., 2023; Canadian Public Health Association, 2015).

2.1.4.3. Sağlığın politik, yasal ve yönetsimsel belirleyicileri:

Literatürde sıklıkla sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde durulmaktadır. Ancak bu sosyal belirleyicilere dair koşulları yaratan politikalar, kaynaklara ulaşımı belirleme gücü nedeniyle bireylerin ve toplumların sağlığını şekillendirir. Bu açıdan sağlığın politik belirleyicilerinin tanınması, kötü sağlık şartları ve sağlık eşitsizliklerini anlayarak sağlıkta eşitlik ve adalete ulaşmada kritik bir role sahiptir (Savage, Kraft, Tanner ve Houde, 2024; Muntaner ve ark., 2011; Viens, 2019). Savage ve arkadaşları (2024), sağlık politikaları savunuculuğu konularında interaktif kurs verilen katılımcıların kanun teklifleri hakkında farkındalıklarının arttığını, böylece bireysel ve toplumsal sağlık konularında savunuculuk yapmak için daha donanımlı ve hevesli hale geldiklerini ortaya koymuştur (Savage ve ark., 2024).

Yasalar sağlığı yapılandırma ve düzenleme potansiyeli taşıır. Eşıitliki yapısı ve hesap verebilirliği yasalarla koruma altına alınmış sağlık sistemleri, kimseyi geride bırakmaksızın evrensel bir kapsayıcı sağlık hizmeti sunabilir. (Gostin ve ark., 2019; Thomson, 2022). Yasaların kullanılması yoluyla sağlığın iyileştirilmesi önündeki çeşitli engelleri inceleyen Montel (2023) ulaştığı saptamaları; yasaların yoğunluğu ve karmaşıklığı, güncelliğini kaybetmiş düzenlemeler, yerleşim birimleri ile ilgili kararlar alınırken sağlık ilişkili yasal gerekliliklerin olmayışı veya eksik oluşu, çıkar atışması durumundaki aktörlerin birbirlerine ters düşen yorumları, sağlık temelli kuvvetli yerel politikaların yokluğu ve hukukun ataleti şeklinde sıralamaktadır (Montel, 2023).

Lancet Komisyonu, sağlığın yasal belirleyicileri konusunda etkili faaliyet gösterilebilmesi için Birleşmiş Milletler ve DSÖ'nün sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda faaliyete geçerek, uluslararası standartlar belirleyip bu standartları yasalar yoluyla güçlendirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Buna ek olarak, ülkelerin sağlık yasalarının yönlendirilebilmesi için ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşlarının yönetişimini güçlendirerek, adil ve kanıta dayalı sağlık uygulamalarına dair uluslararası yasal kapasite inşa edilmesini önermektedir (Gostin ve ark., 2019).

Sağlığın yönetişimsel belirleyicilerinin araçları hukuksallaştırma, politikleştirme, brokratikleştirme ve medikal standardizasyon olarak sıralanabilir. Bu bağlam içinde hukuksallaştırma, sağlık ilişkili yargı gücünün inşası ve genişlemesini; politikleştirme, politik otoritesi olan kişilerin sağlıkla ilişkili politika kararları almasını; brokratikleştirme, çeşitli sağlık prosedürleri için hiyerarşik otoritenin işletilmesini; medikal standardizasyon ise kanıta dayalı araştırmalarda yer alan genelgeçer tıbbi bilgiyi ifade etmektedir (Blichner ve Molander, 2008; Teig, Bre, Melberg ve Carlsen, 2023).

Sonuç olarak sağlığın belirleyicilerinden olan bireysel faktörler ve hayat tarzı, sosyal ve toplumsal ağlar, yaşama ve çalışma koşulları, sosyoekonomik, kültürel ve çevresel faktörler bireylerin yaşam çizgisinde “yatay” bir trendle ifade edilirse; politik, yasal ve yönetişimsel faktörler “dikey” bir trende sahiptir ve her iki yn sağlığı belirlemede koordinasyon içindedirler. Özetle, sağlık sistemlerine erişim bireylerin sosyoekonomik statü ve yetenekleri ile ilişkili olduğundan, en başında sağlık sistemleri şekillendirilir ve yönetilirken bu temel adaletsizliğin önlenmesi amaçlanmalıdır (Dahlgren ve Whitehead, 1991; Teig ve ark., 2023).

2.1.4.4. Sağlığın ticari belirleyicileri:

Küresel çapta faaliyet gösteren kuvvetli ticari aktörler sıklıkla halk sağlığı aleyhine olan süreçlere dahil olabilmektedirler. Örnek olarak; tütün ve alkol satışı, halk sağlığı kanıtlarını tartışma ve politikalarının yolunu kapatma, toplumları kirletme, güvenli olmayan çalışma koşullarını sürdürme aksiyonları verilebilir. Halk sağlığı uzmanlarının sağlığın ticari belirleyicileri arasında ön sıralarda değerlendirdikleri konular; lobi faaliyetleri, politik katkılar (siyasi bağışlarda bulunmak), dönen kapı metaforu, yapay taban hareketleri, dijital pazarlama, internet ünlüleri, toplumsal sponsorluk ve şirket sağlığının teşviki olarak saptanmıştır (Lacy-Nichols ve Cullerton, 2023). Ticari oluşumların faaliyetlerini izleme ve ölçme yolunda mekanizmaların ve sağlığın ticari belirleyicilerine yönelik politika önerilerinin geliştirilmesini önceleyen bir çalışmada; şirketlerin artık yalnızca finansal raporlama faaliyetleri gerçekleştirmekle sınırlı kalmadıkları, toplum ve çevre üzerine etkilerini ortaya koydukları finansal olmayan raporlama faaliyetlerinin de gittikçe artan bir trend gösterdiği belirtilmektedir (Burgess ve ark., 2025).

2.1.4.5. Sağlığın dijital belirleyicileri:

Hızla gelişen dijital teknolojiler diğer alanlarda olduğu gibi kişilerin ve toplumların sağlığında da geniş bir yer edinmeye başlamıştır. Bu duruma örnek olarak, Dahlgren ve Whitehead'in (1991) ortaya koyduğu 4 katmanlı sağlığın belirleyicileri şemsiyesi figüründe bilgi ve iletişim teknolojilerini en üst konuma beşinci bir kapsayıcı katman olarak ekleyen Rice ve Sara'nın (2019) çalışması gösterilebilir (Dahlgren ve Whitehead, 1991; Rice ve Sara, 2019). Bir başka çalışmada ise sağlığın dijital belirleyicilerine mevcut dört katmanın her birinin içerisinde ayrı ayrı yer verilmesi önerilmektedir (Jahnel, Dassow, Gerhardus ve Schuz, 2022). Sağlığın dijital belirleyicilerinden bir kısmı şu şekilde ifade edilebilir; dijital sağlık okuryazarlığı, teletıp, yapay zekâ, atipik hastalara yönelik teknolojiler, veri yoksulluğu ve bilgi asimetrisi (Chidambaram ve ark., 2024).

2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, 1961'de yayımlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun metninde *“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi,*

bedenî ve ruhî kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.” (Mevzuat Bilgi Sistemi, 1961) şeklinde tanımlanmaktadır. Kavuncubaşı ve Yıldırım’ın (2010) çalışmasını referans alan Aba (2021) sağlık hizmetlerini; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici olmak üzere dört kategori altında incelemektedir (Aba, 2021).

2.1.5.1. Koruyucu sağlık hizmetleri:

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar oluşmadan önce kişisel özelliklerin modifikasyonu ve çevreye yönelik tedbirler ile toplum sağlığı seviyesinin yükseltilmesinde rol oynarken, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yükünün azaltılmasını sağlar. Bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki grupta incelenir (Erkutlu ve Uçak, 2023):

1. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Kişisel hijyen, beslenme, fizik aktivite, üreme sağlığı ve aile planlaması ile kanser taramaları bu hizmetlerin kapsamına girmektedir.
2. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Sağlıklı beslenme ve barınma, temiz su, partikül ve gaz kirleticilerden arı hava, atık yönetimi ile iş sağlığı ve güvenliği bu hizmetlerin kapsamına girmektedir.

Sağlık sorunlarında koruyucu yaklaşımlar ise dört seviyeden oluşmaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2005):

1. Primordiyal korunma: Toplumun kendisine yöneliktir. Halk sağlığı uygulamaları doğrultusunda toplumun sosyokültürel ve ekonomik gelişmesinin sağlanarak hastalıkları ortaya çıkaran nedenleri elimine etmeyi amaçlar.
2. Primer korunma: Bireylerde henüz hastalık oluşmadan alınacak çeşitli tedbirler ile hastalık oluşumunun önlenmesini amaçlar.
3. Sekonder korunma: Bireyde hastalığın mevcut olduğu ancak henüz bulgu vermediği erken dönemde teşhis ve tedavi planlanması sekonder korunmanın amacıdır.
4. Tersiyer korunma: Bulgu ve belirtileri ortaya çıkan hastalık durumunda uygun tedavi ve rehabilitasyon sağlanması tersiyer korunma kapsamına girer.

Kuaterner Korunma: Literatürde görece yeni bir kavram olarak tanımlanmış olup, hastaların gereksiz medikal tedavi ve girişimsel uygulamalardan korunmasını hedeflemektedir (Jamouille ve Roland, 1995).

2.1.5.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri:

Tedavi edici sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı özel ve kamu sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2019 tarih 18 sayılı genelgesinde, sağlık hizmetlerinin sınıflandırması temel alınarak sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak seviyelendirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019):

1. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları: İlçe sağlık müdürlüğü, aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, 112 acil sağlık hizmet birimleri ve genelgede sıralanan diğer birimleri içine alan, ayaktan ve yataklı teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlardır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar arasında yataklı hizmet sunan kuruluşlar ayrıca belirtilmiş olup bunlar E2 ve E3 kodlu entegre devlet hastaneleridir.
2. İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, semt poliklinikleri, E1 kodlu entegre devlet hastanesi, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve genelgede sıralanan diğer birimleri içine alan, ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği kurumlardır.
3. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları: Eğitim ve araştırma hizmeti verme kapasitesine sahiptir. Ancak eğitim ve araştırma hizmetini aktif olarak veriyor olması zorunluluk değildir. Gelişmiş teknik altyapıya ve özelleşmiş sağlık işgücüne sahip olup birinci ve ikinci basamakta çözüme kavuşturulamayan hastalıklara yönelik hizmet verir.

2.1.5.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri:

Rehabilite edici sağlık hizmetleri çeşitli gruplara hitap eden yönetmeliklerde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Örneğin yaşlı popülasyonuna yönelik olarak, bedensel veya zihinsel işlevlerinde herhangi bir nedenle azalma olan yaşlıların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden desteklenerek tekrar kendilerine yeterli hale

getirilmelerini amaçlayan çalışmalar (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2001); madde bağımlılığına yönelik olarak, arındırmanın tamamlanmasının ardından farmakolojik, psikolojik, sosyal işlevleri geri kazandırmaya yönelik yatarak veya ayaktan yürütülen çalışmalar (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2019); bedensel, zihinsel ve ruhsal özür hali olan bireylere yönelik olarak, mümkün olan en yüksek işlev seviyesini kazandırma yoluyla özürlü bireyin toplumla bütünleşmesini sağlamayı amaçlayan çalışmalar bütünü olarak tanımlanan rehabilitasyon kavramı (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2010) temelde bir işlevselliği artırma sürecidir.

2.1.5.4. Geliştirici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi:

Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında fikir yürütülmesi ve dönemin tıbbi bilgisi çerçevesinde çaba harcanması antik medeniyetlerden modern tıba uzanan süreçte var olagelmıştır. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme hedefleri enfeksiyon hastalıklarına odaklı izlenmiş olup, kronik hastalıklar alanında sağlığı geliştirme hedeflerinin ön plana çıkması 1960'lı yıllardan sonra görülmeye başlanmaktadır (Public Health Service, 1979).

Mümkün olduğunca çok Kanadalının sağlık ve iyilik hâli politikalarından yararlanması hedefini ortaya koyan Lalonde Raporu; ekonomik ilerlemenin diğer yüzüne odaklanıldığında, çevre kirliliği, şehir hayatına ait sedanter davranışlar ve tütün, alkol ve gıdaların istismarı olguları ile karşılaşıldığını ifade etmektedir. Raporda insan biyolojisi, çevre, hayat tarzı ve sağlık hizmetleri organizasyonunun oluşturduğu “sağlık alanı konsepti” ortaya koyularak sağlık alanındaki problemlerin analiz edilmesinin kolaylaştırılması hedeflemiştir (Minister of Supply and Services Canada, 1974).

Amerika Birleşik Devletleri'nde hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine dikkat çekmek amacıyla hazırlanan “The Surgeon General's Report (1979)” dökümanında, Amerikan halkının tarihte hiçbir zaman bu günkü kadar sağlıklı olmamasına rağmen, kronik ve dejeneratif hastalıklara ait sağlık harcamalarının gittikçe yükseldiğine dikkat çekilmiştir (Public Health Service, 1979).

Ancak sağlığı geliştirme kavramına ilişkin uluslararası düzeyde temel atılım 1986 Ottawa Bildirgesi'nde, sağlığı geliştirmenin “*sağlıklarını iyileştirmek amacıyla kullanılmak üzere bireylere, sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olma yetisinin kazandırılması süreci*” (Glanz , Rimer ve Viswanath, 2008; World Health

Organization, 1986) olarak tanımlanması ile gerçekleşmiştir. Yirminci yüzyılın sonlarına gelindiğinde Jakarta Deklarasyonu'nda (1997), sağlığı geliştirme vizyonunun 21. yüzyıla taşınmasına yönelik hedefler ortaya koyulmuştur (World Health Organization, 1997).

Sağlığı geliştirme sürecinin yürütülmesi hakkındaki literatür incelendiğinde; davranış değişikliği ve yetkilendirme yaklaşımlarına rastlanmaktadır. Davranış değişikliği yaklaşımı paternalist bir yapıya sahiptir ve bireylere müdahaleler yoluyla davranış kazandırmayı amaçlar. Yetkilendirme yaklaşımı ise bireyin kendi hayat kalitesi üzerinde kontrol sahibi olması temeline dayanır (Tengland, 2016). Yetkilendirme yaklaşımına göre sağlığı geliştirme kavramının, bir süreç ifade etmesi nedeniyle, bireylerin 'üzerinde' değil bireyler 'tarafından' gerçekleştirilen aksiyonları içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Nutbeam, 1998). Davranış değişikliği yaklaşımının dışarıdan yönlendirici yapısından dolayı başarısızlık ihtimali yüksek iken, yetkilendirme davranışında bireylerin kendi kontrolü söz konusu olduğundan başarısızlık ihtimalinin çok daha düşük olduğu belirtilmektedir (Tengland, 2016).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik 2000'li yıllardaki uluslararası faaliyetler arasında, Birleşmiş Milletler'in 2000 yılında imzaladığı Milenyum Deklarasyonu başlangıç noktası niteliği taşımaktadır. Bu deklarasyon ile yoksulluk, açlık, hastalıklar, çevresel bozulma ve kadına karşı toplumsal ayrımcılık ile mücadele hedeflenmiştir. Milenyum Kalkınma Hedefleri (MKH) bu belgeden türetilmiş olup ilgili hedeflere 2015 yılı itibari ile ulaşılması planlanmıştır. MKH arasındaki, yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi, çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması başlıkları 2015 yılı itibari ile incelendiğinde ilgili hedeflere dünya genelinde kısmi olarak ulaşılabilirdiği izlenmekte, sağlanan gelişmelerin ise farklı ülkeler arasında homojen dağılmadığı gerçeği vurgulanmaktadır (World Health Organization, 2018).

MKH'nin yerini 2015 yılı sonrasında Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) almıştır. DSÖ'nün 2016 yılında Shangai'de gerçekleştirilen Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda "sağlık için herkes, herkes için sağlık" ilkesi doğrultusunda SKH içerisinde sağlığı geliştirmenin üç temel dayanağı; iyi yönetim, sağlıklı şehirler ve sağlık okuryazarlığı olarak ortaya koyulmuş, 2030 gündemi belirlenmiştir (World Health Organization, 2017).

Türkiye özelinde bakıldığında, T.C. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) içerisindeki sağlığa yönelik politika ve tedbirlere dair ilk maddelerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ayrıldığı görülmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe

Başkanlığı, 2023). Bu durum sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusuna verilen önemi yansıtmaktadır. On İkinci Kalkınma Planı ile paralel olarak Sağlık Bakanlığı'nın 2024-2028 Stratejik Planı'nda yer alan beş amaçtan ilki "*Sağlıklı yaşamı teşvik ederek sağlıklı yaşam bilincinin ve alışkanlıklarının kazanılmasını sağlamak*" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024) şeklinde belirlenmiştir. Bu amaca ulaşmaya yönelik olarak; sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün mücadelesi ve ruh sağlığını koruma hedefleri sıralanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

2.2. COVID-19 Pandemisi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları

Pandemiler, yeni ortaya çıkan bir mikroorganizma veya mikroorganizma varyantının sebep olduğu, saptandığı noktadan başlayarak hızla hareket eden, bulaşıcılık özelliği yüksek, dünya üzerinde geniş coğrafyalara yayılan enfeksiyöz tablolardır (Morens, Folkers ve Fauci, 2009). Özdem (2023) çalışmasında, pandemilerin bugünü ve geleceğini değerlendirirken Tekeli'den (2016) alıntı yaparak şu sonuçlara ulaşmıştır: Günümüz modern toplumunda bireylerin, savaş ve çatışmalar gibi kitlesel insan hareketliliği oluşturan durumlara ve gelişmiş teknoloji ürünü ulaşım araçlarının kolaylaştırıcı etkisine bağlı olarak; göçler, ticaret ilişkileri ve turizm yollarıyla ülkeler arasında geniş çaplı hareketliliği, enfeksiyon etmenlerinin pandemiler oluşturmalarını kolaylaştırmaktadır. Ek olarak, dünya genelindeki sıcaklık artışı ve sulu tarımın yaygınlaşması ile çeşitli mikroorganizmaların kuluçka döneminde kısılma olacağı öngörülmektedir (Özdem, 2023).

Walker ve Hill-Polerecky (1996), sağlığı geliştirme davranışlarını incelemek amacıyla oluşturdukları ölçme aracında bu davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimi başlıkları altında toplamıştır (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Ulusal ve uluslararası literatürde sağlığı geliştirme davranışları incelendiğinde, sıklıkla bu altı başlık ve ilişkili davranışların öne çıktığı görülmektedir (Lim, Kueh, Arifin ve Ng, 2021; Nassar ve Shaheen, 2014; Noroozi, Khademolhosseini, Lari ve Tahmasebi, 2018).

Çayır Yılmaz (2023), COVID-19 pandemisi sürecinde Türkiye'de yaşayan yetişkinlerin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörleri; gelir seviyesi, yaşanan yer ve sağlık algısı olarak saptamıştır (Çayır Yılmaz, 2023). Adölesanlardan oluşan örneklemede sağlığı geliştirme davranışları incelendiğinde; ebeveynlerin eğitim durumu ve internet kullanım süresi faktörlerine göre farklılaşma izlenmiştir (Özcan ve ark., 2023). Tütün ve arkadaşlarının

çalışmasında sağlığı geliştirme davranışlarının eğitim ve gelir gruplarına göre anlamlı olarak değiştiği saptanmıştır (Tüzün ve ark., 2023).

Kırsal alanda sağlığı geliştirme davranışlarının beslenme ve fizik aktivite bileşenlerine odaklanan Randall, Sanders, Lamm ve Berg (2023) çalışmasında; ırk, yaş, sosyal normlar, kültürel ve dini faktörlerin sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkili olduğunu saptamış ve kırsalda sağlığı geliştirme projelerinin kültürel ifade ve sosyal normlar dikkate alınarak düzenlenmesini önermiştir (Randall ve ark., 2023).

Sağlığı geliştirme davranışlarına bağlılığı araştıran Recio-Rodriguez ve arkadaşları (2022), kısa bir poliklinik ziyareti sırasında sağlığı geliştirme tavsiyeleri verilen grup ile müdahale uygulanan iki farklı grubu karşılaştırmıştır. Bireysel müdahale, kişilere özel ziyaretler gerçekleştirilmesi; grup müdahalesi, sağlıklı diyet ve fiziksel aktivite konularında sağlık eğitimi verilmesi; toplumsal düzeyde müdahale, yemek pişirme, dans ve benzeri medikal olmayan aktivitelerin sunulması yoluyla uygulanmıştır. Sonuçta müdahale uygulanan grupta sağlığı geliştirme davranışlarına bağlılığın poliklinik ziyareti tavsiyesi alan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Recio-Rodriguez ve ark., 2022). Rubinelli ve Diviani'nin (2020) çalışması da bu sonucu destekler nitelikte olup; sağlığı geliştirme davranışlarındaki değişimlerin; izole yaklaşımlardan ziyade sosyoekolojik yaklaşımlar yoluyla, yapılabirlik-fırsat-motivasyon üçgeni çerçevesinde gerçekleştirilmesinin başarıya ulaşabileceği vurgulanmaktadır (Rubinelli ve Diviani, 2020).

Bireylere sağlığı geliştirme tutum ve davranışlarını kazandırmanın kolay bir hedef olmadığı bilinmekte olup sağlığı geliştirme davranışlarında tek yönlü yaklaşımların kalıcı değişim sağlama başarısının düşük olduğu ortaya koyulmuştur (Rubinelli ve Diviani, 2020). Örneğin, COVID-19 pandemisi sırasında ve sonrasında el hijyeni davranışlarını inceleyen bir çalışmada; pandemi sonrasında el hijyeni gerçekleştirme sıklığının düştüğü saptanmış, bu durumun nedenleri olarak, kolay el yıkama imkanlarının pandemi bitişi ile eski haline dönmesi ve kişilerin temelde panik ve korku yönlendirmesi ile el hijyeni davranışlarını artırmaları gösterilmiştir (Ali ve ark., 2023). Pandemi sürecinde üniversite öğrencileri ile yürütülen bir diğer çalışmada öğrencilerin, beslenme alışkanlıklarının önemi hakkında bilgi sahibi olmalarına karşın sağlıklı (fast food ağırlıklı) beslendikleri sonucuna ulaşılmıştır (Ali ve ark., 2024).

COVID-19 pandemisi öncesi ve sırasında bilişim teknolojileri kullanımını analiz ederek gelecek projeksiyonu gerçekleştiren Ben-Zvi ve Luftman (2022), 21. yüzyıl örgüt yapılarında bilişim teknolojilerinin mevcut kullanımının pandemi sonrasında daha da artacağını, evden ve hibrid çalışma modelleri kullanımının

sıklaşacağını öngörmektedir (Ben-Zvi ve Luftman, 2022). Sağlığı geliştirme davranışları yönünden bakıldığında, pandemi sürecinde ivme kazanan tele sağlık uygulamaları özellikle düşük gelirli toplumlarda sağlığı geliştirme davranışlarının yaygınlaştırılması ve bu yolla sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için umut vaat etmektedir. Bu nedenle düşük gelirli toplumlara gerekli yazılımsal ve donanımsal teknolojik ürünlerin temin edilmesi, internet erişiminin sağlanması/ genişletilmesi, tele sağlık program arayüzlerinin basit ve kullanıcı diline çevrilebilir olması ve bireylere ulusal düzeyde bir seferberlikle asgari dijital sağlık okuryazarlığının sağlanması önerilmektedir (Anaya ve ark., 2022).

2.3. Sağlığı Geliştirme İlişkili Ölçekler

Aşağıda sağlığı geliştirme davranışlarıyla ilişkili uluslararası ve ulusal literatürde yer alan çeşitli ölçüm aracı geliştirme çalışmalarına yer verilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği

Walker ve arkadaşları (1987) tarafından, toplum sağlığı geliştirmeye yönelik yaşam biçimi profillerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 48 maddeden ve “Kendini Gerçekleştirme”, “Sağlık Sorumluluğu”, “Egzersiz”, “Beslenme”, “Kişilerarası Destek” ve “Stres Yönetimi” olmak üzere altı alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin toplamı için Cronbach’s alpha (α) katsayısı 0,922 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach’s α katsayısı ise 0,702 ile 0,904 arasında değişmektedir (Walker ve ark., 1987).

SYBD Ölçeği, Esin (1999) tarafından Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır. Çeviri ölçek de 48 madde ve altı alt faktörden oluşmaktadır. Ölçme aracı, dörtlü Likert tipi (1= Hiçbir zaman; 4=Düzenli olarak) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 48, en yüksek puan ise 192’dir. Ölçeğin Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı alt boyutlar için 0,57 ile 0,77 arasında değişirken, ölçeğin toplamı için 0,91 olarak hesaplanmıştır (Esin, 1999).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) II Ölçeği

Walker ve Hill-Polerecky (1996) tarafından, SYBD Ölçeği’ni geliştirme ve güncelleme amacı taşıyan çalışma 712 yetişkin katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. 52 maddeden oluşan ölçme aracı; “Manevi Gelişim”, “Sağlık Sorumluluğu”, “Fiziksel Aktivite”, “Beslenme”, “Kişilerarası İlişkiler” ve “Stres Yönetimi” alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin alt faktörleri için Cronbach’s α katsayısı 0,793 ile 0,872

arasında değişirken, ölçek toplamı için 0,943 olarak hesaplanmıştır Test tekrar test katsayısı ise 0,892 olarak bulunmuştur (Walker ve Hill-Polerecky, 1996).

SYBD II Ölçeği Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal (2008) tarafından Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır. Çeviri ölçek de 52 madde ve altı alt faktörden oluşmaktadır. Ölçme aracı, dördümlü Likert tipi (1= Hiçbir zaman; 4=Düzenli olarak) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Cronbach's α iç tutarlılık kat sayısı alt boyutlar için 0,64 ile 0,80 arasında değişirken, ölçeğin toplamı için 0,92 olarak hesaplanmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Yaşlı Sağlığını Geliştirme (YSG) Ölçeği

Wang, Lee, Chang, Jane ve Chen (2015) tarafından, 65 yaş ve üstü bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 22 maddeden ve "Sağlık Alışkanlıkları", "Topluma Katılım", "Sağlık Sorumluluğu", "Sağlıklı Beslenme", "Düzenli Egzersiz" ve "Ağız Sağlığı" olarak altı alt faktörden oluşmaktadır. Ölçme aracı, dördümlü Likert tipi (1= Hiçbir zaman; 4=Düzenli olarak) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 88'dir. Cronbach's α 0,87 olarak hesaplanmış olup, alt boyutlar için 0,53 ile 0,89 arasında değişmektedir (Wang ve ark., 2015).

YSG Ölçeği, Gülsoy ve Şenturan (2020) tarafından 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır. Türkçe uyarlama çalışmasında öçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan ise 88'dir. Ölçeğin Cronbach's α iç tutarlılık kat sayısı alt faktörler için 0,80 ile 0,91 arasında değişirken, ölçeğin geneli için 0,96 olarak hesaplanmıştır (Gülsoy ve Şenturan, 2020).

Sağlıklı Olma Kültürü (Healtism) Ölçeği

Alfrey ve arkadaşları (2017) tarafından, öğretmen adaylarının sağlıklı olmaya yönelik tutumları belirlemeye yönelik bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla yapılan çalışmada, 27 maddeden oluşan havuzdan uzman görüşleri doğrultusunda seçilen 17 madde, 211 katılımcıya uygulanmıştır. AFA ve DFA analizleri sonrasında 15 maddeden oluşan ölçek ortaya konulmuştur. Ölçme aracı, dördümlü Likert tipi (1= Hiçbir zaman; 4=Düzenli olarak) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçek genelinde Cronbach's α 0,84 olarak hesaplanmıştır (Alfrey ve ark., 2017).

Healtism Ölçeği, Uğraş, Özen, Aykora ve Yurdakul tarafından 2021 yılında Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır. Analizler sonucunda orijinal ölçekten bir madde çıkarılmıştır. Son durumda uyarlanan ölçek "Bireysel Eylemlerin Eleştirisi" ve

“Yargı” olmak üzere iki alt faktörden, toplamda ise 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçme aracı, beşli Likert tipi (1= Kesinlikle katılmıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı “Bireysel Eylemlerin Eleştirisi” alt boyutu için 0,74, “Yargı” alt faktörü için 0,95 ve ölçeğin geneli için 0,75 bulunmuştur (Uğraş ve ark., 2021).

Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği

Bostan ve arkadaşları (2016) tarafından sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışları değerlendiren bir ölçme aracı geliştirilmesi amacı 117 hemşirelik öğrencisine uygulanmıştır. Ölçek toplam 24 maddeden oluşmaktadır. “Fiziksel”, “Psikososyal” ve “Korunma” olarak üç alt boyuta sahiptir. Ölçme aracı, beşli Likert tipi (1= Kesinlikle katılmıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 120’dir. Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı alt faktörler için 0,61 ile 0,76 arasında değişirken, ölçeğin geneli için 0,83 olarak hesaplanmıştır (Bostan ve ark., 2016).

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği

Yılmaz ve Karahan (2019) tarafından, gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği toplam 29 maddeden ve “Gebelik Sorumluluğu”, “Beslenme”, “Hijyen”, “Fiziksel Aktivite”, “Seyahat” ve “Gebeliği Kabullenme” olmak üzere altı alt faktörden oluşmaktadır. Ölçme aracı, beşli Likert tipi (1= Kesinlikle katılmıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı alt faktörler için 0,63 ile 0,80 arasında değişirken, ölçeğin geneli için 0,83 olarak hesaplanmıştır. Test tekrar katsayısı ise 0,90 bulunmuştur (Yılmaz ve Karahan, 2019).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Yetişkin bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile Sayılı ve arkadaşları (2024) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplam 34 maddeden ve “Egzersiz”, “Sağlık Sorumluluğu”, “Koruyucu Sağlık Faaliyetleri”, “Uyku”, “Stres”, “Sosyal Destek”, “Beslenme”, “Sigara”, “Alkol” olarak dokuz alt faktörden oluşmaktadır. Ölçme aracı, beşli Likert tipi (0= Hiçbir zaman, 1= Nadiren, 2= Ara ara, 3= Sık sık, 4=Her zaman) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçeğin 29, 33 ve 34. soruları ters sorular olup, puanlamaları 0= Hiçbir zaman, 1= Nadiren, 2= Ara ara, 3= Sık sık, 4=Her zaman olarak yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en küçük puan 0, en büyük puan ise 100’dür. Ölçek geneli için Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı 0,863 olarak hesaplanmıştır (Sayılı ve ark., 2024).

Sağlıklı Hayat Tarzı Ölçeği

Yetişkin bireylerde sağlıklı hayat tarzını ölçmek amacı ile, Gökkaya (2025) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplam 32 maddeden ve “Sportif Aktiviteler”, “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi”, “Beslenme ve Kişilerarası İlişkiler” ve “Maneviyat ve Stres Yönetimi” dört alt faktörden oluşmaktadır. Ölçme aracı, yedili Likert tipi (7= Her zaman; 1=Asla) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı alt boyutlar için 0,887 ile 0,953 arasında değişirken, ölçeğin geneli için 0,960 olarak hesaplanmıştır (Gökkaya, 2025).

Uluslararası ve Türkçe literatürde sağlığın geliştirilmesi davranışları alanında çeşitli ölçme araçları yer bulmaktadır (Bostan ve ark., 2016; Courtenay, 1998; Duong ve ark., 2019; Walker ve Hill-Polerecky, 1996; Walker ve ark., 1987). Bununla beraber 21. yüzyılda hızla ilerleme kaydeden ve COVID-19 pandemisi sürecindeki sosyal izolasyon şartlarında ivmesi daha da artan dijitalleşme ve internet teknolojilerinin sağlığı geliştirme davranışları açısından konumunu ele alan ölçme araçlarının sınırlıdır (Heo ve ark., 2023; Koç ve ark., 2024). Bu açıdan PS-SGD Ölçeği’nin, pandemi sonrası dijital çağda çeşitli yaş gruplarından yetişkinlerin sağlığı geliştirme davranışlarına yönelik tutumlarını ölçme konusunda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tez çalışması, Türkiye’de 18 yaş ve üzeri yetişkinlerden oluşan temsili bir örnekleme PS-SGD Ölçeği Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi, geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi amacı ile metodolojik araştırma deseni kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın anket formu Türkiye’nin yetmiş iki farklı ilinde 01.05.2025 ile 25.05.2025 tarihleri arasında çevrimiçi ortamda uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma grubunu Türkiye genelinde 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde literatürde farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür. MacCallum, Widaman, Preacher ve Hong (2001) geleneksel olarak faktör sayısının en az 4 katı örneklem sayısı olması gerektiğini savunmaktadır (MacCallum ve ark., 2001). Örneklem sayısının, madde sayısının 5-10 katı olması gerektiği ise araştırmacılar tarafından genel kabul gören yaklaşımdır (Bentler ve Chou, 1987; Tavşancıl, 2006). Tabachnick ve Fidel (1996), DeVellis (2014) ve Tavşancıl’ın (2010), örneklem büyüklüğünde 300’ü iyi, 500’ü ise çok iyi olarak nitelendirdiği görülmektedir (DeVellis, 2014; Tabachnick ve Fidel, 1996; Tavşancıl, 2010). Literatürde ölçek uyarlama çalışmalarında sıklıkla orijinal ölçek çalışmasında yer alan faktör yapılarının uyarlama yapılan kültüre uygunluğunu test etmek amacıyla, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yerine Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmasının daha uygun olduğu belirtilmiştir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018). Uyarlaması yapılan orijinal ölçeğin yapısının AFA ile keşfedilmiş olduğundan, bu tez çalışmasında PS-SGD Ölçeği Türkçe formunun faktör yapısının Türk kültürüne uygunluğunu doğrulamak için DFA yapılmıştır. Bir DFA modelinde genellikle, örneklem sayısının faktör sayısına oranının 10:1 ile 20:1 arasında olması önerilmektedir (Kline, 2011; Schumacker ve Lomax, 2015). Tez çalışmasında DFA için örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde madde başına 20 kat katılımcı içeren 20:1 kuralı esas alınmıştır. Ölçek formunun 27 maddeden oluştuğu

göz önünde bulundurulduğunda (27*20), en az 540 yetişkin bireyin örnekleme yer alması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma verileri çevrimiçi ortamda “Google Ads” aracılığı ile toplanmıştır. Katılımcılara, çeşitli sosyal medya platformları (X, Instagram vb.) ve web siteleri aracılığıyla çevrimiçi anket bağlantısı ulaştırılmıştır. Anket bağlantısını açarak “Google Forms” formatındaki çevrimiçi anketi cevaplamaya başlayan 795 katılımcıdan 115’i farklı aşamalarda anket formundan çıkış yapmıştır. Katılımcılardan 680’i anket formunu tamamlamıştır. Bu durumda ankete geri dönüş oranı %85,5 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan ve hatalı doldurulan anket formları çalışma dışı bırakıldığında, nihai örneklem 600 katılımcıdan oluşmuş ve analizler bu grup üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme / Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Türkçe okuyup yazabilme ve iletişim kurabilme yeterliliğine sahip olmak,
- İşitme ve görme engeli bulunmamak,
- Mobil cihaz ve internet erişimine sahip olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmaya alınmama kriterleri:

- 18 yaş altında olmamak,
- Türkçe okuyup yazabilme ve/veya iletişim kurabilme yeterliliğine sahip olmamak,
- İşitme ve/veya görme engeli bulunmak,
- Mobil cihaz ve/veya internet erişimine sahip olmamak,
- Araştırmaya katılmayı reddetmek.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, yaşanan yerleşim biriminin karakteri, yaşanan şehir, hanenin toplam geliri, hanede yaşayan kişi sayısı, günlük uyku süresi (saat), uyku düzeni durumu, günlük fiziksel aktivite süresi (dakika / saat), düzenli yapılan fiziksel aktiviteler, algılanan sağlık ve algılanan dinlenme durumu, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık mevcudiyeti, COVID-19 pandemisi sürecinde seropozitif çıkma ve

aşılma durumu, pandemi sonrası algılanan ruh sağlığı, günlük mobil cihaz kullanımı (saat), günlük uzanarak / uyuyarak geçirilen süre (saat) ve sağlık hizmetlerine erişim bilgilerini sorgulayan 25 maddeden oluşmaktadır (EK.1).

3.5.2. Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği

Heo ve arkadaşları (2023) tarafından dijital çağda genç yetişkinlerin pandemi sonrası sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (EK.2). PS-SGD Ölçeği, 8 madde “Duygusal ve Sosyal Sağlık”, 5 madde “Kişisel Hijyen”, 5 madde “Beslenme Alışkanlıkları”, 2 madde “Sağlık Yönetimi”, 4 madde “Mobil Cihaz Kullanımı” ve 3 madde “Fiziksel Aktivite” olmak üzere toplam 6 faktör ve 27 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (Heo ve ark., 2023). Her bir alt faktör, beş derecelendirme (1= Kesinlikle katılmıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum) kullanılarak tanımlanmıştır. PS-SGD Ölçeği’nde "Duygusal ve Sosyal Sağlık" faktöründen alınan puan yüksekliği bireylerin duygusal ve sosyal sağlık durumlarındaki iyilik halini; "Kişisel Hijyen" faktöründen alınan puan yüksekliği bireylerin kişisel hijyen uygulamalarına uyumlarını; "Beslenme Alışkanlıkları" faktöründen alınan puan yüksekliği bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip olduklarını; "Sağlık Yönetimi" faktöründen alınan puan yüksekliği bireylerin kendi sağlıklarını yönetme becerilerinin gelişmişliğini; "Mobil Cihaz Kullanımı" faktöründen alınan puan yüksekliği bireylerin mobil cihazları kullanırken mobil cihazların olası olumsuz sağlık etkilerinden korunmada yetkin olduklarını; “Fiziksel Aktivite” faktöründen alınan puan yüksekliği ise bireylerin fizik aktiviteye yatkınlıklarını göstermektedir. Genel olarak tüm faktörlere ait yüksek puanlar sağlığı geliştirme davranışlarına karşı olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Duygusal ve Sosyal Sağlık, Kişisel Hijyen, Beslenme Alışkanlıkları, Sağlık Yönetimi, Mobil Cihazların Kullanımı, Fiziksel Aktivite alt boyutları için Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı sırası ile 0,86, 0,80, 0,81, 0,57, 0,73 ve 0,72 bulunmuştur (Heo ve ark., 2023).

3.5.3. Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği

Alfrey ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen ölçek (Alfrey ve ark., 2017), Uğraş ve arkadaşları tarafından 2021 yılında Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır. Sağlıklı

Olma Kültürü Ölçeği, “Bireysel Eylemlerin Eleştirisi” ve “Yargı” olmak üzere iki alt boyutta toplam 14 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir. Ölçme aracı, beşli Likert tipi (1= Kesinlikle katılmıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır (EK.3). Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı “Bireysel Eylemlerin Eleştirisi” alt boyutu için 0,74, “Yargı” alt boyutu için 0,95 ve ölçeğin geneli için 0,75 bulunmuştur (Alfrey ve ark., 2017; Uğraş ve ark., 2021).

3.5.4 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form

Duong ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen ölçme aracı, Karahan Yılmaz ve Eskici tarafından 2021 yılında Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır (Duong ve ark., 2019; Karahan Yılmaz ve Eskici, 2021). Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği, “Sağlık Hizmetleri”, “Hastalıklardan Korunma” ve “Sağlığı Geliştirme” olmak üzere üç alt boyutta toplam 12 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0-50 arasında değişmekte olup, yüksek puan daha gelişmiş bir sağlık okuryazarlığı durumunu göstermektedir. Ölçme aracı, dördümlü Likert tipi (1= Çok zor; 5=Çok kolay) ölçek kullanılarak tanımlanmıştır. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır (EK.4). On iki maddelik ölçeğin geneli için Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı 0,856 olarak bulunmuştur (Duong ve ark., 2019; Karahan Yılmaz ve Eskici, 2021).

3.5.5. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware, Kosinski ve Keller’in 1994 yılındaki çalışmaları ile ortaya koydukları “SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales” ölçeğinin kısa formu olan “Short-Form Health Survey” (Ware ve ark., 1994), Soylu ve Kütük (2022) tarafından Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır (Soylu ve Kütük, 2022). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, “Fiziksel İşlevsellik”, “Fiziksel Rol”, “Beden Ağrısı”, “Genel Sağlık”, “Enerji”, “Sosyal İşlevsellik”, “Duygusal Rol” ve “Mental Sağlık” olarak sekiz faktör ve 12 maddeden oluşmakta olup, fiziksel ve mental sağlık bileşenleri mevcuttur. Fiziksel ve duygusal rol faktörlerinin maddeleri evet veya hayır olarak iki seçenekliken, diğer maddeler 3 ve 6 arasında değişen Likert tipi seçeneklere sahiptir (EK.5). Ölçek analizi için fiziksel ve mental bileşen özet puanları (FBÖ ve MBÖ) değerlendirilmiş olup; Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı FBÖ için 0,73, MBÖ için 0,72 olarak bulunmuştur (Soylu ve Kütük, 2022; Ware ve ark., 1994).

3.6. Ölçek Uyarlama Süreci

Bir ölçeğin aracının farklı kültürel bağlamlarda kullanılmak üzere uyarlanmasına ilişkin literatürde standartlaşmış bir yaklaşım olmamakla birlikte kültürler arası uyarlama çalışmaları için farklı sayıda benzer adımlar önerilmektedir. Bu tez çalışmasında Gjersing, Caplehorn ve Clausen'in (2010) ölçek uyarlama çalışmaları için önerdiği adımlar izlenmiştir (Gjersing ve ark., 2010). Kavramsal ve madde eşdeğerliğinin incelenmesinin ardından dil geçerliğinin sağlanmasında Brislin, Lonner ve Thorndike (1973) tarafından önerilen çeviri-geri çeviri yöntemi esas alınmıştır (Brislin ve ark., 1973).

3.6.1. Kavramsal Eşdeğerlik ve Madde Eşdeğerliği

Bu aşamada ölçek ile temel kavram arasında orijinal dilde ve hedef dilde aynı ilişki olup olmadığının saptanması hedeflenmektedir. İlk olarak kavramsal ve madde eşdeğerliği araştırmacı ve tez danışmanı tarafından yapılan bir literatür taramasıyla değerlendirilmiştir. Ardından ölçeğin kapsam geçerliğini artırmak amacı ile dört alan uzmanı (2 tıp, 2 sağlık yönetimi) ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu aşamaların temel hedefi, ölçeğin orijinal formunda yer alan kavramların yeni kültürel bağlamda da anlamlı ve geçerli olup olmadığını değerlendirmektir (Reichenheim ve Moraes, 2007). Uzmanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda herhangi bir maddede düzeltme yapılmamıştır.

3.6.2. Dil ve İçerik Geçerliği

Bu aşama, farklı bir dilde geliştirilmiş ölçeğin araçlarının hedef dile uyarlanmasında izlenmesi önerilen yöntemsel süreci temel almakta olup, Brislin ve arkadaşlarının (1973) önerdiği yönteme dayandırılmaktadır (Brislin ve ark., 1973). Çalışmada ilk aşamada etik kurula sunulmak üzere, orijinal ölçeğin hedef dile çevirisi İngilizceye hâkim danışman (AB) tarafından yapılmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra Brislin ve arkadaşları (1973) tarafından önerilen yöntem kullanılarak ölçeğin çeviri çalışması yapılmıştır (Brislin ve ark., 1973). Bu doğrultuda, ölçeğin çeviri çalışmasında izlenen basamaklar şu şekildedir:

- Hedef dile ilk çeviri,
- İlk çeviriyi değerlendirme,
- Kaynak dile geri çeviri,

- Geri çevirinin tekrar değerlendirilmesi,
- Uzman görüşlerine başvurma.

Aşama I-İlk Çeviri: Bu kapsamda ölçek ilk olarak, anadili Türkçe olup İngilizce dil yeterliliği yüksek olan bağımsız üç uzman tarafından, İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Mümkün olan en iyi çeviriyi sağlamak için bağımsız üç çevirmen seçilmiştir ve tüm çevirmenler İngiliz dili alanında akademisyen olarak görev yapmaktadır. Ölçülen kavramlarla ilgili ön bilgi sahibi olmayan çevirmenlerin seçilmesi sağlanarak önyargısız ve tarafsız bir çeviri elde edilmesi hedeflenmiştir.

Aşama II-Çevirilerin Değerlendirilmesi: İlk üç çevirmenin çeviri farklılıklarının değerlendirilmesi amacıyla bağımsız bir çevirmen tarafından her üç çevirinin sentezi gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada çeviriler, anlaşılabilirlik, kelime ve cümle yapıları ile kültüre uygunluk dikkate alınarak gözden geçirilmiş ve mutabakata varılmıştır.

Aşama III-Geri Çeviri: İlk değerlendirme sonucunda gelen öneriler doğrultusunda yapılan değişikliklerin ardından üzerinde uzlaşılan ölçeğin Türkçe çevirisi, ana dili Türkçe olan ve iyi derecede İngilizce bilen çift dilli ancak bu kez ilk çeviriyi yapanlardan farklı ve doktora derecesine sahip bir çevirmen tarafından orijinal dile geri çevrilmiştir.

Aşama IV-Geri Çevirinin Değerlendirilmesi: Kaynak dile yapılan geri çeviri neticesinde elde edilen ölçek ile orijinal ölçek bağımsız iki geri çevirmen tarafından değerlendirmeye tabi tutulmuş ve çeviriye etki etmeyecek şekilde anlam üzerinde önemli fark yaratmayan bazı düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

Aşama V-Uzman Değerlendirmesi: Son aşama olarak kaynak ve hedef versiyonlar arasında anlamsal, deyimsel, deneyimsel ve kavramsal düzeyde eşdeğerliğin sağlanması amacı ile dokuz (9) uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar her bir boyuttaki maddelerin ilgili kavramı ne ölçüde temsil ettiğini değerlendirmiştir. Bu değerlendirme, uyarlanan ölçeğin hedef kültürde geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabilmesi açısından kritik bir adımdır (Guillemin, Bombardier ve Beaton, 1993).

Uzman komitesi; bir (1) ölçek geliştirme deneyimi olan akademisyen, sağlık yönetimi alanında bir (1) akademisyen, altı (6) aile hekimi ve bir (1) hemşirelik alanında akademisyen oluşmaktadır. Uzman görüşlerinin sistematik biçimde toplanmasında Davis (1992) tekniği kullanılmıştır (Davis, 1992). Araştırmacılar tarafından oluşturulan “Uzman Değerlendirme Formu” aracılığıyla, her madde dörtlü

bir ölçekte sınıflandırılmıştır: “Uygun değil”, “Biraz uygun”, “Oldukça uygun”, “Çok uygun”.

Toplanan veriler doğrultusunda, her madde için Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ortalamalar üzerinden elde edilir. Elde edilen KGO değeri için 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2005). PS-SGD Ölçeği 27 maddesi için KGO değerleri 0,81 ile 1,00 arasında hesaplanmış, genel Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) ise yaklaşık 0,905 olarak bulunmuştur (Yurdugül ve Aşkar, 2008).

Uzman geri bildirimleri doğrultusunda bazı maddelerde düzenlemeler yapılmıştır (Örneğin; “Her gün olumlu bir zihin yapıysındayım.” maddesi “Her günümü pozitif düşünerek geçiririm.” şeklinde düzenlenmiştir.). Uzman değerlendirmeleri sonucunda ölçekten çıkarılan herhangi bir madde bulunmamaktadır. Bu uzman değerlendirmelerinin sonucunda ölçeğe son şekli verilmiş; orijinal maddeler, Türkçe çeviri maddeler ve geri çeviri maddelerini içeren bir belge elektronik posta olarak orijinal ölçeğin sorumlu yazarına gönderilerek var ise ek önerileri talep edilmiştir. Yazarın cevabı ek öneri içermeksizin Türkçe ölçeğin uygun olduğu yönünde alınmıştır. Bunun üzerine mevcut Türkçe çeviri ölçeğin bu araştırmada kullanılmasına karar verilmiştir.

3.6.3. Pilot Çalışma

Dil ve kapsam geçerliği sağlanan ölçeğin, gerçek çalışma grubuna uygulamadan önce, katılımcılar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek amacı ile 37 katılımcı ile yüz yüze ve kâğıt-kalem türü anket yöntemi ile bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda çalışmada ölçek derecelemesi; (1) “kesinlikle katılmıyorum”, (5) “kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert tipi bir ölçek olarak tasarlanmıştır. PS-SGD Ölçeği 27 olumlu maddeden oluşmaktadır. Ön testte katılımcıların, her bir maddeyi açıklayarak anket üzerine notlar almaları istenmiş, sonrasında ilgili maddenin anlaşılıp anlaşılmadığı araştırmacılar tarafından not alınmıştır (Reichenheim ve Moraes, 2007). Ön çalışmada araştırmacılar, gelen yanıtlar doğrultusunda form üzerinde gerekli düzenlemeleri yapmıştır. Ön testin ardından maddeler yeniden gözden geçirilerek, DFA öncesi forma son şekli verilmiştir.

3.6.4. Yapı Geçerliliği

Literatürde ölçek uyarlama çalışmalarında sıklıkla, orijinal ölçek çalışmasında yer alan faktör yapılarının uyarlama yapılan kültüre uygunluğunu test etmek amacıyla AFA yerine DFA yapılmasının daha uygun olduğu belirtilmiştir (Çokluk ve ark., 2018). Çalışmamızda PS-SGD Ölçeği'nin Türk yetişkinlerden oluşan örnekleme faktör yapısının doğrulanması için DFA yapılmıştır. DFA, AFA aracılığıyla belirlenen faktörlerin ve ilişkilerin geçerliğini farklı bir örneklem grubu üzerinde incelemekte, faktörlerin teorik yapıyı açıklamada yeterli olup olmadığını ortaya koymaktadır (Özdamar, 2013). Ölçüm modelinin istatistiksel uyumu değerlendirilirken, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), standardize edilmiş ortalama hataların karekökü (SRMR) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) uyum iyiliği göstergeleri kullanılmaktadır. Ki-kare (χ^2) değerinin serbestlik derecesine oranının (χ^2/df) 3'ten küçük olması (Kline, 2011), CFI ve Tucker-Lewis Uyum İndeksi (TLI) değerlerinin 0,95'e eşit ya da üzerinde olması (Hu ve Bentler, 1999), RMSEA ve SRMR değerlerinin ise 0,080'e eşit ya da küçük olması (Hu ve Bentler, 1999) durumlarında verilerin modele iyi uyum sağladığı kabul edilmektedir. PS-SGD Ölçeği'nin geçerlik analizleri kapsamında ölçeğin alt boyutlarının birbirleri ile ilişkileri Pearson korelasyon katsayıları aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları yorumlanırken 0,9-1,0 arası çok güçlü, 0,7-0,89 arası güçlü, 0,4-0,69 arası orta, 0,1-0,39 arası zayıf ve 0,0-0,1 arası göz ardı edilebilir ilişki seviyesi olarak kabul edilmiştir (Schober, Boer ve Schwarte, 2018).

Ardından, yakınsak geçerlik kapsamında, PS-SGD Ölçeği alt boyutları (duygusal ve sosyal sağlık, kişisel hijyen, beslenme alışkanlığı, sağlık yönetimi, mobil cihaz kullanımı, fiziksel aktivite ve toplam ölçek puanı) ile sağlıklı olma kültürünün bireysel eylemlerin eleştirisi ve yargı alt boyutları, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin fiziksel ve mental bileşenleri arasında Pearson korelasyon analizleri gerçekleştirilerek, aralarında kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı düzeyde korelasyonların bulunması hedeflenmiştir.

3.6.5. Ölçüm Değişmezliği

DFA sonrasında cinsiyete göre ölçüm değişmezliği test edilmiştir. Ölçüm değişmezliği, bir yapının farklı gruplar veya ölçüm durumları arasındaki eşdeğerliğini değerlendirerek, bu gruplar veya tekrarlanan ölçümler arasında aynı anlama sahip

olduğunu gösterir. Ölçüm değişmezliği test edilmeden önce çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Ölçüm değişmezliği çalışmaları, elde edilen verilerin bir modele uydurulmasına dayanır. Eğer gruplardan herhangi birinde aykırı değerlerden kaynaklanan bir yanlılık var ise faktör yüklerini, kesişim noktalarını ve hata varyanslarını etkilemesi muhtemeldir (van de Schoot, Lugtig ve Hox, 2012). Mevcut çalışmada dört ölçüm değişmezliği test edilmiştir: 1. Yapısal değişmezlik (configural) ve model formunun eşdeğerliği, 2. Faktör yüklerinin eşdeğerliği için metrik değişmezlik (metric), 3. Madde kesişmelerinin veya eşiklerin eşdeğerliği için skaler değişmezlik (scalar), 4. Maddelerin kalıntılarının veya benzersiz varyanslarının eşdeğerliği için katı değişmezlik (strict or invariant uniqueness).

Ölçüm değişmezliğinde iki model için uyum istatistikleri arasındaki farklar hesaplanmıştır ($\Delta RMSEA$, ΔCFI , $\Delta SRMR$). Model eşdeğerliğinde $\Delta\chi^2$, ΔCFI değerleri incelenmiştir. ΔCFI değerinin -0,01'den küçük veya eşit, $\Delta RMSEA$ değerinin ise 0,015'ten küçük veya eşit olması kriter olarak alınmıştır (Chen, 2007; Meade, Johnson ve Braddy, 2008). Metrik değişmezlik için $\Delta SRMR$ değerinin 0,030'dan, skaler değişmezlik için ise 0,015'ten eşit veya küçük sonuçlar kabul edilmiştir (Chen, 2007).

3.6.6. Güvenirlik

PS-SGD Ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde, iç tutarlılık için Cronbach's α , McDonald's omega(ω) ve birleşik güvenirlilik (CR) katsayıları hesaplanmıştır. Her bir maddenin yapı içerisindeki gerekliliğini incelemek amacıyla düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ölçümü yapılmış ve madde çıkarıldığı zaman elde edilen Cronbach's α katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach's α , McDonald's ω ve CR için 0,70'ten yüksek değerler, ölçekteki maddelerin iç tutarlılığının iyi seviyede olduğunu göstermektedir (Gliem ve Gliem, 2003). Her bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin değerlendirilmesinde maddelerin toplam puanla olan korelasyon ölçümü yapılmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayısı için belirli bir standart olmamakla beraber 0,50 ve üzeri değerlerin anlamlı olduğu belirtilmekte, uygulamada çoğunlukla korelasyonların negatif olmaması ve 0,30'un üzerinde olması beklenmektedir (Uysal ve Özcan, 2011). Bu nedenle çalışmada madde korelasyon katsayılarında 0,30 değeri ölçüt olarak alınmıştır (Tavşancıl, 2019). Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,40'ın üzerinde olan maddelerin ayırt edicilik özelliği çok

iyi; 0,21 ile 0,40 arasında olan maddelerin ayırt edicilik özelliği iyi; 0,20'nin altında olan maddelerin ayırt edicilik özelliği kötü olarak değerlendirilmektedir (Şencan, 2005). Ölçeğin zamana karşı kararlılığını incelemek amacıyla 37 katılımcıdan oluşan bir örneklem üzerinde test tekrar test güvenilirliği analizleri yapılmıştır. Her bir alt boyut ile toplam puan için Sınıf İçi Korelasyon Katsayıları (ICC), İki Yönlü Karışık Etkiler Modeli (ICC [3,1]) altında mutlak uyum (absolute agreement) esas alınarak hesaplanmıştır.

Cicchetti'ye (1994) göre, ICC değerlerinin 0,75 ve üzeri olması yüksek, 0,60– 0,74 arası orta düzeyde, 0,40–0,59 arası kabul edilebilir, 0,40'ın altı ise düşük güvenilirlik düzeyine işaret etmektedir (Cicchetti, 1994).

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada ihtiyaç duyulan veriler çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmada, zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeniyle daha geniş bir katılımcı kitlesine daha kolay ulaşabilmek amacıyla hızlı ve basit bir yöntem olan kolayda örnekleme (convenience sampling) stratejisi kullanılmıştır (Cohen, 2013). Çalışma grubu “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile çalışma hakkında bilgilendirdikten sonra rızaları alınarak anketi doldurmaları istenmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin tümü RStudio programında, seri aracılık analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 paket programının PROCESS Macro eklentisi ile yapılmıştır.

Veri analizi kapsamında öncelikle örneklem grubunun demografik özelliklerini incelemek amacıyla frekans analizleri uygulanmıştır. Ardından, tanımlayıcı istatistikler kapsamında sürekli nicel değişkenler için (yaş, hanede yaşayan kişi sayısı, günlük uyku süresi, mobil cihaz kullanımı ve oturarak geçirilen süre gibi) ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Uyarlanan ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çeşitli istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, madde analizi kapsamında maddelerin ortalama, standart sapma, düzeltilmiş madde toplam korelasyonları ve maddenin silinmesi durumunda Cronbach's α katsayıları incelenmiş; bu analizlerle maddelerin iç tutarlılığa katkısı değerlendirilmiştir. Madde toplam korelasyon değerinin 0,30'un üzerinde olmasının, her bir maddenin ölçeğin

genel bütünlüğünde rol oynadığını gösterdiği kabul edilmiştir (Cristobal, Flavián ve Guinaliú, 2007). Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek üzere DFA yapılmıştır. DFA analizleri, RStudio ortamında “lavaan” paketinde Diyagonal Ağırlıklı En Küçük Kareler (Diagonally Weighted Least Squares-DWLS) yöntemi ile yürütülmüştür. DFA’da model uyumunu değerlendirmek için çeşitli uyum indeksleri esas alınmıştır. Bu kapsamda, CFI ve TLI için 0,95 ve üzeri değerler mükemmel uyumu, RMSEA için 0,08 ve altı değerler kabul edilebilir uyumu, SRMR değerinin 0,08’in altında olması ise iyi uyumu göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999). Ölçeğin iç tutarlılığı hem Cronbach’s α hem de McDonald’s ω katsayıları ile değerlendirilmiştir. Veri setinin normalliği, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Hair, Black, Babin ve Anderson (2010) ile Byrne (2010) tarafından önerilen sınırlar esas alınarak, çarpıklığın -2 ile +2, basıklığın ise -7 ile +7 arasında olması durumunda verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir (Hair ve ark., 2010; Byrne, 2010). Bu tez çalışmasında çarpıklık ve basıklık değerleri bu sınırlar dahilinde kaldığından, analizlerde parametrik testlerin kullanımı uygun görülmüştür. Yakınsak geçerlik analizlerinde, ölçek alt boyutları ile kuramsal olarak ilişkili olduğu düşünülen dış ölçütler (sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi bileşenleri ve sağlıklı olma kültürü) arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ayrıca, ölçeğin alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkileri de korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin farklı cinsiyet gruplarında aynı yapıyı ölçüp ölçmediğini belirlemek amacıyla cinsiyete göre ölçüm değişmezliği analizi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda konfigürasyonel, metrik, skaler ve katı değişmezlik modelleri ardışık olarak test edilmiştir. Son olarak, yordayıcı geçerlik analizinde, sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi bileşenlerinin seri aracı rolü PROCESS makrosu (Model 6; Hayes, 2018) ile test edilmiştir. Aracı analizlerde bootstrap yöntemiyle 5000 tekrar alınarak güven aralıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada gerçekleştirilen aracılık analizlerinde, aracılık etkisinin varlığına ilişkin değerlendirmelerde Zhao, Lynch ve Chen’in (2010) önerdiği kriterler esas alınmıştır. Bu yaklaşıma göre, dolaylı etkilerin bootstrap güven aralıkları sıfırı içermediğinde aracılık etkisinin anlamlı olduğu kabul edilmektedir ve dolaylı etkilerin toplam, doğrudan ve dolaylı yollar üzerinden etkilerinin dağılımı dikkate alınmaktadır (Zhao ve ark., 2010).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Literatür taraması sonucunda uyarlanmasına karar verilen orijinal ölçeğin sorumlu yazarı Hyun-Young Kim'den Mayıs 2024 tarihinde (EK.6), ölçüt bağıntılı geçerlik çalışması için için kullanılan ölçeklerin yazarları; Cem Soylu, Sinan Uğraş ve Günay Eskici'den Aralık 2024- Şubat 2025 tarihlerinde izin e-postaları alınmıştır (EK.7, EK.8 , EK.9). Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (EK.10). Anketi online ortamda cevaplamaya başlayan katılımcılara ilk olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sunulmuş olup, onay veren kişiler anket sorularına erişim sağlayabilmiştir (EK.11).

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmada zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeni ile çalışmada kolayda örnekleme stratejisi seçilmiştir. Rastgele örnekleme yerine kolayda örnekleme yapılması katılımcılara ulaşımında yanlılık ihtimali taşımaktadır. Araştırmanın anket metni PS-SGD Ölçeği Türkçe formuna ek olarak ölçüt bağıntılı geçerlik ölçme araçlarını da içermektedir. Bu nedenle toplam madde sayısı artmış olup, bazı katılımcıların anketi tamamlamadan cevaplamayı sonlandırmasına neden olmuştur. Araştırmanın örnekleminde katılımcıların yaş sınırı 18 ve üstü olarak belirlenmiştir. Ancak çevrimiçi olarak sunulan anket metni dijital erişim ve yetkinlik gerektirdiğinden cevaplayanlar arasında 60 yaş üstü katılımcıların sayısının görece düşük kaldığı gözlenmiştir. Tüm bunlar araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında Türk kültürüne uyarlanan PS-SGD Ölçeği'ne ilişkin madde analizi, doğrulayıcı faktör analizi, güvenirlik analizi, ölçüt bağıntılı geçerlik ve yordama geçerliği analizi sonuçları incelenecektir.

Veri analizi kapsamında öncelikle örneklem grubunun demografik özelliklerini incelemek amacıyla frekans analizleri uygulanmıştır. Ardından, tanımlayıcı istatistikler kapsamında yaş, hanede yaşayan kişi sayısı, günlük uyku süresi, mobil cihaz kullanımı ve oturarak geçirilen süre gibi sürekli değişkenlere ait ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Uyarlanan ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çeşitli istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, madde analizi kapsamında maddelerin ortalama, standart sapma, düzeltilmiş madde toplam korelasyonları ve silinmesi durumunda Cronbach's α katsayıları incelenmiş; bu analizlerle maddelerin iç tutarlılığa katkısı değerlendirilmiştir. Ölçme aracındaki maddelerin bütünlüğünü değerlendirirken madde toplam korelasyon değerinin 0,30'un üzerinde olması amaçlanmıştır (Cristobal ve ark., 2007). Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek üzere DFA yapılmıştır. DFA'da model uyumunu değerlendirmek için çeşitli uyum indeksleri esas alınmıştır. Bu kapsamda, CFI ve TLI için 0,90 ve üzeri değerler kabul edilebilir uyumu, 0,95 ve üzeri değerler ise mükemmel uyumu göstermektedir. RMSEA için 0,08'in altı kabul edilebilir, 0,05'in altı ise iyi uyuma işaret etmektedir. SRMR değerinin 0,08'in altında olması ise iyi uyumu göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999; Kline, 2005). Ölçeğin iç tutarlılığı hem Cronbach's α hem de McDonald's ω katsayıları ile değerlendirilmiştir. Veri setinin normalliğinin belirlenmesinde çarpıklığın -2 ile +2, basıklığın ise -7 ile +7 arasında olması durumunda verilerin normal dağıldığı kabul edilmiş (Byrne, 2010; Hair ve ark., 2010), bu tez çalışmasında tüm değişkenler üstte verilen sınırlar dahilinde kaldığından parametrik testler kullanılmıştır. Yakınsak geçerlik analizlerinde, ölçek alt boyutları ile sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi bileşenleri ve sağlıklı olma kültürü ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ayrıca, ölçeğin alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkileri de korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçme aracının farklı cinsiyet gruplarında aynı yapıyı ölçüp ölçmediğini belirlemek amacıyla, cinsiyete göre ölçüm değişmezliği analizi; konfigürasyonel, metrik, skaler ve katı değişmezlik modelleri ile test edilmiştir. Yordayıcı geçerlik analizinde, sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları

üzerindeki etkisinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi bileşenlerinin seri aracı rolü PROCESS makrosu (Model 6; Hayes, 2018) ile test edilmiştir (Hayes, 2018). Aracı analizlerde bootstrap yöntemiyle 5000 tekrar alınarak güven aralıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada gerçekleştirilen aracılık analizlerinde, aracılık etkisi değerlendirilirken Zhao ve arkadaşlarının (2010) önerdiği kriterler temel alınmıştır (Zhao ve ark., 2010). Buna göre, dolaylı etkilerin bootstrap güven aralıkları sıfırı içermediğinde aracılık etkisinin anlamlı olduğu kabul edilmekte ve dolaylı etkilerin toplam, doğrudan ve dolaylı yollar üzerinden dağılımı dikkate alınmaktadır.

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %67,8'inin kadın (n = 407), %32,2'sinin ise erkek (n = 193) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %40,0'ını (n = 246) 18-30 yaş arası, %46,7'sini (n = 280) 31-45 yaş arası, %12,3'ünü (n = 74) ise 46-75 yaş arası bireylerin oluşturduğu; medeni durum açısından bakıldığında katılımcıların %61,2'sinin (n = 367) evli, %38,8'inin (n = 233) bekar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %38,2'sinin (n = 229) çalıştığı, %14,0'ının (n = 84) işsiz, %5,0'ının (n = 30) emekli, %14,5'inin (n = 87) öğrenci ve %28,3'ünün (n = 170) ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, çoğunlukla lisans mezunu (%35,7; n = 214) ve lise mezunu (%33,2; n = 199) oldukları görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %18,2'si ön lisans (n = 109), %8,7'si ilköğretim (n = 52), %2,8'i yüksek lisans (n = 17) ve %1,5'i ise okuryazar (n = 9) düzeyindedir.

Katılımcıların yaşadıkları bölge açısından dağılımlarına bakıldığında, en fazla Marmara Bölgesi'nden katılımcıların bulunduğu (%32,8; n = 197), ardından İç Anadolu Bölgesi (%17,6; n = 105) ve Akdeniz Bölgesi'nin (%14,7; n = 88) geldiği belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunlukla il merkezlerinde (%68,5; n = 411) yaşadığı, ilçe merkezlerinde yaşayanların oranının %25,5 (n = 153), köylerde yaşayanların oranının ise %6,0 (n = 36) olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik düzey açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının (%71,8; n = 431) orta, %26,2'sinin (n = 157) düşük ve %2,0'sinin (n = 12) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Son bir ay içindeki uyku düzenleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %49,5'inin (n = 297) düzensiz, %34,5'inin (n = 207) düzenli, %11,7'sinin (n = 70)

çok düzensiz ve %4,3'ünün (n = 26) çok düzenli uyku düzenine sahip olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların son bir ay içindeki düzenli fiziksel aktiviteleri incelendiğinde; en çok yapılan aktivitenin yürüyüş (%81,8; n = 491) olduğu, bunu ev egzersizlerinin (%20,8; n = 125) takip ettiği görülmektedir. Diğer aktiviteler sırasıyla koşu (%10,3; n = 62), bisiklet (%7,5; n = 45), fitness (%6,8; n = 41), takım sporları (%5,3; n = 32), yoğun fiziksel efor gerektiren ev işleri (%0,3; n = 2) ve diğer aktiviteler (%0,7; n = 4) olarak belirlenmiştir. Günlük fiziksel aktivite süresi açısından bakıldığında katılımcıların %72,5'inin (n = 435) günlük 60 dakikadan az, %27,5'inin (n = 165) ise 60 dakikadan fazla fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir.

Genel sağlık durumları incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının sağlık durumunu orta (%46,7; n = 280) veya iyi (%40,0; n = 240) olarak değerlendirdiği, %8,2'sinin (n = 49) çok iyi, %4,2'sinin (n = 25) kötü ve %1,0'ının (n = 6) çok kötü sağlık durumuna sahip olduğu saptanmıştır. Son bir ay içinde dinlenmiş hissetme durumları değerlendirildiğinde ise katılımcıların %40,5'i (n = 243) az dinlenmiş hissettiğini, %22,3'ü (n = 134) ne dinlenmiş ne yorgun hissettiğini, %18,5'i (n = 111) hiç dinlenmiş hissetmediğini, %15,7'si (n = 94) dinlenmiş hissettiğini ve %3,0'ı (n = 18) tamamen dinlenmiş hissettiğini belirtmektedir.

Sigara kullanım durumları açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının (%52,2; n = 313) hiç sigara kullanmadığı, %33,2'sinin (n = 199) halen kullandığı, %14,7'sinin (n = 88) ise daha önce kullandığı ancak şu anda kullanmadığı belirlenmiştir. Alkol kullanım sıklığı incelendiğinde, katılımcıların %74,0'ının (n = 444) hiç alkol kullanmadığı, %21,5'inin (n = 129) nadiren, %3,5'inin (n = 21) haftada 1-2 kez ve %1,0'ının (n = 6) ise daha sık alkol tükettiği saptanmıştır.

Kronik hastalık varlığı açısından katılımcıların %80,0'ının (n = 480) herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, %20,0'ının (n = 120) ise kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %49,0'ı (n = 294) COVID-19 geçirdiğini, %51,0'ı (n = 306) ise COVID-19 geçirmediğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %77,0'ı (n = 462) COVID-19 aşısı olduğunu, %23,0'ı (n = 138) ise aşı olmadığını ifade etmiştir.

Son olarak, pandemi sonrası katılımcıların ruh sağlığı durumu incelendiğinde; en büyük oranın orta düzeyde (%42,7; n = 256) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %27,8'i (n = 167) ruh sağlığını iyi, %20,0'ı (n = 120) kötü, %5,2'si (n = 31) çok iyi ve %4,3'ü (n = 26) ise çok kötü olarak değerlendirmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı açısından ise katılımcıların %46,7'sinin (n = 280) sağlık hizmetlerine

erişiminin kolay olduğunu, %24,7'sinin (n = 148) zor, %20,0'ının (n = 120) çok kolay ve %8,7'sinin (n = 52) ise çok zor olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir. Bu bilgiler Tablo 4.1.'de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Dağılımları

	Kişi Sayısı (n)	Frekans (%)
Cinsiyet		
Erkek	193	32,2
Kadın	407	67,8
Yaş		
18-30	246	41,0
31-45	280	46,7
46-75	74	12,3
Medeni Durum		
Evli	367	61,2
Bekar	233	38,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	229	38,2
İşsiz	84	14,0
Emekli	30	5,0
Öğrenci	87	14,5
Ev hanımı	170	28,3
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar	9	1,5
İlköğretim	52	8,7
Lise	199	33,2
Ön lisans	109	18,2
Lisans	214	35,7
Yüksek lisans	17	2,8

Tablo 4.1. Devamı: Katılımcıların Demografik Dağılımları

	Kişi Sayısı (n)	Frekans (%)
Yaşanılan Bölge		
Akdeniz	88	14,7
Doğu Anadolu	33	4,5
Ege	58	9,7
Güneydoğu Anadolu	56	9,4
Karadeniz	63	10,6
Marmara	197	32,8
İç Anadolu	105	17,6
Yerleşim Birimi		
Köy	36	6,0
İlçe	153	25,5
İl	411	68,5
Gelir Düzeyi		
Düşük	157	26,2
Orta	431	71,8
Yüksek	12	2,0
Uyku Düzeni (Son 1 ay içinde)		
Çok düzensiz	70	11,7
Düzensiz	297	49,5
Düzenli	207	34,5
Çok düzenli	26	4,3
Düzenli Fiziksel Aktivite (Son 1 ay içinde)		
Yürüyüş	491	81,8
Koşu	62	10,3
Ev egzersizleri (pilates, yoga, vs.)	125	20,8
Bisiklet	45	7,5
Takım sporları (futbol, basketbol vb.)	32	5,3
Fitness / spor salonu	41	6,8
Ev işleri (yoğun fiziksel efor gerektiren)	2	0,3
Diğer	4	0,7
Günlük Fiziksel Aktivite Süresi		
60 dakikadan az	435	72,5
60 dakikadan fazla	165	27,5
Genel Sağlık Durumu		
Çok kötü	6	1,0
Kötü	25	4,2
Orta	280	46,7

Tablo 4.1. Devamı: Katılımcıların Demografik Dağılımları

İyi	240	40,0
Çok iyi	49	8,2
Dinlenmiş Hissetme (Son 1 ay içinde)		
Hiç dinlenmiş hissetmedim	111	18,5
Az dinlenmiş hissettim	243	40,5
Ne dinlenmiş ne yorgun	134	22,3
Dinlenmiş hissettim	94	15,7
Tamamen dinlenmiş hissettim	18	3,0
Sigara Kullanımı		
Hiç kullanmadım	313	52,2
Daha önce kullandım	88	14,7
Kullanıyorum	199	33,2
Alkol Kullanımı		
Hiç	444	74,0
Nadiren	129	21,5
Haftada 1-2	21	3,5
Daha Sık	6	1,0
Kronik Hastalık		
Yok	480	80,0
Var	120	20,0
Covid Geçirme		
Hayır	306	51,0
Evet	294	49,0
Covid Aşısı		
Hayır	138	23,0
Evet	462	77,0
Pandemi Sonrası Ruh Sağlığı		
Çok kötü	26	4,3
Kötü	120	20,0
Orta	256	42,7
İyi	167	27,8
Çok iyi	31	5,2
Sağlık Hizmetine Erişim		
Çok zor	52	8,7
Zor	148	24,7
Kolay	280	46,7
Çok kolay	120	20,0

*Katılımcılar birden fazla fiziksel aktivite tercih edebildiklerinden dolayı toplam %100'ü aşmaktadır.

Katılımcıların yaş aralığı 18 ile 75 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması (Ort) 33,79, standart sapması (SS) ise 10,66'dır. Katılımcıların hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 4,04 ($SS = 1,47$) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların günlük uyku süresi ortalama 7,27 saat ($SS = 1,51$), günlük mobil cihaz kullanım süresi ortalama 4,72 saat ($SS = 2,89$), günlük uzanarak ve oturularak geçirilen süre ise ortalama 4,65 saat ($SS = 3,22$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Yaş ve Günlük Yaşam Alışkanlıklarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>
Yaş	18	75	33.79	10,66
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1	10	4,04	1,47
Günlük Uyku Süresi	2	20	7,27	1,51
Günlük Mobil Cihaz Kullanımı (Saat)	1	24	4,72	2,89
Günlük Uzanarak ve Oturularak Geçirilen Süre (Saat)	0	24	4,65	3,22

4.2. Madde Analizi

Ölçeğin madde analizine ilişkin bulgular incelendiğinde, ölçek maddelerinin ortalama puanlarının 2,75 (M14) ile 4,63 (M9) arasında dağıldığı görülmektedir. Ölçek maddelerine ait standart sapma değerlerinin ise 0,80 (M9) ile 1,40 (M27) arasında değiştiği belirlenmiştir. Maddelerin büyük bir çoğunluğunun standart sapma değerlerinin görece yüksek olması, katılımcıların maddelere verdikleri yanıtlarda yeterli düzeyde farklılaşmanın sağlandığını ve böylelikle ölçeğin, ölçtüğü yapının farklı düzeylerini ayırt etme yeteneğine sahip olduğunu göstermektedir.

Maddelerin ölçek bütünüyle olan ilişkisini ortaya koyan düzeltilmiş madde toplam korelasyonları incelendiğinde, değerlerin 0,33 ile 0,59 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili literatürde, 0,30 üzerindeki madde toplam korelasyonları, maddelerin ölçeğin iç tutarlılığına olumlu katkıda bulunduğunu göstermesi açısından önemli kabul edilmektedir (Cristobal ve ark., 2007). Bu bağlamda, mevcut çalışmada tüm maddelerin ölçek yapısına uygun olduğu ve ölçeğin genel tutarlılığına katkı sağladığı ifade edilebilir.

Öte yandan, her bir maddenin ölçekten çıkarılması durumunda yeniden hesaplanan Cronbach's α güvenirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğin genel

Cronbach's α katsayısının yüksek ($\alpha = 0,90$) olduğu görülmüş; ayrıca herhangi bir maddenin çıkarılmasının ölçeğin genel güvenirlik katsayısını artırmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, ölçek maddelerinin tamamının ölçeğin genel yapısına olumlu katkıda bulunduğunu ve hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına ihtiyaç duyulmadığını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, yapılan madde analizi kapsamında elde edilen bulgular, ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu ve maddelerin ölçülen yapıyla uyumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin mevcut haliyle kullanılmasının uygun olduğu, maddelerin tutarlı ve geçerli bir yapıyı oluşturduğu söylenebilir. Maddelere ait analiz sonuçları ayrıntılı olarak Tablo 4.3.'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Ölçeğin Maddelerine İlişkin Madde Analizi Sonuçları

Madde	Ort	SS	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madenin Çıkarılması Halinde Cronbach's α
M1	3,10	1,19	0,48	0,89
M2	3,72	1,12	0,49	0,89
M3	3,73	1,06	0,57	0,89
M4	3,53	1,18	0,51	0,89
M5	3,90	1,00	0,54	0,89
M6	4,05	0,95	0,49	0,89
M7	3,70	1,18	0,45	0,90
M8	3,64	1,17	0,44	0,90
M9	4,63	0,80	0,33	0,90
M10	4,41	0,86	0,46	0,90
M11	4,49	0,85	0,43	0,90
M12	4,51	0,81	0,43	0,90
M13	4,06	1,04	0,48	0,89
M14	2,75	1,34	0,42	0,90
M15	3,08	1,28	0,47	0,89
M16	3,05	1,32	0,40	0,90
M17	3,05	1,38	0,40	0,90
M18	3,15	1,23	0,59	0,89
M19	3,48	1,25	0,51	0,89
M20	4,13	0,89	0,53	0,89
M21	3,71	1,25	0,56	0,89
M22	3,62	1,34	0,55	0,89
M23	4,02	1,04	0,54	0,89
M24	3,50	1,29	0,50	0,89
M25	2,83	1,38	0,48	0,89
M26	3,46	1,34	0,46	0,90
M27	3,10	1,40	0,35	0,90

4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bu çalışmada, ölçeğin teorik olarak öngörülen altı faktörlü yapısı DFA ile test edilmiştir. DFA, RStudio programında “lavaan” paketinde DWLS kestirimi ile 600 katılımcı üzerinden yürütülmüştür. Analiz sonucunda elde edilen modelin uyum indeksleri, yapının veri ile iyi derecede örtüştüğünü göstermektedir (χ^2 (309) = 1129,678, $p < 0,001$; CFI = 0,979; TLI = 0,976; RMSEA = 0,067 (90% CI [0,062, 0,071]), SRMR = 0,066). CFI ve TLI değerlerinin 0,95’in üzerinde olması mükemmel uyuma, RMSEA ve SRMR değerlerinin 0,08’in altında olması ise kabul edilebilir uyuma işaret etmekte olup (Hu ve Bentler, 1999), analiz sonucunda elde edilen değerlerin belirtilen bu sınırlar dahilinde olduğu görülmüş, böylece modelin genel olarak iyi bir uyum sergilediği ortaya koyulmuştur.

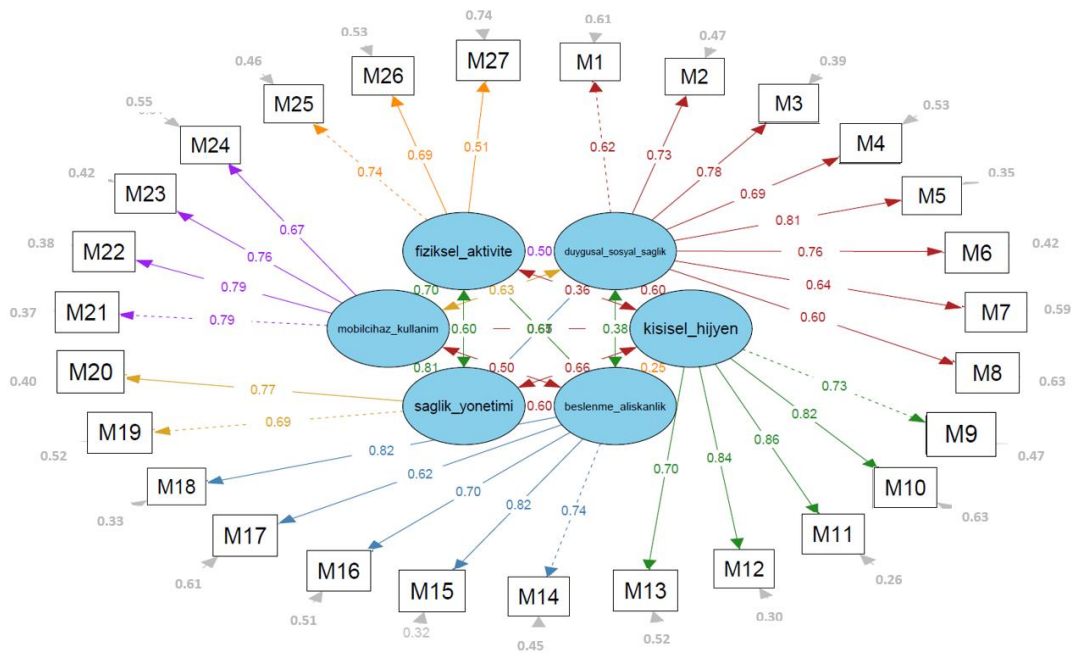
Tablo 4.4. Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör Yüğü
Duygusal Sosyal Sağlık	
M1. Her günümü pozitif düşünerek geçiririm.	0,62
M2. Duygularımı başkalarına dürüstçe ifade ederek yönetirim.	0,73
M3. Uygulanabilir hedefler belirler ve onlara göre hareket ederim.	0,78
M4. Stresle baş etmek için uyguladığım kendime ait yöntemlerim var.	0,69
M5. İnsanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım.	0,81
M6. Çevremdekilere ilgimi ve sevgimi ifade eder ve gösteririm.	0,76
M7. Arkadaşlarımdan yardım veya destek istemekten çekinmem.	0,64
M8. Uyumama yardımcı olacak kendi yöntemlerimi uygularım.	0,61
Kişisel Hijyen	
M9. Dışardan geldiğimde, yemekten önce ve tuvaletten sonra ellerimi yıkarım.	0,73
M10. Bulaşıcı hastalıkları önlemek için kurumsal (devlet, işyeri, okul) yönergelerine uyarım.	0,82
M11. Bulduğum ortamı iyi havalandırırım (örneğin; pencereleri açmak, hava temizleyici kullanmak)	0,86
M12. Sık kullandığım yerleri temiz tutarım (örneğin; süpürme, silme, yiyecek atıklarını atma).	0,84
M13. Yemeklerden/atıştırmalıklardan sonra ve yatmadan önce dişlerimi fırçalarım.	0,70

Tablo 4.4. Devamı: Doğrulamalı Faktör Analizine Ait Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör Yüğü
Beslenme Alışkanlığı	
M14. Şekerli gıdalar tüketmem (şekerli yiyecekler, tatlılar, şekerli içecekler gibi).	0,74
M15. Aşırı yağlı yiyecekleri tüketmem (hazır yiyecekler, kızartmalar gibi).	0,82
M16. Aşırı baharatlı yiyecekleri tüketmem (acı, tuzlu gibi).	0,70
M17. Akşam yemeğinden sonra gece atıştırması yapmam.	0,62
M18. Öğünlerim üç temel besin maddesini (karbonhidrat, protein, yağ) dengeli olarak içerir.	0,82
Sağlık Yönetimi	
M19. İnternette veya başkalarından öğrendiğim sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık çalışanlarına sorarak teyit ederim.	0,69
M20. Vücudumda meydana gelen değişiklikleri gözlemler ve kontrol ederim.	0,77
Mobil Cihaz Kullanımı	
M21. Mobil cihazları kullanırken göz sağlığını korumak için önlemler alırım (ekran koruyucu kullanmak, parlaklığı ayarlamak, yeterli mesafeyi korumak gibi).	0,79
M22. Mobil cihazları kullanırken işitme sağlığını korumak için önlemler alırım (kulaklık kullanımını günde bir saatle sınırlamak gibi).	0,79
M23. Ara verdiğimde mobil cihaz kullanmak dışında başka uğraşlarla ilgilenirim.	0,76
M24. Mobil cihaz (telefon, tablet veya dizüstü bilgisayar) kullandıktan sonra bileklerimi, boynumu, omuzlarımı ve sırtımı esnetirim.	0,67
Fiziksel Aktivite	
M25. Haftada en az iki gün kuvvetlendirici egzersizler yaparım.	0,74
M26. Haftada en az iki buçuk saat yürüyüş gibi fiziksel aktiviteler yaparım.	0,69
M27. Ders çalışma veya iş zamanları dışında oturarak geçirdiğim süre iki saat veya daha azdır.	0,51

Her bir maddeye ilişkin standartlaştırılmış faktör yükleri incelendiğinde, tüm maddelerin yüklerinin 0,507 ile 0,862 arasında değiştiği ve tümünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Bu durum, her bir maddenin ait olduğu faktörü anlamlı bir şekilde temsil ettiğini göstermektedir. En düşük yük değeri fiziksel aktivite alt boyutunda yer alan M27 maddesinde gözlenmiştir (0,507). En yüksek yük ise kişisel hijyen alt boyutundaki M11 maddesine aittir (0,862). Bu bulgular doğrultusunda, ölçeğin ölçtüğü yapının altı faktörlü model çerçevesinde doğrulandığı ve psikometrik açıdan geçerli bir yapı sergilediği söylenebilir. DFA'ya ait faktör yükleri Tablo 4.4. ve Şekil 4.1.'de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı

4.4. Alt Boyutların Birbirleri ile İlişkilerinin İncelenmesi

Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği'nin geçerlik analizleri kapsamında ölçeğin alt boyutlarının birbirleri ile ilişkileri incelenmiştir. Analiz sonuçları, ölçeğin tüm alt boyutlarının birbirleriyle pozitif ve anlamlı korelasyonlara sahip olduğunu ortaya koymuştur. En yüksek ilişki mobil cihaz kullanımı ile sağlık yönetimi arasında iken ($r = 0,52$, $p < 0,001$) en düşük ilişki ise beslenme alışkanlığı ile kişisel hijyen alt boyutları arasındadır ($r = 0,18$, $p < 0,001$). Bu bulgular, alt boyutların aynı yapının farklı yönlerini temsil ettiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.5. Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği'nin Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

Altboyut	1	2	3	4	5
(1) Duygusal ve Sosyal Sağlık					
(2) Kişisel Hijyen	0,45***				
(3) Beslenme Alışkanlığı	0,31***	0,18***			
(4) Sağlık Yönetimi	0,44***	0,40***	0,41**		
(5) Mobil Cihaz Kullanımı	0,48***	0,43***	0,40***	0,52***	
(6) Fiziksel Aktivite	0,37***	0,23***	0,47***	0,36***	0,49***

*** p < 0,001

4.5. Normal Dağılımın İncelenmesi

PS-SGD Ölçeği'nin yakınsak ve yordayıcı geçerlik analizlerinin yapılabilmesi amacıyla öncelikle ölçeğin ve geçerlik analizleri kapsamında değerlendirilecek diğer ölçeklerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadıkları incelenmiştir. Bu amaçla, ölçeklerin alt boyut ve toplam puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. Hair ve arkadaşları (2010) ve Bryne (2010) çarpıklığın -2 ile +2 arasında ve basıklığın -7 ile +7 arasında olması halinde verilerin normal kabul edilebileceğini belirtmektedir (Byrne, 2010; Hair ve ark., 2010). Tablo 4.6.'da tüm değerlerin belirlenen bu aralıklar dahilinde olduğu görülmektedir, bu nedenle verilerin normal dağılım şartını karşıladığı kabul edilmiştir.

Ayrıca yakınsak geçerliğin incelendiği ölçekler için de Cronbach's α katsayıları ölçülmüş, tüm ölçeklerin yeterli düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6. Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Alt Ölçek	Cronbach's α	Ortalama	Standart sapma	Çarpıklık	Basıklık
Duygusal ve Sosyal Sağlık	0,84	29,36	0,61	-0,32	0,03
Kişisel Hijyen	0,82	22,09	3,34	-1,81	4,76
Beslenme Alışkanlığı	0,81	15,06	4,98	0,07	-0,58
Sağlık Yönetimi	0,58	7,61	1,82	-0,43	-0,28
Mobil Cihaz Kullanımı	0,77	14,85	3,80	-0,39	-0,52
Fiziksel Aktivite	0,61	9,38	3,08	-0,09	-0,52
Sağlığı Geliştirme Davranışları- Toplam	0,90	98,35	16,42	-0,13	0,43
Yaşam Kalitesi-Fiziksel	0,75	44,67	8,49	-0,42	-0,47
Yaşam Kalitesi-Mental	0,75	45,21	10,67	-0,17	-0,66
Sağlıklı Olma Kültürü-Bireysel Eylemlerin Eleştirisi	0,82	32,99	5,34	-1,22	2,81
Sağlıklı Olma Kültürü-Yargı	0,84	22,98	5,17	-0,71	0,23
Sağlıklı Olma Kültürü-Toplam	0,88	55,97	9,28	-0,89	1,57
Sağlık Okuryazarlığı	0,89	37,67	7,02	-0,54	0,45

4.6. Yakınsak Geçerlik Analizleri

Yakınsak geçerlik kapsamında, PS-SGD Ölçeği alt boyutları ile sağlığı geliştirme davranışları ile ilişkili olabilecek ölçümler arasında kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı düzeyde korelasyonların bulunması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, ölçeğin alt boyutları (duygusal ve sosyal sağlık, kişisel hijyen, beslenme alışkanlığı, sağlık yönetimi, mobil cihaz kullanımı, fiziksel aktivite) ve toplam ölçek puanı, sağlıklı olma kültürüne ait bireysel eylemlerin eleştirisi ve yargı alt boyutları, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin fiziksel ve mental bileşenleri arasında Pearson korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Korelasyon katsayıları yorumlanırken 0,9-1,0 arası çok güçlü, 0,7-0,89 arası güçlü, 0,4-0,69 arası orta, 0,1-0,39 arası zayıf ve 0,0-0,1 arası göz ardı edilebilir ilişki seviyesi olarak kabul edilmiştir (Schober ve ark., 2018).

Duygusal ve sosyal sağlık alt boyutu, bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,43$, $p < 0,001$), yargı ($r = 0,23$, $p < 0,001$), sağlık okuryazarlığı ($r = 0,49$, $p < 0,001$) ve yaşam

kalitesinin mental sağlık bileşeni ($r = 0,41$, $p < 0,001$) ile orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler göstermiştir. Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşeni ile de düşük düzeyde, ancak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,15$, $p < 0,001$).

Kişisel hijyen alt boyutu, bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,57$, $p < 0,001$), yargı ($r = 0,31$, $p < 0,001$) ve sağlık okuryazarlığı ($r = 0,35$, $p < 0,001$) ile orta düzeyde; yaşam kalitesinin mental bileşeni ile zayıf düzeyde bir ilişki ($r = 0,10$, $p < 0,05$) içindedir. Kişisel hijyen ile yaşam kalitesinin fiziksel bileşeni arasında ise anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Beslenme alışkanlığı alt boyutu ile bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,21$, $p < 0,001$), yargı ($r = 0,23$, $p < 0,001$), sağlık okuryazarlığı ($r = 0,14$, $p < 0,001$) ve yaşam kalitesinin mental bileşeni ($r = 0,20$, $p < 0,001$) arasında anlamlı ve düşük düzeyde ilişkiler bulunmuştur. Fiziksel sağlık bileşeni ile ise anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($r = -0,02$, $p > 0,05$).

Sağlık yönetimi alt boyutu, bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,39$, $p < 0,001$), yargı ($r = 0,27$, $p < 0,001$), sağlık okuryazarlığı ($r = 0,38$, $p < 0,001$) ve mental sağlık ($r = 0,17$, $p < 0,001$) ile pozitif ve anlamlı düzeyde ilişkiler göstermiştir. Fiziksel sağlık ile anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

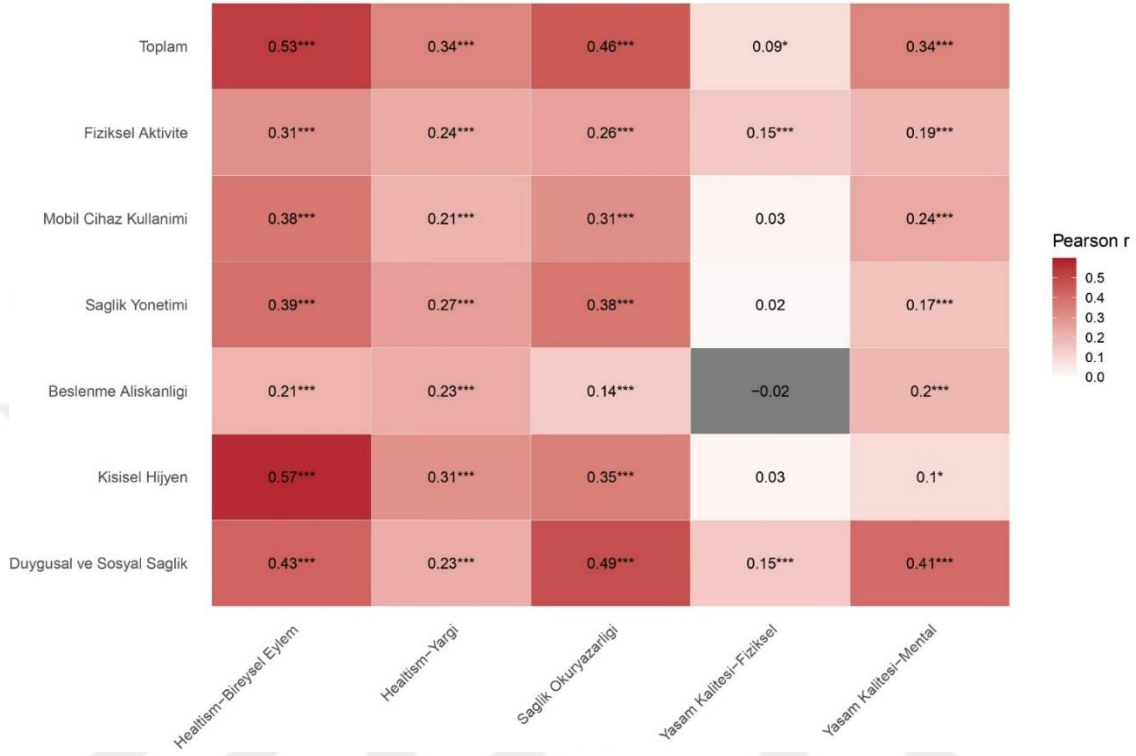
Mobil cihaz kullanımı alt boyutu da bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,38$, $p < 0,001$), yargı ($r = 0,21$, $p < 0,001$), sağlık okuryazarlığı ($r = 0,31$, $p < 0,001$) ve mental sağlık bileşeni ($r = 0,24$, $p < 0,001$) ile anlamlı ilişkiler göstermektedir.

Fiziksel aktivite boyutu, özellikle sağlık okuryazarlığı ($r = 0,26$, $p < 0,001$), bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,31$, $p < 0,001$) ve mental sağlık bileşeni ($r = 0,19$, $p < 0,001$) ile anlamlı ve düşük-orta düzeyde ilişkiler gözlenmiştir. Fiziksel sağlık bileşeni ile ise zayıf düzeyde pozitif korelasyon gözlenmiştir ($r = 0,15$, $p < 0,001$).

Toplam ölçek puanı, tüm dış ölçme araçları alt boyutları ile anlamlı ilişki göstermiştir. En yüksek korelasyonlar bireysel eylemlerin eleştirisi ($r = 0,53$, $p < 0,001$), sağlık okuryazarlığı ($r = 0,46$, $p < 0,001$) ve mental sağlık bileşeni ($r = 0,34$, $p < 0,001$) ile gözlenmiştir. Fiziksel sağlıkla olan ilişki ise ihmal edilebilir düzeyde ($r = 0,09$, $p < 0,05$) ancak anlamlıdır.

Bu bulgular, uyarlanan ölçeğin yakınsak geçerlik açısından yeterli düzeyde psikometrik özellikler taşıdığını göstermektedir. Alt boyutların benzer yapıdaki faktörlerle anlamlı düzeyde ilişki kurması, ölçekte yer alan maddelerin hedeflenen kavramları başarıyla yansıttığını desteklemektedir. PS-SGD Ölçeği alt boyutlarının,

yakınsak geçerlik incelemek üzere belirlenen ölçeklerle ilişkilerini gösteren ısı haritası Şekil 4.2.'de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Alt Boyutları ile Dış Ölçütler Arasındaki Pearson Korelasyonları Isı Haritası

4.7. Cinsiyete Göre Ölçüm Değişmezliği

PS-SGD Ölçeği'nin cinsiyet grupları arasında aynı kavramsal yapıyı ölçüp ölçmediğini ve gizil ortalama karşılaştırmalarının geçerliliğini değerlendirmek amacıyla ölçüm değişmezliği analizi yapılmıştır. Analiz, özellikle ordinal veri yapısına uygun olan DWLS tahmin edicisi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçüm değişmezliği; konfigürasyonel, metrik, skaler ve katı olmak üzere dört kademeli modelin ardışık olarak test edilmesiyle incelenmiştir. Her bir kısıtlama adımında model uyumundaki değişimin istatistiksel anlamlılığı Ki-kare (χ^2) fark testi ile, pratik önemi ise CFI ve RMSEA değişim değerleri (delta kriterleri) ile değerlendirilmiştir (Chen, 2007; Cheung ve Rensvold, 2002).

Analiz sonuçları, temel model olan konfigürasyonel değişmezlik (Model 1) için oldukça iyi uyum indeksleri sunmuştur (χ^2 (618) = 1403,9, RMSEA = 0,065, CFI = 0,981, SRMR = 0,072). Bu bulgular, ölçeğin faktör yapısının her iki cinsiyet

grubunda da temel olarak benzer olduğunu ve karşılaştırılabilir bir başlangıç noktası sağladığını göstermektedir. Bu durum, kadın ve erkek katılımcıların ölçek maddelerini yanıtlarken aynı kavramsal bakış açısına sahip olduklarını ve ölçme aracının cinsiyetler arasında aynı yapıya sahip olduğunu ifade eder.

İkinci olarak test edilen metrik değişmezlik (Model 2), faktör yüklerinin cinsiyetler arasında eşit olduğu kısıtlamasını getirmiştir. Konfigürasyonel modele kıyasla yapılan χ^2 fark testi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\Delta \chi^2 (21) = 120,94, p < 0,001$). Ancak, literatürde χ^2 testinin özellikle büyük örneklemelerde (Chen, 2007; Meade ve ark., 2008) küçük uyumsuzluklara karşı aşırı duyarlı olduğu belirtildiğinden pratik uyum indekslerindeki değişimler daha belirleyici kabul edilmiştir (Chen, 2007; Meade ve ark., 2008). Metrik değişmezlik modelinin CFI değeri 0,978 iken, CFI'daki düşüş ($\Delta CFI = -0,003$) ve RMSEA'daki değişim ($\Delta RMSEA = 0,003$) kabul edilebilir sınırlar içinde kalmıştır. İlgili sınırlar literatür doğrultusunda; CFI için $\Delta CFI \leq -0,01$, RMSEA için $\Delta RMSEA \leq 0,015$ olarak belirlenmiştir (Chen, 2007; Cheung ve Rensvold, 2002). Bu sonuçlar, pratik açıdan metrik değişmezliğin sağlandığını ve ölçeğin maddeleri ile algılanan özelliğin cinsiyet grupları için benzer olduğunu, başka bir ifadeyle kadın ve erkek katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara ilişkin faktör yük değerleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Metrik değişmezliğin sağlanması, gruplar arası gizil faktör korelasyonlarının karşılaştırılabilir olduğu anlamına gelmektedir (Salzberger, Sinkovics ve Schlegelmilch, 1999).

Üçüncü aşama olan skaler değişmezlik (Model 3), madde kesme noktalarının da cinsiyetler arasında eşit olduğu kısıtlamasını test etmektedir. Metrik değişmezlik modeline kıyasla χ^2 fark testi yine istatistiksel olarak anlamsızdır ($\Delta \chi^2 (75) = -9,12, p = 1,00$). Skaler değişmezlik modelinin CFI değeri 0,980 iken, pratik uyum indekslerindeki değişimler (CFI için $\Delta CFI = 0,002$, RMSEA için $\Delta RMSEA = -0,007$) yine kabul edilebilir sınırlar içinde kalmıştır (Chen, 2007; Meade ve ark., 2008). Bu bulgular, regresyon sabitinin gruplar arası değişmez olduğu hipotezinin doğrulandığını ve pratik açıdan skaler değişmezliğin sağlandığını göstermektedir. Skaler değişmezliğin pratik olarak sağlanması, gizil ortalamaların cinsiyetler arasında güvenilir bir şekilde karşılaştırılabileceği anlamına gelir.

Son olarak hata varyanslarının da eşitlendiği katı değişmezlik modeli test edilmiştir. Skaler değişmezlik modeli ile katı değişmezlik modeli arasında χ^2 farkı ve serbestlik derecesi farkı sıfır olarak bulunmuştur ($\Delta \chi^2 (0) = 0,000$). Bu durum, katı

değişmezlik kısıtlamalarının model uyumu üzerinde hiçbir ek kötüleşmeye yol açmadığı, pratik uyum indekslerindeki değişimlerin (CFI için $\Delta CFI = 0,000$, RMSEA için $\Delta RMSEA = 0,000$) sıfır olduğu, sonuç olarak katı değişmezliğin tam olarak sağlandığı anlamına gelmektedir. Katı değişmezlik genellikle çok zor elde edilen bir düzey olmakla beraber, bu çalışma maddelerin hata varyanslarının cinsiyet grupları arasında pratik olarak farklılaşmadığını ortaya koymayı başarmıştır.

Sonuç olarak, pratik uyum indekslerindeki değişim kriterleri temelinde metrik, skaler ve hatta katı değişmezliğin cinsiyetler arasında güçlü bir şekilde sağlandığı sonucuna varılmıştır. Bu bulgular, kullanılan ölçeklerin maddelerinin her iki cinsiyet için de aynı temel yapıyı aynı şekilde ölçtüğünü ve maddelerin hata varyanslarının bile gruplar arasında pratik olarak farklılaşmadığını göstermektedir. Dolayısıyla, bu ölçeklere ilişkin gizil ortalamaların cinsiyetler arasında tam güvenirlilikle karşılaştırılabileceği kabul edilmiştir. Bu durum, maddelerin cinsiyet değişkenine göre yanlılık göstermediğini ve cinsiyet özelliklerinin ölçme sonuçları üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığını kanıtlamaktadır (Kline, 2016).

Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Ölçüm Değişmezliği Modelleri ve Uyum İndeksleri

Model	χ^2	df	RMSEA	CFI	SRMR	$\Delta \chi^2$	Δdf	p	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
Konfigürasyonel	1403,9	618	0,065	0,981	0,072	-	-	-	-	-
Metrik	1524,9	639	0,068	0,978	0,074	120,94	21	<0,001	-0,003	0,003
Skaler	1515,8	714	0,061	0,980	0,072	-9,12	75	1,00	0,002	-0,007
Katı	1515,8	714	0,061	0,980	0,072	0,00	0	1,00	0,000	0,000

4.8. Yordayıcı Geçerliliğin İncelenmesi

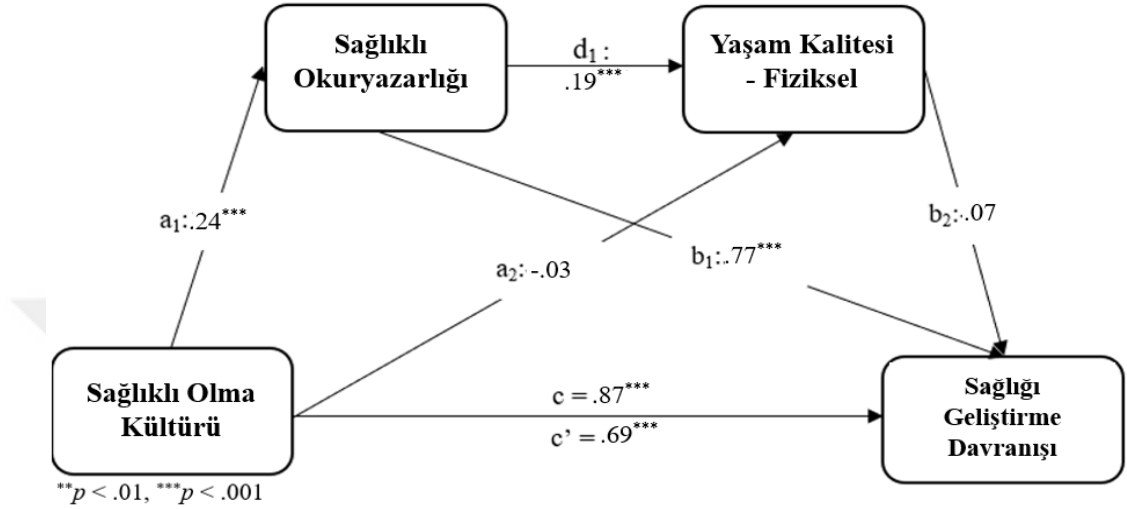
PS-SGD Ölçeği'nin yordayıcı geçerliliğini incelemek amacıyla sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları ile olan ilişkisinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin aracı rollerini incelemek üzere bir seri aracılık modeli kurulmuştur. Seri aracı etkiyi incelemek amacıyla önerilen model için IBM SPSS 26.0'da PROCESS makrosunun Model 6 şablonu kullanılmıştır. Analizde 5000 Bootstrapp yöntemi ile yeniden örnekleme yapılmış ve çıktılar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Öncelikle sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışı üzerindeki yordayıcı etkisinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin fiziksel bileşeninin seri

aracı rolleri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre; sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki toplam etkisi istatistiksel açıdan anlamlıdır (c yolu: $b = 0,87$, $SE = 0,06$, $t = 13,89$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,75, 1,00]$; $\beta = 0,49$), buna göre sağlıklı olma kültürü sağlığı geliştirme davranışlarını pozitif yönde etkilemektedir. Sağlıklı olma kültürünün ilk aracı değişken olan sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisi incelenmiş ve bu etkinin anlamlı ve pozitif yönde olduğu görülmüştür (a1 yolu: $b = 0,24$, $SE = 0,03$, $t = 8,15$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,18, 0,30]$; $\beta = 0,32$). Sağlıklı olma kültüründen, ikinci aracı değişken olan yaşam kalitesinin fiziksel bileşenine giden yolun ise anlamlı olmadığı görülmektedir (a2 yolu: $b = -0,03$, $SE = 0,04$, $t = -0,67$, $p > 0,05$, %95 GA $[-0,10, 0,05]$; $\beta = -0,03$). Ancak, sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesinin fiziksel bileşenini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır (d1 yolu: $b = 0,19$, $SE = 0,05$, $t = 3,76$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,09, 0,29]$; $\beta = 0,16$). Aracı değişkenlerden sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki yordayıcı etkisi pozitif yönde ve anlamlı iken (b1 yolu: $b = 0,77$, $SE = 0,08$, $t = 9,34$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,61, 0,93]$; $\beta = 0,33$), yaşam kalitesinin fiziksel bileşeninin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir (b2 yolu: $b = 0,07$, $SE = 0,06$, $t = 1,02$, $p > 0,05$, %95 GA $[-0,06, 0,19]$; $\beta = 0,03$). Son aşamada aracı değişkenler modele dahil edildiğinde sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki doğrudan etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ancak gücünün düştüğü görülmektedir (c' yolu: $b = 0,69$, $SE = 0,06$, $t = 11,14$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,57, 0,81]$; $\beta = 0,39$).

Sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin fiziksel bileşeninin sağlıklı olma kültürü ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki dolaylı etkileri incelendiğinde toplam dolaylı etkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($b = 0,19$, $BootSE = 0,04$, %95 GA $[0,12, 0,26]$, $\beta = 0,11$). Bu toplam dolaylı etkinin %99,2'si sağlık okuryazarlığı üzerinden ($b = 0,18$, $BootSE = 0,04$, %95 GA $[0,12, 0,26]$, $\beta = 0,10$) gerçekleşmektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel bileşeninin tek başına aracı etkisi ($b = -0,002$, $BootSE = 0,004$, %95 GA $[-0,013, 0,006]$, $\beta = -0,001$) ile sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin fiziksel bileşeninin seri aracı etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($b = 0,003$, $BootSE = 0,004$, %95 GA $[-0,004, 0,010]$, $\beta = 0,006$). Bu modeldeki değişkenler birlikte sağlığı geliştirme davranışlarındaki toplam varyansın %34,6'sını açıklamaktadır ($R^2 = 0,346$, $F(3, 596) = 105,29$, $p < 0,001$). Değişkenler arasındaki ilişkileri ve standardize olmayan yol katsayılarını gösteren model diyagramı Şekil 4.3.'te sunulmuştur. Doğrudan etkinin anlamlı kalması nedeniyle modelin tam

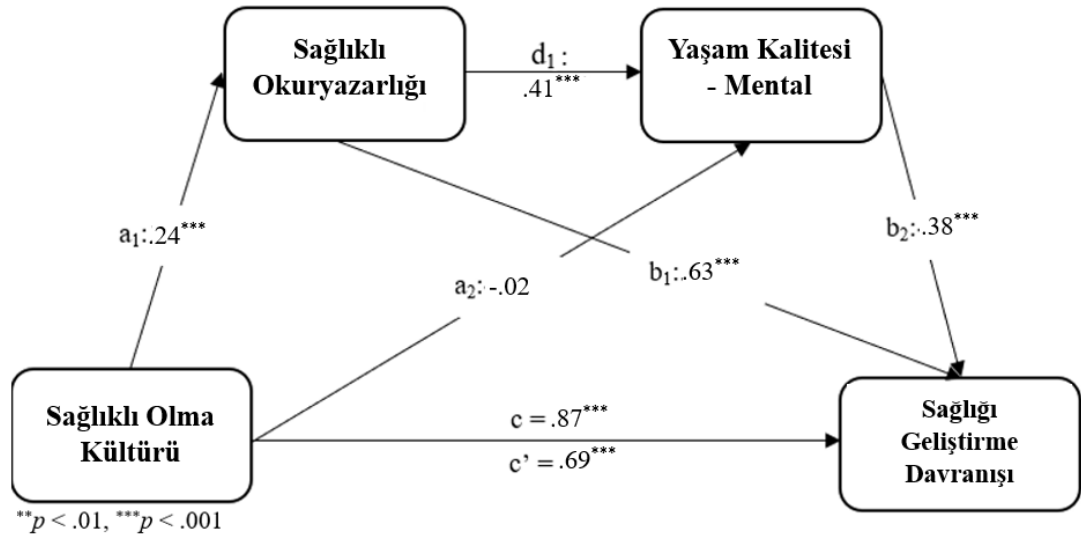
aracılıktan ziyade kısmi aracılık modeli olduğu değerlendirilmekte, bununla birlikte her ne kadar gücü düşmüş olsa da sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerine doğrudan etkisi devam etmektedir. Özetle, sağlıklı olma kültürü; sağlığı geliştirme davranışlarını hem doğrudan hem de sağlık okuryazarlığı aracılığıyla pozitif yönde etkilemektedir.



Şekil 4.3. Sağlıklı Olma Kültürü ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkide Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin Fiziksel Bileşeninin Seri Aracı Etkileri

Sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi mental bileşeninin seri aracı rolleri, Hayes (2018)'in PROCESS makrosu (Model 6) kullanılarak test edilmiştir (Hayes, 2018). Elde edilen bulgulara göre, sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki toplam etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (c yolu: $b = 0,87$, $SE = 0,06$, $t = 13,89$, $p < 0,001$, %95 GA [0,75, 1,00], $\beta = 0,49$). Buna göre, sağlıklı olma kültürünün artışı sağlıklı olma davranışlarını pozitif yönde yordamaktadır. İlk aracı değişken olan sağlık okuryazarlığı üzerinde sağlıklı olma kültürünün anlamlı ve pozitif yönde bir etkisi olduğu görülmüştür (a_1 yolu: $b = 0,24$, $SE = 0,03$, $t = 8,15$, $p < 0,001$, %95 GA [0,18, 0,30], $\beta = .32$). Sağlıklı olma kültürünün ikinci aracı değişken olan yaşam kalitesinin mental bileşeni üzerindeki doğrudan etkisi ise istatistiksel olarak anlamsızdır (a_2 yolu: $b = -0,02$, $SE = 0,05$, $t = -0,35$, $p > 0,05$, %95 GA [0,28, 0,53], $\beta = -0,01$). Öte yandan, sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir (d_1 yolu: $b = 0,41$, $SE = 0,06$, $t = 6,40$, $p < 0,001$, %95 GA [0,28, 0,53], $\beta = 0,27$). Aracı değişkenlerin sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkileri incelendiğinde; hem

sağlık okuryazarlığının (b1 yolu: $b = 0,63$, $SE = 0,08$, $t = 7,82$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,47, 0,79]$, $\beta = 0,27$), hem de yaşam kalitesinin mental bileşeninin sağlığı geliştirme davranışları üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu tespit edilmiştir (b2 yolu: $b = 0,38$, $SE = 0,05$, $t = 7,45$, $p < 0,001$, %95 GA $[0,28, 0,48]$, $\beta = 0,24$). Aracı değişkenler modele dahil edildiğinde sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki doğrudan etkisinin istatistiksel olarak anlamlı kalmaya devam ettiği, ancak gücünün düştüğü görülmektedir (c' yolu: $b = 0,69$, $SE = 0,06$, $t = 11,72$, $p > 0,001$, %95 GA $[0,58, 0,81]$, $\beta = 0,39$). Dolaylı etkiler analiz edildiğinde, toplam dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($b = 0,18$, $BootSE = 0,04$, %95 GA $[0,11, 0,26]$, $\beta = 0,10$). Bu toplam dolaylı etkinin %70,2'si sağlık okuryazarlığı üzerinden ($b = 0,15$, $BootSE = 0,03$, %95 GA $[0,09, 0,22]$, $\beta = 0,09$), %24,6'sı ise sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesinin mental bileşeni arasında seri olarak işleyen yol üzerinden ($b = 0,04$, $BootSE = 0,01$, %95 GA $[0,02, 0,06]$, $\beta = 0,02$) gerçekleşmektedir. Yaşam kalitesi mental bileşeninin tek başına aracı etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($b = -0,01$, $BootSE = 0,02$, %95 GA $[-0,04, 0,03]$, $\beta = -0,00$). Model genel olarak sağlığı geliştirme davranışlarındaki toplam varyansın %40,1'ini açıklamaktadır ($R^2 = 0,401$, $F(3, 2631) = 162,32$, $p < 0,001$). Bu bulgular doğrultusunda, sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisinin hem doğrudan hem sağlık okuryazarlığı üzerinden hem de sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesinin mental bileşenine olan etkisi üzerinden gerçekleştiği görülmektedir. Bu durum, seri aracılık rolünün kısmi bir rol oynadığını göstermektedir. Değişkenler arasındaki ilişkileri ve standardize olmayan yol katsayılarını gösteren model diyagramı Şekil 4.4.'te sunulmuştur.



Şekil 4.4. Sağlıklı Olma Kültürü ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkide Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin Mental Bileşeninin Seri Aracı Etkileri

4.9. Ölçek Güvenirliğinin İncelenmesi

Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenebilmesi amacıyla; her bir alt boyut ve ölçeğin geneli için Cronbach's α ve McDonald's ω katsayıları hesaplanmıştır. Analiz sonucunda Cronbach's α katsayılarının 0,58 (Sağlık Yönetimi) ile 0,84 (Duygusal ve Sosyal Sağlık) arasında değişirken, McDonald's ω katsayılarının da 0,60 (Mobil Cihaz Kullanımı) ve 0,85 (Duygusal ve Sosyal sağlık) arasında olduğu görülmüştür. Ölçeğin geneli için ise Cronbach's α 0,90, McDonald's ω 0,92 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca her alt boyutun ortalama ve standart sapma değerleri belirlenerek Tablo 4.8.'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Güvenirlik Katsayıları ve Tanımlayıcı İstatistikler

Altboyut	Madde Sayısı	Cronbach's α	McDonald's ω	Ort	SS
Duygusal ve Sosyal Sağlık	8	0,84	0,85	29,36	0,61
Kişisel Hijyen	5	0,82	0,83	22,09	3,34
Beslenme Alışkanlığı	5	0,81	0,82	15,06	4,98
Sağlık Yönetimi	2	0,58	0,60	7,61	1,82
Mobil Cihaz Kullanımı	4	0,77	0,77	14,85	3,80
Fiziksel Aktivite	3	0,61	0,63	9,38	3,08
Toplam	27	0,90	0,92	98,35	16,42

4.10. Test Tekrar Test

Ölçeğin zamana karşı kararlılığını değerlendirmek amacıyla yaşları 19 ile 71 arasında değişen (Ort = 34,49, SS = 11,05), 29'u kadın (%78,4), 8'i erkek (%21,6) toplam 37 katılımcıdan oluşan bir örneklem üzerinde test tekrar test güvenirliliği analizleri yapılmıştır. Her bir alt boyut ile toplam puan için İki Yönlü Karışık Etkiler Modeli (ICC [3,1]) altında mutlak uyum (absolute agreement) esas alınarak ICC değeri hesaplanmıştır. Bu analizler, R programlama dili kullanılarak, “irr” paketi aracılığıyla gerçekleştirilmiştir (Gamer, Lemon, Fellows ve Singh, 2012). Elde edilen bulgular, PS-SGD Ölçeği'nin zaman içinde güvenilir ölçümler sağladığını göstermektedir. Her bir alt boyut için ICC değerleri sırasıyla şu şekildedir: Duygusal ve Sosyal Sağlık (ICC = 0,839), Kişisel Hijyen (ICC = 0,703), Beslenme Alışkanlığı (ICC = 0,834), Sağlık Yönetimi (ICC = 0,849), Mobil Cihaz Kullanımı (ICC = 0,825), Fiziksel Aktivite (ICC = 0,865) ve toplam puan için (ICC = 0,906). Cicchetti'ye (1994) göre, ICC değerlerinin 0,75 ve üzeri olması yüksek, 0,60–0,74 arası orta düzeyde, 0,40–0,59 arası kabul edilebilir, 0,40'ın altı ise düşük güvenirlilik düzeyine işaret etmektedir (Cicchetti, 1994). Bu bağlamda, tüm alt boyutlar ve toplam puan için elde edilen değerler, ölçeğin

zaman içindeki tutarlılığının büyük ölçüde yeterli düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle toplam puan ve dört alt boyutun 0,75'in üzerinde olması, güçlü bir test tekrar test güvenirliğine işaret etmektedir.

Tablo 4.9. Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Test Tekrar Test Güvenirlik Değerleri

Altboyut	ICC
Duygusal ve Sosyal Sağlık	0,839
Kişisel Hijyen	0,703
Beslenme Alışkanlığı	0,834
Sağlık Yönetimi	0,849
Mobil Cihaz Kullanımı	0,825
Fiziksel Aktivite	0,865
Toplam	0,906

5. TARTIŞMA

Günümüz dünyasında henüz “herkes için sağlık” hedefine ulaşılammıştır. Yirmi birinci yüzyılın ilk çeyreği tamamlanırken, hâlâ gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında temel sağlık hizmetlerine erişim imkanları farklılık göstermektedir. Sağlığın belirleyicileri pek çok bileşenden oluşan bir yapıya sahiptir (Dahlgren ve Whitehead, 1991; Rice ve Sara, 2019; Savage ve ark., 2024), bir ülke yönetiminin, sahip olduğu coğrafyada yaşayan her bir vatandaşına eşitlikçi ve adil bir şekilde sağlığın geliştirilmesi politikalarını ulaştırması ve bu politikaları hayata geçirmesi zahmetli bir görevdir. Bununla beraber küreselleşen ve dijitalize olan dünyada pandemi özelliği taşıyan hastalıklar ve bulaşıcı olmayıp hayat tarzı faktörlerinin etkilediği kronik hastalıkların sıklığının artması; ülkeler için köklü politika değişikliklerini, bireyler için ise köklü hayat tarzı değişikliklerini içeren halk sağlığı uygulamalarını gerekli kılmaktadır. Bu tez çalışması, Heo ve arkadaşları (2020) tarafından dijital çağda genç yetişkinlerin pandemi sonrası sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilen ölçme aracının Türkçe formunun, Türkiye’de 18 yaş ve üzeri yetişkinlerden oluşan temsili bir örnekleimde psikometrik özelliklerinin incelenmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir (Heo ve ark., 2023).

PS-SGD Ölçeği, toplamda altı alt boyuttan oluşan 27 maddelik bir ölçme aracıdır. Klasik sağlığı geliştirme ilişkili ölçeklerden farklı olarak (Alfrey ve ark., 2017; Walker ve Hill-Polerecky, 1996), teknoloji ilişkili görme, işitme ve kas-eklem sağlığı değerlendiren maddeler de içermektedir. Alt boyutların her biri tek bir faktör yapısı sergilemektedir. Pandemi sonrası dönemde yetişkinlerde sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendiren bu ölçeğin her bir alt boyutundan alınan puan arttıkça, o faktöre ait daha ileri sağlığı geliştirme davranışı sergilenmekte olduğu anlamına gelmektedir. Dolayısıyla ölçek toplam puanının artması, genel sağlığı geliştirme davranışları seviyesinde yükselme ile ilişkilendirilmektedir.

Uluslararası ve ulusal literatürde sağlığı geliştirme davranışlarını ölçen çeşitli araçlar mevcuttur (Alfrey ve ark., 2017; Bostan ve ark., 2016; Gökkaya, 2025; Sayılı ve ark., 2024; Walker ve Hill-Polerecky, 1996; Walker ve ark., 1987; Wang ve ark., 2015; Yılmaz ve Karahan, 2019). Bu çalışmada Türk dili ve kültürüne uyarlanan PS-SGD Ölçeği; “Duygusal ve Sosyal Sağlık”, “Kişisel Hijyen”, “Beslenme Alışkanlığı”, “Sağlık Yönetimi”, “Mobil Cihaz Kullanımı”, “Fiziksel Aktivite” alt boyutlarından

oluşmaktadır. Literatürde sağlığı geliştirme davranışları ilişkili çeşitli ölçme araçları tarandığında bu alt boyutların yanı sıra, “Kendini Gerçekleştirme/ Manevi Gelişim”, “Sağlık Sorumluluğu”, “Stres Yönetimi”, “Ağız sağlığı”, “Hastalıklardan Korunma”, “Uyku”, “Sigara ve Alkol Kullanımı” gibi alt boyutlara da rastlanmaktadır (Alfrey ve ark., 2017; Bostan ve ark., 2016; Gökkaya, 2025; Sayılı ve ark., 2024; Walker ve Hill-Polerecky, 1996; Walker ve ark., 1987; Wang ve ark., 2015; Yılmaz ve Karahan, 2019).

Bu tez çalışmasında PS-SGD Ölçeği Türkçe formu için yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda orijinal ölçeğin 27 madde ve altı faktörden oluşan yapısı korunmuştur. Kapsam geçerliğini değerlendirmek için Davis metodu kullanılmıştır (Davis, 1992). Türkçe formun Cronbach’s α iç tutarlılık katsayısı değeri 0,90 bulunmuş olup alt boyutlar için 0,58 ile 0,84 arasında değişmektedir. Bu çalışmada CFI mükemmel uyum, RMSEA ve SRMR kabul edilebilir uyumu yansıtmakta olup DFA sonucunda elde edilen modelin uyum indekslerine göre yapının veri ile iyi derecede uyduğu ortaya koyulmuştur. PS-SGD Ölçeği Türkçe formuna kaynaklık eden orijinal ölçme aracında da Cronbach’s α iç tutarlılık katsayısı da 0,90 bulunmuş olup alt boyutlar için 0,57 ile 0,86 arasında değiştiği saptanmıştır. RMSEA değeri kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Heo ve ark., 2023).

PS-SGD Ölçeği’ni Türk dili ve kültürüne uyarlayan bir diğer çalışma olan Koç ve arkadaşlarının ölçek uyarlama (2024) çalışmasında, öncelikle AFA gerçekleştirilerek “Duygusal Sağlık” alt boyutu ayrıca beş madde olarak düzenlenmiş, iki maddeden oluşan “Sosyal Sağlık” alt boyutu eklenmiş ve beş maddelik “Sağlık ve Fiziksel Aktivite” alt boyutu oluşturulmuştur. Sonrasında, 8 ve 18. maddeler çıkarılarak 25 maddelik ölçme aracı oluşturulmuş, bu aracın Cronbach’s α iç tutarlılık katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır (Koç ve ark., 2024). Çokluk ve arkadaşları (2018), ölçek uyarlama çalışmalarında DFA yürütülmesinin daha uygun olduğunu ifade etmektedir (Çokluk ve ark., 2018). Koç ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında DFA analizi sonucu CFI değeri kabul edilebilir uyum, RMSEA ve SRMR değerleri ise iyi uyum göstermektedir (Koç ve ark., 2024). Bu tez çalışmasında ise CFI değeri mükemmel uyum, SRMR değeri iyi uyum ve RMSEA değeri kabul edilebilir uyum göstermiştir. Ayrıca cinsiyete göre ölçüm değişmezliği analizi yapılarak yapı, metrik, skaler ve katı değişmezliğin sağlandığı, bu ölçme aracının cinsiyetler arasında aynı yapıya sahip olduğu gösterilmiştir. Koç ve arkadaşlarının (2024) çalışmalarında da cinsiyete göre tam ölçüm değişmezliği sağlandığı belirtilmektedir. (Koç ve ark., 2024).

Tez çalışması kapsamında 37 katılımcı ile yapılan test tekrar test çalışmasından elde edilen veriler analiz edildiğinde ICC değerleri; “Kişisel Hijyen” alt boyutu için orta, diğer tüm alt boyutlar ve ölçeğin toplamı için yüksek güvenirlik düzeyi vermektedir. Koç ve arkadaşlarının çalışmasında da test tekrar test korelasyon katsayısı $r = 0,74$ bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Koç ve ark., 2024).

Uluslararası literatürde sağlığı geliştirme davranışları ilişkiliçeşitli ölçüm araçları mevcuttur. Walker ve Hill-Polerecky (1996) tarafından toplumun geneline yönelik bir ölçme aracı olarak geliştirilen SYBD II Ölçeği'nin Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,943 hesaplanmış olup, Türk dili ve kültürüne uyarlanmış formu için 0,92 bulunmuştur (Bahar ve ark., 2008; Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Wang ve arkadaşları (2015) tarafından 65 yaş ve üstü bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirme amacı taşıyan YSG Ölçeği için Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,87 hesaplanmış olup, Türk dili ve kültürüne uyarlanmış formu için 0,96 bulunmuştur. Türkçe ölçek için CFI ve RMSEA değerleri kabul edilebilir uyum göstermektedir (Gülsoy ve Şenturan, 2020; Wang ve ark., 2015). Alfrey ve arkadaşları (2017) tarafından, öğretmen adaylarının sağlıklı olmaya yönelik tutumları belirleme amacı taşıyan Healtism Ölçeği için Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,84 hesaplanmış olup, Türk dili ve kültürüne uyarlanmış formu için 0,75 bulunmuştur. Türkçe form için uygulanan DFA analizi sonucunda CFI değerinin mükemmel, RMSEA değerinin ise kabul edilebilir uyuma işaret ettiği gösterilmiştir (Alfrey ve ark., 2017; Uğraş ve ark., 2021).

Ulusal literatürde de sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen farklı ölçme araçları mevcuttur. Bostan ve arkadaşları (2016) tarafından öğrenciler üzerinde sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışları değerlendiren bir ölçme aracı geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmada ölçeğin geneli için Cronbach's α iç tutarlılık kat sayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır. RMSEA değeri kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Bostan ve ark., 2016). Yılmaz ve Karahan (2019) tarafından, gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilen “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği” için Cronbach's α iç tutarlılık kat sayısı ölçeğin genelinde 0,83 olarak hesaplanmıştır (Yılmaz ve Karahan, 2019). Yetişkinlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçülmesi amacıyla Sayılı ve arkadaşlarının (2024) tarafından geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” için Cronbach's α iç tutarlılık kat sayısı ölçeğin genelinde 0,863 olarak hesaplanmıştır (Sayılı ve ark., 2024). Gökaya'nın (2025) çalışmasında, yetişkinlerde

sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilen “Sağlıklı Hayat Tarzı Ölçeği”, kapsam geçerliliğini değerlendirirken Lawshe metodu kullanmış, Cronbach’s α iç tutarlılık kat sayısı ölçeğin geneli için 0,960 olarak hesaplanmıştır. DFA analizi sonucunda CFI mükemmel uyum, RMSEA kabul edilebilir uyumu yansıtmakta olup test tekrar test analizinde toplam ICC değeri 0,907 bulunmuştur (Gökkaya, 2025; Lawshe, 1975).

Bu tez çalışmasında PS-SGD Ölçeği’nin güvenirlik analizi sonucunda, “Duygusal ve Sosyal Sağlık” alt boyutunun Cronbach’s α iç tutarlılık katsayısı değeri 0,84 bulunmuştur. Bu alt boyutun; bireysel eylemlerin eleştirisi, yargı, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin mental sağlık bileşeni ile orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler gösterdiği, fiziksel sağlık bileşeni ile ise düşük düzeyde, ancak anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Çeşitli şiddetteki sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularını ölçmek amacıyla geliştirilen 11 maddelik ölçme aracı Sosyal ve Duygusal Sağlık Anketi-2020’nin (SEHS-S-2020) Cronbach’s α değeri 0,80-0,90 aralığında bulunmuştur. Ölçekte 6 madde negatif, 5 madde pozitif kurulmuş olup Yalnızlık Ölçeği’nin pozitif alt boyutu, UCLA-Yalnızlık Ölçeği’nin yedi maddelik alt boyutu ile kuvvetli korelasyon göstermektedir (de Jong Gierveld ve van Tilburg, 1999). Lise öğrencilerinde yapılan ölçek geçerlik ve güvenirliğini güncelleme çalışmasında, SEHS-S-2020’nin yapısal ve kriter geçerliği, ölçüm değişmezliği ve iç tutarlılığı incelenmiştir. SEHS-S-2020 ölçek maddelerinin “Kendine İnanç”, “Diğerlerine İnanç”, “Duygusal Yetkinlik” ve “Katılımcı Yaşam” olarak dört alanda toplandığı ortaya koyulmuştur. Bu dört alanın Cronbach’s α değerlerinin 0,87-0,94, MacDonald’s ω değerlerinin ise 0,87-0,94 arasında değişmekte olduğu, ölçek geneli için ise α ve ω katsayılarının 0,95 hesaplandığı böylece ölçek güvenirliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. DFA sonucunda ölçeğin iyi seviyede model uyumu gösterdiği ortaya koyulmuş; cinsiyet, sınıf ve etnik gruplar için ölçüm değişmezliği analizleri yapılmış, sonucunda kriter geçerliği (ölçüt bağıntılı geçerlik) için de model uyumu yeterli bulunmuştur. Cinsiyete göre dört alandan katılımcı yaşam hariç diğer üçünde cinsiyet farklılığı saptanmamıştır (Furlong ve ark., 2021). Bu tez çalışmasında da cinsiyete göre ölçek maddelerini cevaplama açısından farklılık bulunmadığı ortaya koyulmuştur. SEHS-S ölçme aracının farklı gruplarda ve farklı ülkelerde geçerlik güvenirliğinin değerlendirilmesi amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmış olup (Ito, Smith, You, Shimoda ve Furlong, 2015; Telef ve Furlong, 2016; You, Furlong, Felix ve O’Malley, 2015), Türkçe uyarlamasında Cronbach’s α değerlerinin 0,74 ile 0,80 arasında değiştiği

gösterilmiş, yapı geçerliliğinde ise modele kabul edilebilir uyum saptanmıştır (Telef ve Furlong, 2016). Farklı ülkelerden 10 şehirden seçilen 15 yaş öğrenciler ile yapılan OECD Sosyal ve Duygusal Yetiler Anketi'nin (SSES) (OECD, 2021), 120 maddelik formunun kısa versiyonunu oluşturmak için yapılan çalışmada 45 maddelik kısa formun (SSES-SF) güvenirliği değerlendirildiğinde Cronbach's α değerlerinin 0,65-0,86 arası, MacDonald's ω değerlerinin 0,64-0,87 arası değişmekte olduğu, bu açıdan tatmin edici güvenirlik sağlandığı yorumu yapılmış; yapı geçerliği analizi sonucunda modele uygunluğu kabul edilebilir bulunmuştur. Ayrıca farklı cinsiyet ve dil grupları için ölçüm değişmezliği sağlanmıştır (Wang ve King, 2025).

PS-SGD Ölçeği'nin güvenirlik analizi sonucunda, “Kişisel Hijyen” alt boyutunun Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı değeri 0,82 bulunmuştur. Kişisel hijyen alt boyutunun, bireysel eylemlerin eleştirisi, yargı ve sağlık okuryazarlığı ile orta düzeyde; yaşam kalitesinin mental bileşeni ile zayıf düzeyde bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Saffari ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ordu mensubu erkeklerin kişisel hijyen davranışlarını değerlendirmek amacıyla 21 maddelik ölçme aracı geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği değerlendirildiğinde Cronbach's α değeri ölçek geneli için 0,89 olup bu açıdan yeterli güvenirlik sağlandığı yorumu yapılmış; yapı geçerliği analizi sonucunda CFI ve RMSEA değerlendirilerek modele iyi uyum saptanmıştır (Saffari ve ark., 2014). Üniversite öğrencilerinin kişisel hijyen davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştiren 25 maddelik ölçme aracının güvenirliği incelendiğinde Cronbach's α değeri ölçek geneli için 0,749 olup bu açıdan yeterli iç tutarlılığın sağlandığı yorumu yapılmıştır (Al-Rifai, Al Haddad ve Qasem, 2018). İskender, Türk ve Cardenas'ın (2023) çalışmasında restoran müşterileri örnekleminde algılanan hijyen iyileştirmelerini değerlendirmek amacıyla dört maddelik ölçme aracı geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği değerlendirildiğinde Cronbach's α değeri ölçek geneli için 0,846 olup bu açıdan yeterli güvenirlik sağlandığı yorumu yapılmış; yapı geçerliği analizi sonucunda CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin modele iyi uyumu yansıttığı saptanmıştır. Bu ölçek servis hizmetinde hijyen ilişkili dijital gelişmelere dair algıyı ölçme hedefi ile öne çıkmaktadır (İskender ve ark., 2023).

PS-SGD Ölçeği'nin güvenirlik analizi sonucunda “Beslenme Alışkanlığı” alt boyutunun Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı değeri 0,81 bulunmuştur. Pearson korelasyon analizi sonucunda ise beslenme alışkanlığı alt boyutu ile bireysel eylemlerin eleştirisi, yargı, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin mental bileşeni

arasında anlamlı ve düşük düzeyde ilişkiler saptanmıştır. Gabe ve Jaime'nin (2018) Brezilya toplumundan seçilen yetişkin katılımcılarla gerçekleştirilen çalışmasında 24 madde ve dört alt boyuttan (planlama, ev organizasyonu, yeme modları, yiyecek seçimleri) oluşan, Brezilya ulusal beslenme rehberine uygun beslenmeyi değerlendiren bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği değerlendirildiğinde Cronbach's α ve MacDonalds ω değeri ölçek geneli için sırasıyla 0,77 ve 0,83 olup bu açıdan yeterli güvenirlik sağlandığı yorumu yapılmış; yapı geçerliği analizi sonucunda CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin modele kabul edilebilir uyumu yansıttığı saptanmıştır. Test tekrar test analizinde ICC toplam değeri 0,82 ile zamana karşı güvenirliği iyi derecededir (Gabe ve Jaime, 2019).

PS-SGD Ölçeği'nin güvenirlik analizi sonucunda "Sağlık Yönetimi" alt boyutunun Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,58 bulunmuştur. Sağlık yönetimi alt boyutu, bireysel eylemlerin eleştirisi, yargı, sağlık okuryazarlığı ve mental sağlık ile pozitif ve anlamlı düzeyde ilişkiler göstermiştir. Masiero ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında Sağlık Oryantasyonu Ölçeği İtalyan dili ve kültürüne uyarlanmış olup, çeviri ölçek 36 madde yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, "Sağlığı Geliştirme ve Koruma Motivasyonu", "Sağlık Özgüveni", "Sağlık İmajı Kaygısı", "Kişisel Sağlık Bilinci", "Sağlık Kontrol Odağı", "Sağlık Anksiyetesi", "Sağlık Beklentileri" olarak adlandırılmıştır ve Cronbach's α katsayıları 0,716 ile 0,882 arasında değişmektedir. Yapı geçerliği analizi sonucunda bulunan CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin modele iyi uyumu gösterdiği saptanmıştır (Masiero ve ark., 2020). Bireylerin sağlık bilgilerini arama, anlama ve kullanma yeteneklerini değerlendirmek amacıyla Jordan ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Yönetimi Ölçeği, 29 madde ve sekiz faktörden oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, "Hastaların Kendi Sağlıklarına Yönelik Tutumları", "Sağlık Bilgilerini Anlama", "Sosyal Destek", "Sosyoekonomik Durum", "Pratisyen Hekime Erişim", "Sağlık Profesyonelleri ile İletişim", "Sağlık Bilgilerini Kullanma" olarak adlandırılmıştır ve Cronbach's α katsayıları 0,82 ile 0,89 arasında değişmektedir. Yapı geçerliği analizi sonucunda bulunan CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin modele iyi uyumu gösterdiği saptanmıştır (Jordan ve ark., 2013).

PS-SGD Ölçeği'nin güvenirlik analizi sonucunda "Mobil Cihaz Kullanımı" alt boyutunun Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı değeri 0,77 bulunmuştur. Mobil cihaz kullanımı alt boyutu bireysel eylemlerin eleştirisi, yargı, sağlık okuryazarlığı ve mental sağlık bileşeni ile anlamlı ilişkiler göstermiştir. Bireylerin ekran süresini

(Televizyon, televizyon ilişkili cihazlar, bilgisayar, akıllı telefon ve tablet) değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçme araçlarında test tekrar test güvenilirliğinin önemini vurgulayan Vizcaino, Buman, DesRoches ve Wharton'un (2019) çalışmasında ICC değerleri; televizyon kullanımı için 0,50-0,87, televizyon ilişkili cihazlar ve tablet için 0,61-0,90, bilgisayar kullanımı için 0,68-0,89 aralığında saptanmıştır. Ancak akıllı telefon kullanımı için ICC değerinin 0,16'ya kadar düştüğü görülmüştür. Bu da zamana karşı kötü güvenilirlik ifade etmektedir. Bu sonuç ekran süresi değerlendirme çalışmalarında cihazların ayrı sınıflandırılması gerektiği ve akıllı telefon ekran süresini değerlendirmede ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu şeklinde yorumlanmıştır (Vizcaino ve ark., 2019). Dijital çağda mobil cihaz kullanımının yaygınlaşmasının mobil sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasını da beraberinde getirdiği bilinmektedir. Mobil sağlığın sağlık okuryazarlığını artırarak toplum sağlığını geliştirme potansiyeli taşıdığını ifade eden Holdener, Gut ve Angerer (2020) tarafından geliştirilen Mobil Sağlık Kullanıcı Katılımı Ölçeği 25 madde dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, "Algılanan Kullanışlılık", "Estetik Görünüm", "Ödül" ve "Odaklanmış Dikkat" olarak adlandırılmış olup Cronbach's α değerleri 0,693 ile 0,912 arasında değişmektedir (Holdener ve ark., 2020).

PS-SGD Ölçeği'nin güvenilirlik analizi sonucunda "Fiziksel Aktivite" alt boyutunun Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı değeri 0,61 bulunmuştur. Fiziksel aktivite boyutu, özellikle sağlık okuryazarlığı, bireysel eylemlerin eleştirisi ve mental sağlık bileşeni ile anlamlı ve düşük-orta düzeyde ilişkiler gözlenmiştir. Fiziksel sağlık bileşeni ile ise zayıf düzeyde pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlara benzer olarak, Buja ve arkadaşlarının (2020) sistematik derleme çalışmasında da incelenen 22 çalışmadan 18'inde sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (Buja ve ark., 2020). Sosyal katılım, sosyal destek, sosyal ağlar, kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olma ve içinde yaşanılan toplum hakkındaki duygular faktörlerinden oluşan "sosyal sermaye" kavramını inceleyen bir başka çalışmada, sosyal sermaye ile fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarında gelişme arasındaki anlamlı ilişkide sağlık okuryazarlığının aracı rol oynadığı belirlenmiştir (Chen ve ark., 2019).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu tez çalışması neticesinde Türk dili ve kültürüne uyarlanan Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği'nin, gelişen teknoloji ile hızla yaygınlaşan dijital yaşam şartlarında Türk toplumundaki yetişkinlerin sağlığı geliştirmeye yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya koyulmuştur.

PS-SGD Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması çalışması sonucunda; dil ve kapsam geçerliğinin sağlandığı, DFA sonucunda elde edilen modelin uyum indekslerine göre, yapının veri ile iyi derecede uyduğu ve böylece yapı geçerliğinin sağlandığı, yakınsak geçerlik açısından incelendiğinde alt boyutların benzer yapıdaki değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişki kurduğu böylece ölçekte yer alan maddelerin hedeflenen kavramları başarıyla yansıttığı, ölçüm değişmezliği analizi sonucunda, maddelerin cinsiyet değişkenine göre yanlılık göstermediğini ve cinsiyet özelliklerinin ölçme sonuçları üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı, bu açıdan ölçeğin hem erkek hem de kadın cinsiyette benzer sonuçları ürettiği saptanmıştır.

Ölçek geneli için Cronbach's α 0,90, MacDonald's ω 0,92 iç tutarlılık katsayıları ile yüksek derecede güvenilirliğin sağlandığı, tüm alt boyutlar için ayrı ayrı ICC değerleri ve toplam ICC değeri incelendiğinde, ölçeğin zaman içindeki tutarlılığının yeterli düzeyde olduğu, güçlü bir test tekrar test güvenilirliğinin sağlandığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Yordayıcı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları ile olan ilişkisinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin aracı rolleri incelendiğinde, sağlıklı olma kültürünün sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisinin hem doğrudan hem sağlık okuryazarlığı üzerinden hem de sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi mental bileşenine olan etkisi üzerinden gerçekleştiği, bu açıdan seri aracılık rolünün kısmi bir rol oynadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

PS-SGD Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğine dair ileri çalışmalar için öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Farklı sosyokültürel katılımcı gruplarında uygulanarak farklı örneklemeleri temsil etme gücü araştırılabilir.
- Cinsiyete bağlı ölçüm değişmezliği analizine ek olarak gelir seviyesi, eğitim gibi demografik özelliklere göre de ölçüm değişmezlikleri incelenebilir.
- Teknoloji ve iletişim teknolojileri çağında sağlığı geliştirme davranışlarını araştıran gelecek çalışmalar için kaynak teşkil edebilir.



7. KAYNAKLAR

- Aba, G. (Ed.). (2021). *A'dan Z'ye Sağlık Yönetiminde Temel Kavramlar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Abdalla, S. M., Assefa, E., Rosenberg, S. B., Hernandez, M., Koya, S. F., Galea, S. (2024). Perceptions of the determinants of health across income and urbanicity levels in eight countries. *Commun Med (Lond)*, 4(1), 107. <https://doi.org/10.1038/s43856-024-00493-z>
- Al-Rifaa, J. M., Al Haddad, A. M., Qasem, J. A. (2018). Personal hygiene among college students in Kuwait: A Health promotion perspective. *J Educ Health Promot*, 7, 92. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_158_17
- Alfrey, L., O'Connor, J., Phillipson, S., Penney, D., Jeanes, R., Phillipson, S. (2017). Attitudes of pre-service physical education teachers to healthism: Development and validation of the Attitude Towards Healthism Scale (ATHS). *European Physical Education Review*, 25(2), 424-437. <https://doi.org/10.1177/1356336x17742665>
- Ali, A. S., Yohannes, M. W., Tesfahun, T. (2023). Hygiene behavior and COVID-19 pandemic: Opportunities of COVID-19-imposed changes in hygiene behavior. *Inquiry*, 60, 469580231218421. <https://doi.org/10.1177/00469580231218421>
- Ali, Z., Bashier Eltayeb, L., Fattiny, S. Z. A., Mallhi, I. Y., Javed, F., Alyousef, A. A., ... Ahmad, M. (2024). COVID-19 and diet: efforts towards a balanced diet and sustainable nutrition among university students in Pakistan. *PeerJ*, 12, e16730. <https://doi.org/10.7717/peerj.16730>
- Anaya, Y. B., Banuelos Mota, A., Hernandez, G. D., Osorio, A., Hayes-Bautista, D. E. (2022). Post-pandemic telehealth policy for primary care: An equity perspective. *J Am Board Fam Med*, 35(3), 588-592. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.03.210509>
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C. U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Ben-Zvi, T., Luftman, J. (2022). Post-pandemic IT: Digital transformation and sustainability. *Sustainability*, 14(22). <https://doi.org/10.3390/su142215275>
- Bentler, P. M., Chou, C.-P. (1987). Practical Issues in Structural Modeling. *Sociological Methods & Research*, 16(1), 78-117. <https://doi.org/10.1177/0049124187016001004>
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Blichner, L. C., Molander, A. (2008). Mapping Juridification. *European Law Journal*, 14(1), 36-54. <https://doi.org/10.1111/J.1468-0386.2007.00405.X>
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573. <http://www.jstor.org/stable/186939>
- Boorse, C. (1997). A Rebuttal on Health. İçinde *What Is Disease?* (s. 1-134). Totowa, NJ: Humana Press.
- Bostan, N., Örsal, Ö., Karadağ, E. (2016). Developing promotive and protective health behaviors scale: Methodological Study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 8(2), 102-111. <https://doi.org/10.5336/nurses.2014-41578>
- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural Research Methods*. New York: John Wiley & Sons.

- Buja, A., Rabensteiner, A., Sperotto, M., Grotto, G., Bertoncello, C., Cocchio, S., ... Baldo, V. (2020). Health literacy and physical activity: A systematic review. *J Phys Act Health*, 17(12), 1259-1274. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0161>
- Burgess, R., Srebotnjak, T., Lin, C., Grierson, L., Esty, D. C., Ransome, Y., ... Freudenberg, N. (2025). Toward Monitoring and Addressing the Commercial Determinants of Health: Where Can We Go From Here? *Milbank Q.* <https://doi.org/10.1111/1468-0009.70012>
- Buse, C. G., Hancock, T., Allison, S., Astle, B., Cole, D., Fumerton, R., ... Woollard, R. (2023). Where are the ecological determinants of health? *Can J Public Health*, 114(1), 152-153. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00720-x>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York: Routledge.
- Canadian Public Health Association. (2015). *Global Change and Public Health: Addressing the Ecological Determinants of Health*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Cannon, R. (2008). *The Social Determinants of Health*. Australia: South Australian Council of Social Service.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Chen, W. L., Zhang, C. G., Cui, Z. Y., Wang, J. Y., Zhao, J., Wang, J. W., ... Yu, J. M. (2019). The impact of social capital on physical activity and nutrition in China: the mediating effect of health literacy. *BMC Public Health*, 19(1), 1713. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8037-x>
- Cheung, G. W., Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Chidambaram, S., Jain, B., Jain, U., Mwavu, R., Baru, R., Thomas, B., ... Darzi, A. (2024). An introduction to digital determinants of health. *PLOS Digit Health*, 3(1), e0000346. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000346>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Courtenay, W. H. (1998). *Health Risk Inventory: A 60-item instrument for measuring health beliefs and behaviors*.
- Cristobal, E., Flavián, C., Guinaliú, M. (2007). Perceived e-service quality (PeSQ). *Managing Service Quality: An International Journal*, 17(3), 317-340. <https://doi.org/10.1108/09604520710744326>
- Çayır Yılmaz, M. (2023). Health behaviors of adults living in Turkey during the covid-19 pandemic: A cross-sectional study. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 26-35. <https://doi.org/10.33308/2687248x.202351286>
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: PEGEM Akademi.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. *Institute for Future Studies*, 2007:14.

- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. (1999). Manual of the Loneliness Scale. *Methoden en technieken*. <https://doi.org/10.17605/osf.io/u6gck>
- DeVellis, R. F. (2014). *Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar* (T. Totan, Çev.). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Duong, T. V., Aringazina, A., Kayupova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., ... Chang, P. W. S. (2019). Development and validation of a new Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *Health Lit Res Pract*, 3(2), e91-e102. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190225-01>
- Erkutlu, H. V., Uçak, H. (Ed.). (2023). *Sağlık Yönetimi*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Esin, N. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45), 87-96.
- Fertman, C. I., Allensworth, D. D. (2010). *Sağlığı Geliştirme Programları - Teoriden Pratiğe* (N. M. Işıtman, Çev.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Furlong, M. J., Dowdy, E., Nylund-Gibson, K., Wagle, R., Carter, D., Hinton, T. (2021). Enhancement and standardization of a universal Social-Emotional Health Measure for students' psychological strengths. *Journal of Well-Being Assessment*, 4(3), 245-267. <https://doi.org/10.1007/s41543-020-00032-2>
- Gabe, K. T., Jaime, P. C. (2019). Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Public Health Nutr*, 22(5), 795-796. <https://doi.org/10.1017/S1368980018004123>
- Gamer, M., Lemon, J., Fellows, I., Singh, P. (2012). *irr: Various Coefficients of Interrater Reliability and Agreement*. <https://cran.r-project.org/web/packages/irr/irr.pdf>
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol*, 10, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
- Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Gliem, J. A., Gliem, R. R. (2003). *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, Columbus (s. 82-88).
- Gostin, L. O., Monahan, J. T., Kaldor, J., DeBartolo, M., Friedman, E. A., Gottschalk, K., ... Yamin, A. E. (2019). The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *Lancet*, 393(10183), 1857-1910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30233-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30233-8)
- Gökkaya, D. (2025). Healthy Lifestyle Scale (Helis): A scale development research. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 16(45), 53-68. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1496574>
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46(12), 1417-1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)

- Gülsoy, H., Şenturan, L. (2020). Validity and reliability study of the Geriatric Health Promotion Scale. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(2), 140-149. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2019-66055>
- Hacker, K., Auerbach, J., Ikeda, R., Philip, C., Houry, D. (2022). Social determinants of health-an approach taken at CDC. *J Public Health Manag Pract*, 28(6), 589-594. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001626>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New York: Pearson Educational International.
- Han, Z., Xia, T., Xi, Y., Li, Y. (2023). Healthy cities, a comprehensive dataset for environmental determinants of health in England cities. *Sci Data*, 10(1), 165. <https://doi.org/10.1038/s41597-023-02060-y>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach (Methodology in the Social Sciences)* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Hayırlıdağ, M. (2021). Mısır Tıbbının Gizemi Papirüsler. *Akademik Tarih ve Araştırmalar Dergisi*, 4, 68-85. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/atadergi/issue/64148/945848>
- Hayran, O. (2012). Sağlık ve hastalık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İlkbahar, 82-85.
- Heo, M. L., Jang, Y. M., Kim, H. Y. (2023). Development and validation of a scale measuring the Post Pandemic-Health Promotion Behavior (PP-HPB) of young adults in the digital era. *J Multidiscip Healthc*, 16, 2449-2462. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S421060>
- Holdener, M., Gut, A., Angerer, A. (2020). Applicability of the User Engagement Scale to mobile health: A survey-based quantitative study. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 8(1), 13244. <https://doi.org/10.2196/13244>
- Hu, L. t., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Irwin, A., Scali, E. (2007). Action on the social determinants of health: a historical perspective. *Glob Public Health*, 2(3), 235-256. <https://doi.org/10.1080/17441690601106304>
- Ito, A., Smith, D. C., You, S., Shimoda, Y., Furlong, M. J. (2015). Validation and utility of the social emotional health survey–secondary for Japanese students. *Contemporary School Psychology*, 19, 243-252. <https://doi.org/10.1007/s40688-015-0068-4>
- İskender, A., Türk, E. S., Cardenas, D. (2023). Multi-item unidimensional measurement scale construct: Perceived hygiene development (pHd). *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 51(4), 296-308. <https://doi.org/10.1111/fcsr.12476>
- Jahnel, T., Dassow, H. H., Gerhardus, A., Schuz, B. (2022). The digital rainbow: Digital determinants of health inequities. *Digit Health*, 8, 20552076221129093. <https://doi.org/10.1177/20552076221129093>
- Jamoulle, M., Roland, M. (1995). *Quaternary prevention*. Bruxelles: Hong-Kong Wonca Classification Committee. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/173994/1/>
- Jordan, E. J., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R., ... Osborne, R. H. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use

- health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.013>
- Karahan Yılmaz, S., Eskici, G. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 19-25. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/65176/877077>
- Khandelwal, R., Kolte, A., Rossi, M. (2021). A study on entrepreneurial opportunities in digital health-care post-Covid-19 from the perspective of developing countries. *Foresight*, 24(3/4), 527-544. <https://doi.org/10.1108/fs-02-2021-0043>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). New York: The Guilford Press.
- Koç, M. C., Yıldırım, E., Özdurak Sıngın, R. H., Talaghir, L. G., Iconomescu, T. M., Karakaş, N. (2024). Adaptation and Validation of the Post-Pandemic Health Promotion Behavior of Young Adults in the Digital Age (PS-SGD) Scale in the Turkish Population. *Healthcare (Basel)*, 12(13). <https://doi.org/10.3390/healthcare12131337>
- Lacy-Nichols, J., Cullerton, K. (2023). A proposal for systematic monitoring of the commercial determinants of health: a pilot study assessing the feasibility of monitoring lobbying and political donations in Australia. *Global Health*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00900-x>
- Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative Approach to Content Validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Lim, B. C., Kueh, Y. C., Arifin, W. N., Ng, K. H. (2021). Modelling knowledge, health beliefs, and health-promoting behaviours related to cardiovascular disease prevention among Malaysian university students. *PLoS One*, 16(4), e0250627. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250627>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J., Hong, S. (2001). Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error. *Multivariate Behav Res*, 36(4), 611-637. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3604_06
- Masiero, M., Oliveri, S., Cutica, I., Monzani, D., Faccio, F., Mazzocco, K., ... Preavettoni, G. (2020). The psychometric properties of the Italian adaptation of the Health Orientation Scale (HOS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(69). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01298-z>
- Meade, A. W., Johnson, E. C., Braddy, P. W. (2008). Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance. *Journal of Applied Psychology*, 93, 568-592. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.93.3.568>
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=224&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=4>
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2001). *Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4414&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2010). *Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu Ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=14255&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2019). *Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190310-2.htm>
- Minister of Supply and Services Canada. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada, Public Health Agency. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Montel, L. (2023). 'Harnessing the power of the law': a qualitative analysis of the legal determinants of health in English urban planning and recommendations for fairer and healthier decision-making. *BMC Public Health*, 23(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15166-0>
- Morens, D. M., Folkers, G. K., Fauci, A. S. (2009). What is a pandemic? *The Journal of Infectious Diseases*, 200(7), 1018-1021. <https://doi.org/10.1086/644537>
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., ... O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociol Health Illn*, 33(6), 946-964. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x>
- Nassar, O. S., ve Shaheen, A. M. (2014). Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan. *Health*, 06(19), 2756-2763. <https://doi.org/10.4236/health.2014.619315>
- Nordenfelt, L. (2007). Understanding the Concept of Health. *Hommage à Wlodek. Philosophical Papers Dedicated to Wlodek Rabinowicz*.
- Noroozi, A., Khademolhosseini, F., Lari, H., Tahmasebi, R. (2018). The Mediator Role of Mental Health Literacy in the Relationship Between Demographic Variables and Health-Promoting Behaviours. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(2). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.12603>
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: Progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Özcan, M., Polat, T., Alkan Polat, B. (2023). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1060-1071. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1094351>
- Özdamar, K. (2013). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-I: SPSS-MINITAB*. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özdem, T. (2023). *Sağlık Güvenliği; Pandemiler, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye*. Ankara: Astana Yayınları.
- Palmer, R. C., Ismond, D., Rodriquez, E. J., Kaufman, J. S. (2019). Social Determinants of Health: Future Directions for Health Disparities Research. *Am J Public Health*, 109(S1), S70-S71. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.304964>
- Peluso, A., Rastogi, D., Klasky, H. B., Logan, J., Maguire, D., Grant, J., ... Hanson, H. A. (2024). Environmental determinants of health: Measuring multiple physical environmental exposures at the United States census tract level. *Health Place*, 89, 103303. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2024.103303>

- Randall, N. L., Sanders, C. E., Lamm, A. J., Berg, A. C. (2023). Qualitative Exploration of Cultural Influence on a Rural Health-Promotion Initiative. *J Nutr Educ Behav*, 55(4), 255-265. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.10.011>
- Recio-Rodriguez, J. I., Garcia-Ortiz, L., Garcia-Yu, I. A., Lugones-Sanchez, C., Olmo, E. Z., Bolibar, B., ... Maderuelo-Fernandez, J. A. (2022). Effectiveness of a multiple health-behaviour-change intervention in increasing adherence to the Mediterranean Diet in adults (EIRA study): a randomized controlled hybrid trial. *BMC Public Health*, 22(1), 2127. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14590-y>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L. (2007). Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública*, 41(4).
- Rice, L., Sara, R. (2019). Updating the determinants of health model in the information age. *Health Promot Int*, 34(6), 1241-1249. <https://doi.org/10.1093/heapro/day064>
- Rodgers, S. E., Geary, R. S., Villegas-Diaz, R., Buchan, I. E., Burnett, H., Clemens, T., ... Butters, O. (2024). Creating a learning health system to include environmental determinants of health: The GroundsWell experience. *Learn Health Syst*, 8(4), e10461. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10461>
- Rubinelli, S., Diviani, N. (2020). The bases of targeting behavior in health promotion and disease prevention. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2395-2399. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.043>
- Saffari, M., Koenig, H. G., Pakpour, A. H., Sanaeinasab, H., Jahan, H. R., Sehlo, M. G. (2014). Personal hygiene among military personnel: developing and testing a self-administered scale. *Environ Health Prev Med*, 19(2), 135-142. <https://doi.org/10.1007/s12199-013-0366-2>
- Salzberger, T., Sinkovics, R. R., Schlegelmilch, B. B. (1999). Data Equivalence in Cross-Cultural Research: A Comparison of Classical Test Theory and Latent Trait Theory Based Approaches. *Australasian Marketing Journal*, 7(2), 23-38. [https://doi.org/10.1016/S1441-3582\(99\)70213-2](https://doi.org/10.1016/S1441-3582(99)70213-2)
- Sassi, F., Belloni, A. (2014). Fiscal incentives, behavior change and health promotion: what place in the health-in-all-policies toolkit? *Health Promot Int*, 29 Suppl 1, i103-112. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau050>
- Savage, S. R., Kraft, S. A., Tanner, C., Houde, M. (2024). Advancing action on the political determinants of health in the United States. *J Public Health Policy*, 45(3), 484-494. <https://doi.org/10.1057/s41271-024-00497-y>
- Sayılı, U., Sak, K., Aydın, S. N., Kara, B., Turgut, D., Bişgin, O. (2024). Development, validity and reliability of the healthy lifestyle behavior scale. *Discover Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12982-024-00186-x>
- Schober, P., Boer, C., Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia and Analgesia*, 126(5), 1763-1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Schumacker, R. E., Lomax, R. G. (2015). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (4th ed.). Routledge.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Barsky, A. J., Boehm, J. K., Kubzansky, L. D., Park, N., ... Labarthe, D. (2013). Positive health and health assets: Re-analysis of longitudinal datasets. *Positive Health Research*. http://positivehealthresearch.org/sites/positivehealthresearch.org/files/PH_Whitepaper_Layout_Web.pdf

- Seraphim, A. P., Niu, H., Morgado, P., Miranda, B., Silva, E. A. (2025). Mapping urban health policies: A scoping review of environmental, behavioural and socioeconomic determinants of health. *Progress in Planning*, 193. <https://doi.org/10.1016/j.progress.2024.100926>
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şenel, A. (2006). *Kemirgenlerden Sömürgenlere İnsanlık Tarihi*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Public Health Service. (1979). *Healthy People. The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention*. U.S. Department Of Health, Education, And Welfare. Public Health Service. Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General. <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog.nlm.nlmuid-101584932X92-doc>
- Soylu, C., Kütük, B. (2022). Reliability and validity of the Turkish version of SF-12 Health Survey. *Türk Psikiyatri Derg*, 33(2), 108-117. <https://doi.org/10.5080/u25700>
- Sullivan, B. J., Bettger, J. P. (2018). Community-informed health promotion to improve health behaviors in Honduras. *J Transcult Nurs*, 29(1), 14-20. <https://doi.org/10.1177/1043659616670214>
- Tabachnick, B., Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics* (3rd ed.). Harper Collins.
- Tana, J., Eirola, E., Eriksson-Backa, K. (2019). Rhythmicity of health information behaviour. *Aslib Journal of Information Management*, 71(6), 773-788. <https://doi.org/10.1108/ajim-01-2019-0029>
- Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi* (3. baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tavşancıl, E. (2010). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi* (6. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Teall, E. K. (2014). Medicine and doctoring in Ancient Mesopotamia. *Grand Valley Journal of History*, 3(1). <https://scholarworks.gvsu.edu/gvjh/vol3/iss1/2>
- Teig, I. L., Bærøe, K., Melberg, A., Carlsen, B. (2023). Governance determinants of health: exploring the structural impact of politicalization, bureaucratization and medical standardization on health inequity. *International Journal of Health Governance*, 28(4), 342-356. <https://doi.org/10.1108/ijhg-03-2023-0031>
- Telef, B. B., Furlong, M. J. (2016). Adaptation and validation of the Social and Emotional Health Survey–Secondary into Turkish culture. *International Journal of School & Educational Psychology*, 5(4), 255-265. <https://doi.org/10.1080/21683603.2016.1234988>
- Temkin, O. (1938). The Papyrus Ebers by B. Ebbell. *The University of Chicago Press Journals*, 28(1), 126-131. <https://www.jstor.org/stable/i302210>
- Tengland, P. A. (2016). Behavior change or empowerment: On the ethics of health-promotion goals. *Health Care Anal*, 24(1), 24-46. <https://doi.org/10.1007/s10728-013-0265-0>
- Thomson, M. (2022). Legal determinants of health. *Med Law Rev*, 30(4), 610-634. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwac025>

- Tung, C. Y., Chang, C. C., Jian, J. W., Du, Y. S., Wu, C. T. (2022). Studying wearable health technology in the workplace using the Behavior Change Wheel: a systematic literature review and content analysis. *Inform Health Soc Care*, 47(4), 434-443. <https://doi.org/10.1080/17538157.2022.2042303>
- Türk Tabipler Birliği. (2005). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi*. Erişim adresi: https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5f5d8700-a285-11e7-9205-300896da83fe (Erişim tarihi: 21.06.2025)
- Tüzün, H., Özkan, S., Dikmen, A. U., Aksakal, N. B., Çalışkan, D., Taşçı, O., ... Ünal, S. C. (2023). How health literacy associates with healthcare utilization and health promotion behaviours in Turkey?: Contributions to discussions concerning the Anderson model and ecological models. *Int J Health Plann Manage*, 38(4), 986-998. <https://doi.org/10.1002/hpm.3640>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2023). On İkinci Kalkınma Planı 2024-2028.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık Hizmeti Sunucuların Basamaklandırılması*. T.C Sağlık Bakanlığı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30901/0/saglik-hizmet-sunucuustyazi10867a2e-a45b-4a96-beda-c7783ff5d822pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *2024-2028 Stratejik Planı*.
- Uğraş, S., Özen, G., Aykora, E., Yurdakul, H. (2021). Adaptation of the Healthism Attitude Scale to Turkey: A validity and reliability study. *Human Sport Medicine*, 21(1), 117-123. <https://doi.org/10.14529/hsm210115>
- Uysal, H., Özcan, Ş. (2011). A Turkish version of myocardial infarction dimensional assessment scale (TR-MIDAS): Reliability–validity assesment. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.05.007>
- Uğraş, S., Özen, G., Aykora, E., Yurdakul, H. (2021). Adaptation of the Healthism Attitude Scale to Turkey: A validity and reliability study. *Human Sport Medicine*, 21(1), 117-123. <https://doi.org/10.14529/hsm210115>
- van de Schoot, R., Lugtig, P., Hox, J. (2012). A checklist for testing measurement invariance. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(4), 486-492. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.686740>
- van de Ven, D., Schuring, M., Kouwenhoven-Pasmooij, T. A., Blom, P., Burdorf, A., Robroek, S. J. W. (2023). Reach and effectiveness of a worksite health promotion program combining a preventive medical examination with motivational interviewing; a quasi-experimental study among workers in low socioeconomic position. *BMC Public Health*, 23(1), 2130. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16908-w>
- Viens, A. M. (2019). Neo-liberalism, austerity and the political determinants of health. *Health Care Anal*, 27(3), 147-152. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00377-7>
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., ... Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379(9826), 1641-1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
- Vizcaino, M., Buman, M., DesRoches, C. T., Wharton, C. (2019). Reliability of a new measure to assess modern screen time in adults. *BMC Public Health*, 19: 1386. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7745-6>
- Walker, S. N., Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II*. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Centre, Omaha.

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
- Wang, J., Lee, C. M., Chang, C. F., Jane, S. W., Chen, M. Y. (2015). The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. *J Nurs Res*, 23(1), 56-64. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000077>
- Ware, J. E., Kosinski, M., Keller, S. D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual* (5th ed.). Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wendt, J., Scheller, D. A., Banik, A., Luszczynska, A., Forberger, S., Zeeb, H., ... Mueller-Stierlin, A. S. (2023). Good practice recommendations on implementation evaluation for policies targeting diet, physical activity, and sedentary behaviour. *BMC Public Health*, 23(1), 1259. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15775-9>
- World Health Organization. (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata*. World Health Organization and United Nations Children's Fund. <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/349652>
- World Health Organization. (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, Republic of Indonesia. <https://iris.who.int/handle/10665/63698>
- World Health Organization. (2005). *Constitution of the World Health Organization*.
- World Health Organization. (2017). *Promoting health in the SDGs. REPORT ON THE 9TH GLOBAL CONFERENCE FOR HEALTH PROMOTION: ALL FOR HEALTH, HEALTH FOR ALL, 21–24 NOVEMBER 2016*.
- World Health Organization. (2018). *Millennium Development Goals (MDGs)*. Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)) (Erişim tarihi: 20.06.2025)
- World Health Organization. (2024). Determinants of health. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health> (Erişim tarihi: 30.05.2025).
- Yağcı Şentürk, A., Şahin, Ü. K. (2023). Investigation of young people's use of mobile health apps, and their physical activity and health perception levels. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 10(3), 648-661. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1215037>
- Yale University Lilian Goldman Law Library (2008) The Code of Hammurabi. Avalon Project. Erişim adresi: <https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp> (Erişim tarihi: 30.05.2025).
- Yılmaz, E., Karahan, N. (2019). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. *Cukurova Medical Journal*, 44, 498-512. <https://doi.org/10.17826/cumj.568118>
- York, W. H. (2012). Factors in health and wellness. İçinde *Health and Wellness in Antiquity Through the Middle Ages*. (s. 4). Greenwood.
- You, S., Furlong, M., Felix, E., O'Malley, M. (2015). Validation of the Social and Emotional Health Survey for five sociocultural groups: Multigroup invariance

- and latent mean analyses. *Psychology in the Schools*, 52(4), 349-362.
<https://doi.org/10.1002/pits.21828>
- Yurdugöl, H. (2005). *Davranış Bilimlerinde Ölçek Geliştirme Çalışmaları için Bazı Ayrıntılar*. Erişim adresi:
https://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/FA_OrneklemGenislikleri
(Erişim tarihi: 12.06.2025).
- Yurdugöl, H., Aşkar, P. (2008). An investigation of the factorial structures of pupils' attitude towards technology (PATT): A Turkish sample. *Elementary Education Online*, 7(2), 288-309. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/90949>
- Zhao, X., Lynch, J. G., Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis. *The Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/651257> .

8. EKLER

EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Yaş	Lütfen belirtiniz:
Cinsiyet	() Kadın () Erkek
Medeni durum	() Evli () Bekar
Meslek	Lütfen belirtiniz:
Çalışma durumu	() Çalışıyor () İşsiz () Emekli () Öğrenci
Eğitim	() Okuryazar () İlköğretim () Ortaöğretim () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek lisans/Doktora
Yaşadığınız yerleşim birimi	() İl () İlçe () Köy
Yaşadığınız şehir	Lütfen belirtiniz:
Hanenin toplam geliri	Lütfen yalnızca TL olarak belirtiniz: TL
Hanede yaşayan kişi sayısı	Lütfen belirtiniz:
Günlük uyku süreniz ortalama kaç saattir?	Lütfen yalnızca saat olarak belirtiniz: saat
Son bir ay içerisinde uyku düzeninizi nasıl değerlendirirsiniz?	() Çok düzenli () Düzenli () Düzensiz () Çok düzensiz
Son bir ay içerisinde düzenli olarak yaptığınız fiziksel aktiviteleri aşağıdan işaretleyiniz: (Birden fazla seçebilirsiniz.)	() Yürüyüş () Koşu () Bisiklet () Ev egzersizleri (pilates, yoga, vs.) () Fitness / spor salonu () Dans () Ev işleri (yoğun fiziksel efor gerektiren) () Merdiven çıkma () Takım sporları (futbol, basketbol vb.) () Diğer:
Günlük fiziksel aktivite (örneğin; yürüyüş, egzersiz) süreniz:	Lütfen belirtiniz: dakika/saat
Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	() Mükemmel () İyi () Orta () Kötü
Son bir ay içinde sabahları uyardığınızda ne kadar dinlenmiş hissediyordunuz?	() Hiç dinlenmiş hissetmedim () Az dinlenmiş hissettim () Ne dinlenmiş ne de yorgun hissettim () Genellikle dinlenmiş hissettim () Tamamen dinlenmiş hissettim
Sigara kullanıyor musunuz?	() Hiç kullanmadım () Daha önce kullandım () Şu an kullanıyorum
Alkol tüketim sıklığınız nedir?	() Hiç () Nadiren () Haftada 1–2 () Daha sık
Kronik hastalığınız var mı?	() Evet () Hayır Varsa lütfen belirtiniz:
Pandemi sürecinde COVID-19 geçirdiniz mi?	() Evet () Hayır
COVID-19 aşı durumunuz nedir?	() Aşılı () Aşısız
Son bir ay içerisinde günlük ortalama mobil cihaz (telefon, tablet vb.) kullanım süreniz nedir?	Lütfen yalnızca saat olarak belirtiniz: saat
Son bir ay içerisinde günlük ortalama uzanarak veya oturarak geçirdiğiniz süre nedir?	Lütfen yalnızca saat olarak belirtiniz: saat
Pandemi sonrası ruh sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü
Sağlık hizmetlerine erişiminizi nasıl değerlendirirsiniz (örneğin; aile hekimine erişim, hastane randevusu alabilme durumu)?	() Çok kolay () Kolay () Zor () Çok zor

EK-2 Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği

PANDEMİ SONRASI YETİŞKİNLERDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ						
SIRA NO	MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Kararsızım 3	Katılıyorum 4	Kesinlikle Katılıyorum 5
1	Her günümü pozitif düşünerek geçiririm.	1	2	3	4	5
2	Duygularımı başkalarına dürüstçe ifade ederek yönetirim.	1	2	3	4	5
3	Uygulanabilir hedefler belirler ve onlara göre hareket ederim.	1	2	3	4	5
4	Stresle baş etmek için uyguladığım kendime ait olumlu yöntemlerim var.	1	2	3	4	5
5	İnsanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım.	1	2	3	4	5
6	Çevremdekilere ilgimi ve sevgimi ifade eder ve gösteririm.	1	2	3	4	5
7	Arkadaşımdan yardım veya destek istemekten çekinmem.	1	2	3	4	5
8	Uyumama yardımcı olacak kendi yöntemlerimi uygulayım.	1	2	3	4	5
9	Dışardan geldiğimde, yemekten önce ve tuvaletten sonra ellerimi yıkarım.	1	2	3	4	5
10	Bulaşıcı hastalıkları önlemek için kurumsal (devlet, işyeri, okul) yönergelerine uyarım.	1	2	3	4	5
11	Bulunduğum ortamı iyi havalandırırım (örneğin; pencereleri açmak, hava temizleyici kullanmak).	1	2	3	4	5
12	Sık kullandığım yerleri temiz tutarım (örneğin; süpürme, silme, yiyecek atıklarını atma).	1	2	3	4	5
13	Yemeklerden/atıştırmalıklardan sonra ve yatmadan önce dişlerimi fırçalarım.	1	2	3	4	5
14	Şekerli gıdalar tüketmem (şekerli yiyecekler, tatlılar, şekerli içecekler gibi).	1	2	3	4	5
15	Aşırı yağlı yiyecekleri tüketmem (hazır yiyecekler, kızartmalar gibi).	1	2	3	4	5
16	Aşırı baharatlı yiyecekleri tüketmem (acı, tuzlu gibi).	1	2	3	4	5
17	Akşam yemeğinden sonra gece atıştırmaları yapmam.	1	2	3	4	5
18	Öğünlerim üç temel besin maddesini (karbonhidrat, protein, yağ) dengeli olarak içerir.	1	2	3	4	5
19	İnternette veya başkalarından öğrendiğim sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık çalışanlarına sorarak teyit ederim.	1	2	3	4	5

20	Vücudumda meydana gelen değişiklikleri gözlemler ve kontrol ederim.	1	2	3	4	5
21	Mobil cihazları kullanırken göz sağlığını korumak için önlemler alırım (ekran koruyucu kullanmak, parlaklığı ayarlamak, yeterli mesafeyi korumak gibi).	1	2	3	4	5
22	Mobil cihazları kullanırken işitme sağlığını korumak için önlemler alırım (kulaklık kullanımını günde bir saatle sınırlamak gibi).	1	2	3	4	5
23	Ara verdiğimde mobil cihaz kullanmak dışında başka uğraşlarla ilgilenirim.	1	2	3	4	5
24	Mobil cihaz (telefon, tablet veya dizüstü bilgisayar) kullandıktan sonra bileklerimi, boynumu, omuzlarımı ve sırtımı esnetirim.	1	2	3	4	5
25	Haftada en az iki gün kuvvetlendirici egzersizler yaparım.	1	2	3	4	5
26	Haftada en az iki buçuk saat yürüyüş gibi fiziksel aktiviteler yaparım.	1	2	3	4	5
27	Ders çalışma veya iş zamanları dışında oturarak geçirdiğim süre iki saat veya daha azdır.	1	2	3	4	5

EK-3 Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği

SAĞLIKLI OLMA KÜLTÜRÜ (HEALTHISM) ÖLÇEĞİ						
		Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Orta Düzeyde Katılıyorum 3	Katılıyorum 4	Tamamen Katılıyorum 5
1	Beden eğitimi, daha çok fiziksel aktivite hedeflerini karşılamaya yönelik olmalıdır.	1	2	3	4	5
2	Spor yapan insanlar yapmayanlara göre daha sağlıklıdır.	1	2	3	4	5
3	Günümüzde gençlerin çoğu obezdir.	1	2	3	4	5
4	Sıkı ve düzenli çalışmayla herkes sağlıklı olabilir.	1	2	3	4	5
5	Obezite, çöğünlukla bireylerin yanlış beslenme ve egzersiz seçimleri ile ilişkilidir.	1	2	3	4	5
6	Fiziksel uygunluk testlerinin, bireyleri sağlıklı olmaya motive etmek için yapılması gereklidir.	1	2	3	4	5
7	Obezite, günümüzde gençlerin karşılaştığı en önemli sağlık sorunudur.	1	2	3	4	5
8	Okul saatlerinde gençlere fiziksel aktivite hedeflerine ulaşmaları için daha fazla fırsat verilmelidir.	1	2	3	4	5
9	Sağlıksız insanlar sağlıklı insanlardan daha az egzersiz yaparlar.	1	2	3	4	5
10	Fazla kilolu insanlar tembeldir.	1	2	3	4	5
11	Sağlıklı insanlar hayatta daha başarılıdır.	1	2	3	4	5
12	Fiziksel uygunluğa sahip bireyler daha ilgi çekicidir.	1	2	3	4	5
13	Sağlıklı insanlar daha yüksek otokontrole sahiptir.	1	2	3	4	5
14	Fiziksel uygunluk düzeyini kontrol edebilen insanlar daha fazlasını başarabilir.	1	2	3	4	5

EK-4 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ- KISA FORM					
	Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.	Çok Zor	Oldukça Zor	Oldukça Kolay	Çok Kolay
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.	1	2	3	4
2	İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.	1	2	3	4
3	Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.	1	2	3	4
4	Acil bir durumda ambulans çağırmak.	1	2	3	4
5	Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.	1	2	3	4
6	Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).	1	2	3	4
7	Hangi aşılar ihtiyacınız olabileceğine karar vermek.	1	2	3	4
8	Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek.	1	2	3	4
9	Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek.	1	2	3	4
10	Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.	1	2	3	4
11	Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ilişkili olduğuna karar verebilmek.	1	2	3	4
12	Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.	1	2	3	4

EK-5 SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-12 YAŞAM KALİTESİ						
Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayınız. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz.						
1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?	☐ Mükemmel	☐ Çok iyi	☐ İyi	☐ Fena Değil	☐ Kötü	
Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. <u>Su sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?</u>						
2. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	☐ Evet, oldukça kısıtlıyor	☐ Evet, biraz kısıtlıyor	☐ Hayır, hiç kısıtlamıyor			
3. Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ Evet, oldukça kısıtlıyor	☐ Evet, biraz kısıtlıyor	☐ Hayır, hiç kısıtlamıyor			
Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?						
4. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	☐ Evet	☐ Hayır				
5. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	☐ Evet	☐ Hayır				
Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinize nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?						
6. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	☐ Evet	☐ Hayır				
7. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	☐ Evet	☐ Hayır				
8. <u>Son bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?	☐ Biraz	☐ Hiç olmadı	☐ Orta derece	☐ Epey	☐ Çok fazla	
Aşağıdaki soruları geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:						
9. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	☐ Her zaman	☐ Çoğu zaman	☐ Epeyce	☐ Arada sırada	☐ Çok ender	☐ Hiçbir zaman
10. Çok enerjiniz oldu?	☐ Her zaman	☐ Çoğu zaman	☐ Epeyce	☐ Arada sırada	☐ Çok ender	☐ Hiçbir zaman
11. Mutsuz ve kederli oldunuz?	☐ Her zaman	☐ Çoğu zaman	☐ Epeyce	☐ Arada sırada	☐ Çok ender	☐ Hiçbir zaman
12. <u>Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınıza ya da duygusal problemlerinize , sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?	☐ Her zaman	☐ Çoğu zaman	☐ Epeyce	☐ Arada sırada	☐ Çok ender	☐ Hiçbir zaman

EK-6 Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği İzni

김현영

20 May 2024 Pzt 17:08



Alıcı: ben ▼



Türkçe diline çevir



Dear Sumeyye,

You are correct.

I hope you conduct a good study for your thesis using the PP-HPB scale.

Hyun-Young Kim

2024년 5월 20일 (월) 오후 5:54, SÜMEYYE KAYA

성:

작

EK-7 Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği İzni

SINAN UGRAS

21 Oca Sal 12:20



Alıcı: ben ▼

Merhaba Sümeyye. Genelde kurumsal mailimi kullanmadığım için geç dönüş yapıyorum. Kusura bakma. Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek puanlamasını ortalama üzerinden yapmanız gerekmektedir. Ölçek maddeleri ektedir. İyi çalışmalar.

Kimden: !

Kime: !

- 09:33

Konu: Tez için Ölçek İzni_Sümeyye Kaya_Bandırma Onyedi Eylül Üni



EK-8 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form İzni

GUNAY ESKICI <

26 Ara 2024 Per 21:18



Alıcı: ben ▼

Merhaba Sümeyye,

Tabi ki ölçeği kullanabilirsiniz. Gerekli ek bilgileri Sevil Karahan Yılmaz hoca'dan isteyebilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Günay ESKİCİ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi,

Antrenörlük Eğitimi Bölümü

Kimden:

Kime: - 26/12/24 - 11:06

Konu: Tez için Ölçek İzni_Sümeyye Kaya_Bandırma Onyedi Eylül Üni



BANDIRMA
ONYEDİ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ

EK-9 SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni

Cem Soylu

20 Oca Pzt 12:52 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▼

Sümeyye Merhaba,

Ekte, ölçek maddelerinin yer aldığı dosya, nasıl puanlandığı ile ilgili bilgilerin ve orjinal formunun yer aldığı manuel ve Türkçe formunun psikometrik özellikleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı makaleyi gönderiyorum. Ayrıca söz konusu ölçeğin puanlamasına ilişkin almış olduğum notları ve BU NOTLARIN YAPILMIŞ OLDUĞU SYNTAX dosyasını da ekledim.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Cem SOYLU

SÜMEYYE KAYA <

, 20 Oca 2025 Pzt, 09:41 tarihinde şunu

yazdı:



EK-10 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.08.2024-873



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM : Doç. Dr. Arzu BULUT'un 2024 -161 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 13.06.2024 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2024-6 sayılı toplantısında Doç. Dr. Arzu BULUT danışmanlığında Sümeyye KAYA tarafından yürütülmesi planlanan 2024-161 başvuru sayılı " Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Pin Kodu :46992

Belge Doğrulama Adresi:
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5658&eD=BSU4JDVASP&eS=873>

Adres:Yeni Mahalle Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Caddesi
No:77 Bandırma/BALIKESİR
Telefon:02667170117 Faks:02667170030
e-Posta:sagbiletik@bandirma.edu.tr
Kep Adresi:bandirmaonyedieylul@hs01.kep.tr



belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
rak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5658&eD=BSU4JDVASP&eS=873> adresinden yapılabilir.

EK-11 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

... / ... / 2025

Sizi Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD öğretim elemanı Doç. Dr. Arzu BULUT danışmanlığında; Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyye KAYA tarafından yürütülmekte olan "Pandemi Sonrası Yetişkinlerde Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yürütülen araştırmaya davet ediyoruz. Bu tez çalışmasının amacı, Türkiye genelindeki 18 yaş ve üzeri bireylerden oluşan örnekleme Pandemi Sonrası Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği (PS-SGDÖ) Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışma kapsamında en az 540 yetişkine ulaşılması hedeflenmektedir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız, araştırmacıya şimdi sorabilir veya ->posta adresinden ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Adı- Soyadı:

İmzası:

İmzası:

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Sümeyye KAYA
Uyruğu	T.C.

	Eğitim Bilgileri
	Lisans
Üniversite	Marmara Üniversitesi
Fakülte	Tıp Fakültesi
Bölümü	Tıp
Mezuniyet Yılı	2020

Yüksek Lisans	
Üniversite	Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
Enstitü Adı	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Programı	Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında (Proceedings) Basılan Bildiriler
1. Kaya, S., Bulut, A., Aba, G. (2025). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmet İçi Eğitim Uygulamaları: Literatür Temelli Bir Değerlendirme. İçinde Akkoyun, H. T., Baştuğ Güven, E. (Eds.), ISPEC 9. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongre Kitabı (s. 1009-1025). Liberty Publishing House. ISBN: 979-8-89695-085-1 (Tam Metin Bildiri/ Sözlü Sunum) 2. Bulut, A., Aba, G., Kaya, S. (2025). Büyük Veri Temelli Epidemiyolojik İzleme Uygulamaları. İçinde Akkoyun, H. T., Baştuğ Güven, E. (Eds.), ISPEC 9. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongre Kitabı (s. 995-1008). Liberty Publishing House. ISBN: 979-8-89695-085-1 (Tam Metin Bildiri/ Sözlü Sunum)