

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL MEDYA UYGULAMALARININ
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ –
MÜDAHALE ARAŞTIRMASI**

HAZIRLAYAN

SERAP SALİMOĞLU

DOKTORA TEZİ

ANKARA - 2025

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL MEDYA UYGULAMALARININ
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ –
MÜDAHALE ARAŞTIRMASI**

**HAZIRLAYAN
SERAP SALİMOĞLU**

DOKTORA TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SARE MIHÇIÖKUR**

ANKARA - 2025

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Doktora Programı çerçevesinde Serap Sağlımoğlu tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

Tez Adı: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sosyal Medya Uygulamalarının Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi - Müdahale Araştırması

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih:

Öğrencinin Adı, Soyadı: Serap Salimoğlu

Öğrencinin Numarası:

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Programı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sosyal Medya Uygulamalarının Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi - Müdahale Araştırması

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 83 sayfalık kısmına ilişkin 02/07/2025 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %13'dür. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih:

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....

TEŞEKKÜR

Doktora sürecim boyunca bilgi birikimi, akademik rehberliği ve kıymetli yönlendirmeleriyle çalışmama önemli katkılar sunan en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez İzleme Komitesi'nde görev alan kıymetli hocalarım yapıcı eleştirileri, yönlendirmeleri ve destekleri için müteşekkirim. Ayrıca çalışmalarım boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimime katkı sunan Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Son olarak, her koşulda yanımda olan sevgili aileme gönülden teşekkür ederim.

Bu tez çalışmasının tamamlanmasında emeği geçen tüm kişi ve kurumlara duyduğum minnettarlığı ifade etmeyi bir borç bilirim.

ÖZET

Serap Salimoğlu, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sosyal Medya Uygulamalarının Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi - Müdahale Araştırması, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Tezi, 2025.

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama yetilerini kapsayan önemli bir halk sağlığı göstergesidir. Günümüzde sosyal medya, genç bireylerin sağlık bilgisine ulaşımında etkin bir araç haline gelmiştir. Bu bağlamda, araştırmanın amacı, sosyal medya temelli bir müdahalenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisini değerlendirmek ve sosyal medyanın sağlık okuryazarlığını artırmada etkili bir araç olup olmadığını belirlemektir.

Araştırma, tek grup ön test-son test desenine sahip bir eğitim müdahalesi çalışmasıdır. Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören 293 birinci sınıf öğrencisi çalışmaya davet edilmiş, 248 öğrenci çalışmayı tamamlamıştır. Müdahale, Instagram platformu üzerinden üç ay boyunca günlük olarak sağlıkla ilgili içeriklerin paylaşımını kapsamaktadır. Veri toplama araçları olarak Sosyal Medya Tutum Ölçeği, Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır. Veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiş; bağımlı örneklem t-testi ve Cohen's d etki büyüklüğü hesaplamaları gerçekleştirilmiştir.

Üç ay süren Instagram tabanlı müdahale sonucunda, TSOY-32 puan ortalaması $32,36 \pm 6,45$ 'ten $36,24 \pm 5,57$ 'ye yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Özellikle "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" alt boyutundaki gelişim anlamlıdır ($p < 0,001$). Etki büyüklüğü Cohen's $d = 0,73$ olarak hesaplanmış ve bu bulgu, müdahalenin sağlık okuryazarlığı üzerinde orta düzeyde bir etkisi olduğunu göstermektedir. Müdahale sonrası "yetersiz" sağlık okuryazarlığı oranı %12,9'dan %2,0'ye, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı da %43,5'den %32,7'ye düşmüştür. Müdahale sonrası "yeterli" ve "mükemmel" düzeyde sağlık okuryazarlığı oranları ise sırasıyla %38,3'ten %54,8'e ve %5,2'den %10,5'e yükselmiştir. Katılımcıların %81'i sosyal medya içeriklerini düzenli takip ettiğini, %77'si ise sağlıklı yaşam davranışlarında olumlu

değişiklikler yaşadığını belirtmiştir. En fazla değişim gözlenen alanlar; beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi (%56), fiziksel aktiviteye başlama (%47,6), uyku düzeninin iyileştirilmesi (%44), sigara kullanımını azaltma/bırakma (%23) ve alkol tüketimini azaltma/bırakma (%13,3) olmuştur. Bu bulgular, sosyal medya aracılığıyla sunulan yapılandırılmış sağlık içeriklerinin hem bilişsel hem de davranışsal düzeyde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir.

Bu çalışma, sosyal medya platformu Instagram üzerinden gerçekleştirilen yapılandırılmış bir dijital içerik müdahalesinin, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, sosyal medyanın genç erişkinlere yönelik sağlık okuryazarlığı artırıcı müdahalelerde kullanılabileceğini ve üniversitelerde ilgili fakülte ve yüksekokul öğrencilerine yönelik seçmeli ders –bitirme projeleri yapma imkanı sağlanması ile halk sağlığı uygulamalarına dijital stratejilerle katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Eğitimi, Sosyal Medya, Müdahale Araştırması

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA23/255) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.



ABSTRACT

Serap Salimoğlu, The Effect of Social Media Applications on Health Literacy in Başkent University Vocational School of Health Services Students - An Intervention Study, Başkent University Institute of Health Sciences Public Health Doctoral Thesis, 2025.

Health literacy is a critical public health indicator that encompasses individuals' ability to access, understand, evaluate, and apply health-related information effectively. In today's digital age, social media has become a powerful tool for young individuals to obtain health information. In this context, the aim of this study is to evaluate the impact of a social media-based intervention on the health literacy levels of students enrolled in a Vocational School of Health Services and to determine whether social media can serve as an effective tool for improving health literacy.

This research was designed as a single-group pre-test/post-test educational intervention study. A total of 293 first-year students from Başkent University Vocational School of Health Services were invited to participate, and 248 students completed the study. The intervention consisted of daily health-related content shared via the Instagram platform over a three-month period. Data were collected using the Social Media Attitude Scale, the E-Health Literacy Scale for Adolescents, and the Turkey Health Literacy Scale (TSOY-32). Data were analyzed using SPSS 25.0, with dependent samples t-tests and Cohen's d effect size calculations.

Following the three-month Instagram-based intervention, the mean TSOY-32 score increased significantly from 32.36 ± 6.45 to 36.24 ± 5.57 ($p < 0.001$), with the "Disease Prevention and Health Promotion" subscale showing significant improvement ($p < 0.001$). The effect size was calculated as Cohen's $d = 0.73$, indicating a moderate effect of the intervention. After the intervention, the proportion of participants with "inadequate" health literacy decreased from 12.9% to 2.0%, and the proportion with "problematic-limited" health literacy decreased from 43.5% to 32.7%. In contrast, the proportions of participants with "sufficient" and "excellent" health literacy increased from 38.3% to 54.8% and from 5.2% to 10.5%, respectively. Furthermore, 81% of participants reported regularly following

the social media content, and 77% stated that they had made positive lifestyle changes during the intervention. The most frequently reported behavior changes included improved eating habits (56.0%), increased physical activity (47.6%), better sleep patterns (44.0%), reduced or discontinued smoking (23.0%), and reduced or discontinued alcohol consumption (13.3%). These findings suggest that structured health content delivered via social media can have a positive impact on both cognitive and behavioral aspects of health literacy.

This study demonstrated that a structured digital content intervention delivered via the social media platform Instagram was effective in improving the health literacy levels of university students. The findings indicate that social media can be utilized in health literacy-enhancing interventions targeting young adults, and that providing opportunities for elective courses or graduation projects for students in relevant faculties and vocational schools could contribute to public health practices through digital strategies.

Keywords: Health Literacy, Health Promotion, Health Education, Social Media, Intervention Study

This study was approved by Başkent University Medicine and Health Sciences Research Board and Ethics Committee (Project no: KA23/255) and supported by Başkent University Research Fund.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Kuramsal Yaklaşımlar	3
2.1.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı, tarihçesi ve önemi.....	3
2.1.2. Sağlık okuryazarlığı türleri ve boyutları	4
2.1.2.1. Sağlık okuryazarlığı türleri.....	4
2.1.2.2. Sağlık okuryazarlığının boyutları	6
2.1.3. Sağlık davranış değişikliği modelleri ve kuramsal çerçeveler	9
2.1.3.1. Sağlık inanç modeli (Health Belief Model)	9
2.1.3.2. Sosyal bilişsel teori (Social Cognitive Theory)	9
2.1.3.3. Değişim aşamaları modeli (Transtheoretical Model)	10
2.1.3.4. Ekolojik Modeller	10
2.1.3.5. Nutbeam'in sağlık okuryazarlığı çerçevesi.....	11
2.1.3.6. Sørensen ve arkadaşlarının entegre sağlık okuryazarlığı modeli	12
2.1.4. Entegre sağlık okuryazarlığı modeline dayalı ölçüm araçları	12
2.1.4.1. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) 13	
2.1.4.2. Health Literacy Questionnaire (HLQ).....	13
2.1.4.3. eHealth Literacy Scale (eHEALS).....	14
2.1.4.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	14
2.2. Sağlık İletişimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi.....	15
2.2.1. Sağlık iletişiminin tanımı ve temel prensipleri	15
2.2.2. Sağlık iletişiminde sosyal medyanın artan rolü	16
2.2.3. Dijital sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi.....	17
2.2.4. Sağlık iletişiminde yanlış bilgi ve dezenformasyonun etkileri	18

2.3. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi	19
2.3.1. Sağlık eğitiminin sağlık okuryazarlığı düzeylerine etkisi	19
2.3.2. Dijital ortamda sağlık eğitimi ve yeni öğrenme modelleri	20
2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Bağlamında Sağlık Okuryazarlığı	21
2.4.1. Sağlığın geliştirilmesi kavramı ve temel ilkeleri	21
2.4.2. Sağlık okuryazarlığının sağlığın geliştirilmesindeki rolü	22
2.4.3. Toplum temelli sağlık geliştirme programlarında sağlık okuryazarlığının entegrasyonu	23
2.4.4. Sosyal medyanın sağlığın geliştirilmesindeki potansiyeli	24
2.5. Sosyal Medya ve Sağlık Okuryazarlığı	25
2.5.1. Sosyal medyanın tanımı ve gelişimi	25
2.5.2. Sosyal medyanın sağlık bilgisi paylaşımındaki rolü	26
2.5.3. Sosyal medya kullanımının sağlık davranışları üzerindeki etkisi	27
2.6. Sosyal Medya Kullanımının Sağlık Okuryazarlığına Etkileri	28
2.6.1. Sosyal medya kullanımının sağlık bilgilerine erişim ve anlama üzerindeki etkisi	28
2.6.2. Sosyal medya kullanıcılarının sağlık bilgilerini değerlendirme becerileri	28
2.6.3. Sosyal medya platformlarının sağlık okuryazarlığına katkıları ve sınırlılıkları	29
2.6.4. Sosyal medyada sağlık bilgisi arayışında karşılaşılan zorluklar ve engeller	31
2.7. Sosyal Medyada Yanlış Sağlık Bilgileri ve Halk Sağlığına Etkileri	32
2.8. Sosyal Medya, Dijital Uçurum, Eşitsizlikler ve Sağlık Okuryazarlığı	33
2.9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	34
2.9.1. Dünyada sağlık okuryazarlığı düzeyleri	34
2.9.2. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyleri	35
2.9.3. Türkiye’de öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri	35
2.10. Dijital Sağlık Okuryazarlığı	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tasarımı	39
3.1.1. Araştırmanın kavramsal-teorik-deneyisel yapısı	40
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	41
3.3. Araştırmanın Tipi	41

3.3. Araştırmanın Evreni.....	41
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	42
3.5. Araştırmaya Katılma Oranı	42
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	42
3.7. Araştırmada Kullanılan Kriterler.....	43
3.8. Araştırmanın Veri Kaynakları.....	43
3.8.1. Sosyal Medya Tutum Ölçeği.....	43
3.8.2. Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	44
3.8.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	44
3.9. Araştırmada Kullanılan Materyaller	45
3.9.1. Materyal içerik yapısı ve tema başlıkları.....	46
3.9.2. İçerik türleri.....	46
3.9.2.1. İnfografikler ve posterler	46
3.9.2.2. Kısa videolar	47
3.9.2.3. Sosyal bilişsel kuram bileşenlerine göre materyal yapılandırması	47
3.9.3. İçerik sunumu	47
3.10. Araştırmanın Aşamaları	48
3.11. Araştırma Takvimi	49
3.12. Araştırma Verilerinin Analizi.....	49
3.13. Araştırmanın Etik Yönü	50
4. BULGULAR	51
4.1. Müdahale Öncesi Bulgular	51
4.1.1. Katılımcıların bazı kişisel özellikleri	51
4.1.2. Katılımcıların bazı sağlık özellikleri.....	53
4.1.3. Katılımcıların internet ve sosyal medya kullanma davranışları.....	55
4.1.3.1. Katılımcıların sosyal medya tutumları	56
4.1.4. Katılımcıların sağlık bilgisi arama davranışları	56
4.1.5. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım özellikleri.....	58
4.1.6. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi	58
4.1.7. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeyi.....	61
4.1.8. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeyleri arasındaki ilişki.....	67
4.2. Müdahale Sonrası Bulgular	67

4.2.1. Katılım süreci ve araştırmadan ayrılma nedenleri	67
4.2.2. Katılımcıların sosyal medya içeriklerine ilişkin değerlendirmeleri	67
4.2.3. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarındaki değişime ilişkin değerlendirmeleri	70
4.2.4. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeyi	71
4.2.4.1. Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı düzeyi	73
4.2.4.2. Mezun olunan okul tipi değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı düzeyi	75
4.2.4.3. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kategorilerine dağılımı	76
4.2.4.4. Sağlık Okuryazarlığı düzeyindeki kategorik geçişler	77
4.2.5. Müdahalenin etki büyüklüğü	81
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
KAYNAKLAR	91
EKLER	
EK 1: Proje Onayı	
EK 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK 3: Ön-Anket Formu	
EK 4: Son-Anket Formu	
EK 5: Ölçek Kullanım İzinleri	
EK 6: TREND Kontrol Listesi	
EK 7: TIDieR Kontrol Listesi	
EK 8: Instagram’da Paylaşılan Kısa Videolar, Posterler ve İnfografikler	

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) matris bileşenleri ve ölçek maddeleri	45
Tablo 3.2. Araştırmanın aşamaları	48
Tablo 4.1. Katılımcıların bazı kişisel özelliklerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	52
Tablo 4.2. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	54
Tablo 4.3. Katılımcıların internet ve sosyal medya kullanımına göre dağılımları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	55
Tablo 4.4. Katılımcıların sağlık bilgisi arama davranışlarına göre dağılımları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	57
Tablo 4.5. Katılımcıların Hastalık Anında Başvurdukları İlk Sağlık Kaynağına İlişkin Dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	58
Tablo 4.6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklere göre Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	59
Tablo 4.7. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	60
Tablo 4. 8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) matris bileşenleri ve indeks puanları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	61
Tablo 4.9. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) alt boyutları ve indeks puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	63
Tablo 4.10. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) indeks puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	65

Tablo 4.11. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) kategorilerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	66
Tablo 4.12. Sosyal medya hesabının takibi ve etkililiğine dair katılımcı değerlendirmeleri (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	68
Tablo 4.13. Katılımcıların kurumsal sosyal medya sağlık içeriklerine yönelik takip durumu, görüşleri, tercihleri ve etkililik önerilerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	69
Tablo 4.14. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarında değişiklik yapma durumu ve son üç ayda gerçekleştirdikleri sağlık davranışlarının dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	70
Tablo 4.15. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının bağımlı grup t-testi ile karşılaştırılması (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	71
Tablo 4.16. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) tedavi ve hizmet alt boyutu bileşenlerinin puanları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	72
Tablo 4.17. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu bileşenlerinin puanları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)	73
Tablo 4.18. Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının bağımlı grup t-testi ile karşılaştırılması (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	74
Tablo 4.19. Mezun olunan okul tipi değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının bağımlı grup t-testi ile karşılaştırılması (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	75
Tablo 4.20. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	77

Tablo 4.21. Erkek katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)..... 78

Tablo 4.22. Kadın katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)..... 79

Tablo 4. 23. Lise mezunu katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024) 79

Tablo 4. 24. Sağlık Meslek Lisesi mezunu katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024) 80

Tablo 4. 25. Diğer Meslek Liseleri mezunu katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024) 81

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı.....	40
Şekil 3.2. Araştırma Takvimi	49
Şekil 4.1. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kategorilerine dağılımı (%) (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024).....	77



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

BÜ	Başkent Üniversitesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
eHEALS	E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHealth Literacy Scale)
HLS-EU	Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (European Health Literacy Survey)
SCT	Social Cognitive Theory (Sosyal Bilişsel Kuram)
TIDieR	Template for Intervention Description and Replication (Müdahale Tanımlama ve Tekrarlama Şablonu)
TREND	Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (Randomize Olmayan Tasarımların Değerlendirmelerinin Şeffaf Raporlanması)
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

1. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı; sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı broşür okuyabilmekten ve randevu almaktan daha fazlası anlamına gelir (1). Yüksek sağlık okuryazarlığı daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilirken, düşük sağlık okuryazarlığı olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur (2,3). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve mesajları anlamakta güçlük çekmesine, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmamasına ve sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Bu durum hastalık insidansının artmasına, kronik hastalıkların yaygınlaşmasına ve hastaneye yatış oranlarının yükselmesine neden olmaktadır (4). Sağlık okuryazarlığı; yaş, cinsiyet, ırk/etnisite ve sosyoekonomik duruma bağlı olarak farklılık gösterir. Sağlık okuryazarlığı, eğitim ve gelir gibi sağlığın sosyal belirleyicileri ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (3,5,6).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında sekiz farklı ülkeyi içeren (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya) bir sağlık okuryazarlığı araştırmasında %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli, %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır (7). 2018 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve ilişkili Faktörleri Araştırması'na katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında, %30,9'unun yetersiz, %38,0'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının en düşük görüldüğü yaş grubu 18-24 yaş grubudur (%14) (8).

Halk sağlığında sağlık okuryazarlığının önemi her geçen gün artmaktadır. Toplum ve sağlık sistemleri giderek daha karmaşık hale gelmektedir. Bundan dolayı sağlık bilgilerinin en iyi şekilde kullanımı açısından okuryazarlığının önemi artmaktadır (9). Bir toplumda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlık bilgilerinin iletilmesinden daha fazlasını içermekte ve kişisel iletişim biçimlerinden ziyade topluluk temelli eğitim desteği yoluyla başarılabilmektedir (2).

Sosyal medya kullanımı her geçen gün artmaktadır. Sosyal medya, ücretsiz erişim platformlarından milyarlarca kullanıcıya ulaşmaktadır. Sosyal medya, halk sağlığı iletişimi için yeni fırsatlar sağlamaktadır (10). Sosyal medya, bireyler ve sağlık kuruluşları arasındaki etkileşimleri teşvik etmektedir. Birçok halk sağlığı kuruluşunun topluma ulaşmak için sosyal medyayı kullandığı bilinmektedir. Sağlık bilgi sağlayıcıları, sadece "salt okunur" bilgi içeren web sayfaları oluşturmak ve insanların gelip ziyaret etmelerini beklemek yerine, insanların zaten çevrimiçi oldukları sosyal medya platformlarını kullanmaları vatandaş katılımını teşvik ederek sağlık bilgisinin yayılması için etkileşimli bir alan oluşmasını sağlamaktadır (11). Sosyal medya; sağlık sorunları hakkında bilgilendirmek, halk sağlığı acil durumları sırasında iletişimi geliştirmek ve sağlıklı davranışları teşvik etmek gibi halk sağlığı uygulamaları için maliyeti düşük bir yol haline gelmiştir (12). Sosyal medya faaliyetleri, sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve halk arasında sağlıklı davranışları teşvik etmek için etkili bir yol olabilir (10).

DSÖ tarafından tanımlanan sağlık okuryazarlığına ulaşmak için, sağlık eğitiminde kullanılan içerik ve yöntemlerin önemli ölçüde genişletilmesi ve eğitimin öneminin yeniden keşfedilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (2). Sosyal medyanın genç bireyin yaşam tarzlarına ve davranışlarına olan önemli etkilerinin bilinmesine rağmen sosyal medyanın sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde bir araç olarak kullanılabilecek olması, yeterince araştırılmamış bir alandır (13,14).

Bu araştırma, sosyal medyanın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi ve sosyal medyanın sağlık okuryazarlığını geliştirmede bir araç olarak kullanılıp kullanılamayacağını belirlemeyi amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı, tarihçesi ve önemi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram, bireylerin günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığı geliştirme konularında bilinçli kararlar verebilmeleri için gerekli bilgi, motivasyon ve yetkinlikleri kapsamaktadır (1). Sağlık okuryazarlığı, sadece temel okuma yazma becerilerini değil, aynı zamanda eleştirel düşünme, sosyal beceriler ve sağlık sistemi içinde etkili navigasyon yapabilme yeteneklerini de içermektedir (2).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, ilk olarak 1970'lerde sağlık eğitimi literatüründe ortaya çıkmış ve zamanla sağlık hizmetlerinin ötesinde toplum sağlığı ve sağlığı geliştirme alanlarına doğru genişlemiştir. Kavramın gelişiminde önemli bir dönüm noktası, Sağlık okuryazarlığını üç düzeyde tanımlaması olmuştur: fonksiyonel sağlık okuryazarlığı (temel okuma yazma becerileri), interaktif sağlık okuryazarlığı (sosyal beceriler ve bilgiyi günlük yaşama uygulama), ve eleştirel sağlık okuryazarlığı (bilgiyi analiz etme ve sosyal eylem için kullanma) (2). 2000'li yılların başında, DSÖ'nün sağlık okuryazarlığını sağlığın sosyal belirleyicileri arasında konumlandırmasıyla birlikte, bu kavram küresel sağlık politikalarının merkezine yerleşmiştir (3). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU), sağlık okuryazarlığının kapsamlı bir modelini geliştirerek, sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığı geliştirme olmak üzere alanlar tanımlamıştır (1).

Sağlık okuryazarlığı, modern toplumların karşılaştığı en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (3). Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitsizliklerinin artması, sağlık hizmetlerinin verimsiz kullanımı ve sağlık sonuçlarının kötüleşmesi ile yakından ilişkilidir (4,15).

Sağlık okuryazarlığının bireysel düzeydeki önemi, kişilerin sağlık bilgilerini anlayabilme, sağlık hizmetlerine erişebilme ve kendi sağlık bakımları konusunda bilinçli

kararlar verebilme kapasitelerini artırmasında yatmaktadır (16). Toplumsal düzeyde ise, sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliklerini azaltma ve toplum sağlığını iyileştirme potansiyeline sahiptir (3).

COVID-19 pandemisi, sağlık okuryazarlığının kritik önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir. Pandemi sürecinde, bireylerin sağlık bilgilerini doğru anlayabilme, güvenilir kaynaklardan bilgi edinebilme ve koruyucu davranışları uygulayabilme yetenekleri, toplum sağlığının korunmasında belirleyici rol oynamıştır. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı pandemi kontrolünde kritik bir halk sağlığı stratejisi olarak değerlendirilmiştir (12).

Günümüzde sağlık okuryazarlığı, sadece bireysel bir yeterlilik olarak değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin ve toplumun tamamının sorumluluğu olarak görülmektedir (17). Bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde çok sektörlü iş birliği ve sistemsel değişikliklerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

2.1.2. Sağlık okuryazarlığı türleri ve boyutları

2.1.2.1. Sağlık okuryazarlığı türleri

Sağlık okuryazarlığı, tek boyutlu bir kavram olmayıp farklı düzey ve türlerde kategorize edilebilen çok boyutlu bir yapıdır. Literatürde en yaygın kabul gören sınıflandırma, Nutbeam tarafından önerilen üç düzeyli modeldir: fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı. Bu sınıflandırma, bireylerin sağlık bilgileriyle etkileşim düzeylerini ve bu bilgileri kullanma kapasitelerini yansıtmaktadır (2).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının en temel düzeyini oluşturmakta ve bireylerin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve temel sağlık talimatlarını takip edebilme becerilerini kapsamaktadır. Bu düzey, hastaların reçete etiketlerini okuyabilme, randevu kartlarını anlayabilme ve temel sağlık formlarını doldurabilme gibi günlük sağlık hizmetleri kullanımında gerekli olan temel becerileri içermektedir (2,16). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı eksikliği, özellikle yaşlı nüfus ve düşük eğitim düzeyine

sahip bireyler arasında yaygın olarak gözlemlenmektedir (5). Araştırmalar, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerini daha az etkin kullandığını ve sağlık sonuçlarının daha kötü olduğunu göstermektedir (18).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel düzeyden daha ileri bir aşamayı temsil etmekte ve bireylerin sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilme, sağlık bilgilerini günlük yaşamlarına uygulayabilme ve sosyal destek ağlarını kullanabilme becerilerini kapsamaktadır (2). Bu düzey, bireylerin sağlık bilgilerini pasif olarak almaktan ziyade, aktif olarak arama, değerlendirme ve uygulama süreçlerine katılmalarını gerektirir (13). İnteraktif sağlık okuryazarlığı, özellikle kronik hastalık yönetiminde kritik öneme sahiptir. Hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımı, öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesi ve sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapabilme kapasitesi bu düzeyde gelişmektedir (19). Dijital sağlık platformlarının yaygınlaşmasıyla birlikte, interaktif sağlık okuryazarlığı çevrimiçi sağlık topluluklarında bilgi arama ve paylaşma davranışlarını da kapsamaya başlamıştır (20).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının en üst düzeyini oluşturmakta ve bireylerin sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilme, sağlığın sosyal belirleyicilerini anlayabilme ve toplumsal düzeyde sağlık için eylemde bulunabilme kapasitelerini içermektedir (2). Bu düzey, bireylerin kişisel sağlık kararlarının ötesinde, toplumsal sağlık sorunlarına yönelik farkındalık geliştirme ve kolektif eylem süreçlerine katılma becerilerini kapsamaktadır (13). Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitsizliklerini anlama, sağlık politikalarını değerlendirme ve sosyal değişim için savunuculuk yapabilme becerilerini içermektedir (21). Bu düzey, özellikle toplum sağlığını geliştirme programlarında ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede önemli rol oynamaktadır (22). Pandemi süreçlerinde eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini değerlendirme, güvenilir kaynaklardan bilgi edinme ve toplumsal sorumluluklarını anlama açısından kritik önem taşımaktadır (23).

Genel sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasının yanı sıra, literatürde özel alanlara yönelik sağlık okuryazarlığı türleri de tanımlanmıştır. Bu alanlar arasında ağız sağlığı okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı, dijital sağlık okuryazarlığı ve zihinsel sağlık okuryazarlığı yer almaktadır (10,18,24,25). Ağız sağlığı okuryazarlığı, bireylerin ağız ve diş sağlığı bilgilerine erişme, anlama ve uygulama becerilerini kapsamakta ve genel sağlık sonuçları üzerinde önemli etkilere sahip olmaktadır (18). Beslenme okuryazarlığı ise, besin

bilgilerini anlama, sağlıklı beslenme kararları verme ve beslenme davranışlarını düzenleme kapasitelerini içermektedir (24). Dijital sağlık okuryazarlığı bireylerin dijital sağlık bilgilerine erişme, değerlendirme ve kullanma becerilerini kapsamaktadır ve COVID-19 pandemisiyle birlikte önem kazanmıştır (10). Dijital sağlık okuryazarlığı, özellikle yaşlı nüfus ve dijital beceriler açısından dezavantajlı gruplar için kritik önem taşımaktadır (26).

2.1.2.2. Sağlık okuryazarlığının boyutları

Sağlık okuryazarlığı, tek bir beceri alanıyla sınırlandırılmayan, çok boyutlu ve karmaşık bir yapıdır. HLS-EU modeli, sağlık okuryazarlığını dört bilişsel süreç (erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama) ve üç sağlık alanı (sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığı geliştirme) olmak üzere tanımlamıştır (1). Bu kapsamlı model, bireylerin sağlık bilgileriyle etkileşim süreçlerini sistematik olarak analiz etme imkanı sunmaktadır.

Bilişsel süreç boyutları; erişim boyutu, anlama boyutu, değerlendirme boyutu ve uygulama boyutundan oluşmaktadır. Erişim boyutu, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşabilme kapasitelerini ifade etmektedir. Bu boyut, sağlık bilgilerinin bulunması, elde edilmesi ve erişilebilir hale getirilmesi süreçlerini kapsamaktadır (1). Hollanda'da yürütülen bir araştırma, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler ve yaşlı nüfusun sağlık bilgilerine erişimde daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir (5). Dijital çağda erişim boyutu, geleneksel kaynaklardan dijital platformlara doğru genişlemiş ve e-sağlık okuryazarlığı kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır (10). COVID-19 pandemisi sürecinde, özellikle yaşlı bireyler ve kronik hastalığı olan kişiler için dijital sağlık bilgilerine erişim kritik önem kazanmıştır (26).

Anlama boyutu, elde edilen sağlık bilgilerinin kavranması, yorumlanması ve anlamlandırılması süreçlerini içermektedir (1). Bu boyut, sadece yazılı metinleri okuyabilme becerisini değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin sözlü açıklamalarını, görsel materyalleri ve sayısal verileri anlayabilme kapasitesini de kapsamaktadır (19). Türkiye'de öğretmenler arasında yapılan bir araştırma, katılımcıların çoğunluğunun sağlık bilgilerini anlama konusunda zorluklar yaşadığını ve bu durumun yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (27). Brezilya'da ağız sağlığı alanında yürütülen çalışma ise, anlama boyutundaki eksikliklerin doğrudan sağlık sonuçlarını etkilediğini göstermektedir (18).

Değerlendirme boyutu, elde edilen sağlık bilgilerinin güvenilirlik, kalite ve uygunluk açısından eleştirel olarak analiz edilmesi süreçlerini kapsamaktadır (1). Bu boyut, özellikle internet çağında çok sayıda sağlık bilgisi kaynağının mevcut olması nedeniyle kritik önem taşımaktadır (28). Gana'da yapılan bir araştırma, sosyal katılım düzeyi yüksek bireylerin sağlık bilgilerini değerlendirme konusunda daha başarılı olduklarını ve bu durumun sağlık okuryazarlığının gelişiminde sosyal faktörlerin önemini vurguladığını göstermektedir (29). COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan çalışmalar, bireylerin sağlık bilgilerini değerlendirme becerilerinin infodemi ile mücadelede hayati önem taşıdığını ortaya koymuştur (30).

Uygulama boyutu, sağlık bilgilerinin günlük yaşam kararlarına dönüştürülmesi ve davranış değişikliği süreçlerinde kullanılması kapasitesini ifade etmektedir (1). Bu boyut, sağlık okuryazarlığının hedefi olan sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından en kritik aşamayı oluşturmaktadır (3). İrlanda'da 50 yaş üstü bireyler arasında yapılan araştırma, sağlık okuryazarlığının uygulama boyutunun fiziksel aktivite sıklığıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (31). Benzer şekilde, Çin'de yaşlı nüfus arasında yürütülen çalışma, sağlık bilgilerini uygulama becerisinin sigara içme, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (19). Türkiye'de yürütülen bir çalışmada da sağlık okuryazarlığının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (32).

Sağlık Alanı Boyutları, sağlık hizmetleri boyutu hastalık önleme boyutu ve sağlığı geliştirme boyutundan oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri boyutu, bireylerin sağlık sistemi içerisinde uygun hizmetlere erişim sağlayabilme, sağlık profesyonelleriyle iletişim kurabilme ve tedavi süreçlerine aktif katılım gösterebilme kapasitelerini kapsamaktadır (1). Bu boyut, hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma, tedavi seçeneklerini anlayabilme ve karar verme süreçlerine katılım gibi becerileri içermektedir. İsveç'te mülteci nüfus arasında yapılan araştırma, dil bariyeri ve kültürel farklılıkların sağlık hizmetleri boyutunda önemli engeller oluşturduğunu göstermektedir (33). Japonya'da yürütülen karşılaştırmalı çalışma ise, sağlık hizmetleri boyutunda yaşanan zorlukların sağlık sisteminin yapısal özelliklerinden kaynaklandığını ve bu durumun uluslararası karşılaştırmalarda dikkat edilmesi gereken bir faktör olduğunu vurgulamaktadır (34).

Hastalık önleme boyutu, risk faktörlerinin tanınması, koruyucu hizmetlerin kullanılması ve kişisel risk yönetimi stratejilerinin geliştirilmesi konularındaki yetkinlikleri kapsamaktadır (1). Bu boyut, aşılama programlarına katılım, tarama testlerinin düzenli olarak yaptırılması ve sağlıklı yaşam tarzı tercihlerinin yapılması gibi önleyici davranışları içermektedir. İtalya'da aşı okuryazarlığı konusunda yapılan araştırma, hastalık önleme boyutundaki eksikliklerin özellikle düşük eğitim düzeyine sahip ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda yoğunlaştığını göstermektedir (35). Bangladeş'te diyabetik retinopati tarama programları kapsamında yürütülen çalışma, hastalık önleme boyutundaki sağlık okuryazarlığının tarama programlarına katılımı belirleyici faktör olduğunu ortaya koymuştur (36).

Sağlığı geliştirme boyutu, bireylerin sağlıklarını koruma ve iyileştirme konusunda proaktif yaklaşım sergileyebilme, toplumsal sağlık faaliyetlerine katılabilme ve sağlığın sosyal belirleyicilerini anlayabilme kapasitelerini ifade etmektedir (1). Bu boyut, kişisel sağlık hedeflerinin belirlenmesi, sağlıklı çevre koşullarının desteklenmesi ve toplum sağlığı için savunuculuk yapabilme becerilerini kapsamaktadır. Japonya'da geliştirilen sağlığın sosyal belirleyicileri okuryazarlığı ölçeği, sağlığı geliştirme boyutunun sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (37).

Sağlık okuryazarlığının farklı boyutları arasında karmaşık etkileşimler bulunmaktadır. Bu boyutlar, birbirlerini destekleyici veya engelleyici şekilde işlev görebilmekte ve bireylerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektedir (1). Özellikle sosyal belirleyiciler, kültürel faktörler ve eğitim düzeyi gibi yapısal unsurlar, tüm boyutlarda eş zamanlı etkiler yaratabilmektedir (3). Genç yetişkinler arasında yürütülen çalışmalar, iş yaşamındaki performansın sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarıyla kompleks ilişkiler içinde olduğunu ve bu durumun yaşam boyu sağlık için stratejik önem taşıdığını göstermektedir (38). Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının boyutsal yaklaşımının müdahale programlarının tasarımında ve değerlendirmesinde rehber olarak kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

2.1.3. Sağlık davranış değişikliği modelleri ve kuramsal çerçeveler

2.1.3.1. Sağlık inanç modeli (Health Belief Model)

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlık davranışlarını açıklamak ve tahmin etmek için geliştirilmiş etkili bir teorik modeldir (39). Model, altı ana bileşenden oluşmaktadır: algılanan duyarlılık (bireyin sağlık sorunu yaşama riski algısı), algılanan ciddiyet (hastalığın sonuçlarının ciddiyeti algısı), algılanan faydalar (sağlık davranışının olumlu sonuçlarına inanç), algılanan engeller (davranışı gerçekleştirmedeki olumsuz faktörler), eyleme geçirici faktörler (davranışa yönlendiren dış uyaranlar) ve öz-yeterlilik (davranışı başarıyla gerçekleştirebilme güveni) (40). Bu bileşenler; koruyucu sağlık davranışları, prostat kanseri taramaları ve COVID-19 koruyucu önlemleri gibi çeşitli sağlık konularında bireylerin karar verme süreçlerini sistematik olarak açıklamaktadır (10).

Sağlık İnanç Modeli özellikle koruyucu sağlık davranışları, kronik hastalık yönetimi ve sağlık eğitimi programlarının tasarımı yaygın olarak kullanılmaktadır (35,41). Modelin güçlü yönleri arasında ampirik test edilebilirliği, çok çeşitli sağlık davranışlarına uygulanabilirliği ve müdahale programları için pratik rehberlik sağlaması yer alırken, sosyal ve çevresel faktörleri yeterince dikkate almaması, davranış sürdürülebilirliği konusunda sınırlı açıklama gücü ve kültürler arası uygulanabilirlik sorunları temel sınırlılıkları olarak öne çıkmaktadır (36). COVID-19 pandemisi sürecinde model, koruyucu davranışların anlaşılması ve teşvik edilmesinde değerli bir araç olarak kullanılmış ve gelecekte sosyal belirleyicilerin daha güçlü entegrasyonu, dijital sağlık davranışlarını kapsayacak genişletmeler ve sağlık okuryazarlığı ile diğer teorilerle entegrasyon yönünde gelişim göstermesi beklenmektedir (40).

2.1.3.2. Sosyal bilişsel teori (Social Cognitive Theory)

Sosyal Bilişsel Teori (SCT), sağlık davranışlarının anlaşılması ve değiştirilmesinde güçlü bir teorik çerçeve olarak kabul edilmektedir. Bu teori; davranışsal faktörler, sosyal çevresel faktörler ve kişisel faktörler arasındaki karşılıklı etkileşimi vurgulayarak, sağlık okuryazarlığının gelişiminde kritik bir rol oynamaktadır. SCT'ye göre, sağlık bilgisi arama davranışı ve sosyal etkileşim bağları gibi faktörler, hasta e-sağlık okuryazarlığını doğrudan

etkilemektedir. Özellikle çevrimiçi sağlık topluluklarında, sosyal etkileşim bağlarının sağlık bilgisi arama ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi pozitif yönde düzenlediği görülmektedir (20).

SCT'nin sağlık promosyonu ve müdahale programlarında pratik uygulamaları oldukça yaygındır ve çeşitli teorik modeller ile birlikte kullanılarak etkinliği artırılmaktadır. Planlı Davranış Teorisi, medya okuryazarlığı ve halk sağlığı okuryazarlığı ile birleştirilen SCT temelli müdahaleler, özellikle gençlerde şekerli içecek tüketiminin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (42). Teori, sağlık davranışı değişikliğinde bireylerin hem kişisel kapasitelerini hem de sosyal çevresel faktörleri dikkate alarak, sürdürülebilir davranış değişikliği için bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Bu kapsamda, sağlık profesyonelleri ve araştırmacılar, SCT'yi kullanarak toplum temelli sağlığı geliştirici programlar geliştirmekte ve bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik kanıt temelli müdahaleler tasarlamaktadır (20,42).

2.1.3.3. Değişim aşamaları modeli (Transtheoretical Model)

Transteoretik Model, en az on dört temel bileşenden oluşmakta ve bu bileşenler üç ana kategoride sınıflandırılmaktadır. Birinci kategori, bireylerin davranış değişim sürecinde ilerlediği aşamaları içermektedir: önceden düşünme, düşünme, hazırlık, eylem ve sürdürme. İkinci kategori, bağımlı değişkenleri kapsamaktadır; bu grupta karar dengesi ile öz yeterlik ve baştan çıkarma unsurları yer almaktadır. Üçüncü kategori ise on farklı değişim sürecinden oluşan bağımsız değişkenleri içermektedir. Transteoretik Model'in bu çok bileşenli yapısı, etkili sağlık davranışı değişikliği müdahalelerinin tasarlanmasında önemli bir kuramsal temel sağlamaktadır. Model; alkol kullanımının azaltılması, sigarayı bırakma girişimlerinin desteklenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi çeşitli sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahalelerde yaygın olarak kullanılmaktadır (43).

2.1.3.4. Ekolojik Modeller

Ekolojik modeller, halk sağlığı alanında bireylerin sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkileyen çok düzeyli faktörleri anlamak için kullanılan kapsamlı teorik

çerçevelerdir. Bu modeller, sağlının yalnızca bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve yapısal belirleyicilerle de şekillendiğini vurgular (3). Özellikle sağlık okuryazarlığı bağlamında, ekolojik modeller bireylerin sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulama kapasitelerinin sosyal ve çevresel faktörlerden nasıl etkilendiğini açıklamaktadır (1). Halk sağlığı müdahalelerinde ekolojik yaklaşımların benimsenmesi, sağlık eşitsizliklerini ele almak ve sürdürülebilir davranış değişikliği sağlamak için kritik öneme sahiptir (6). Ekolojik modeller, özellikle dezavantajlı toplumlar için tasarlanan müdahalelerde sistem yaklaşımının benimsenmesini ve sürdürülebilir eylemlerin geliştirilmesini desteklemektedir (44).

2.1.3.5. Nutbeam'in sağlık okuryazarlığı çerçevesi

Nutbeam'in Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi, sağlık okuryazarlığını üç farklı düzeyde kavramsallaştıran ve literatürde yaygın olarak kabul gören teorik bir modeldir. Bu çerçeve, fonksiyonel, etkileşimli ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (2). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin temel okuma-yazma becerilerini sağlık bağlamında kullanarak sağlık bilgilerine erişebilme ve anlayabilme kapasitesini ifade ederken, etkileşimli sağlık okuryazarlığı daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri içererek bireylerin sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurabilmesini kapsamaktadır (16). En üst düzey olan eleştirel sağlık okuryazarlığı ise, bireylerin sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirme, sosyal ve politik eylemlerde bulunma ve sağlının sosyal belirleyicilerini anlama kapasitesini temsil etmektedir (13).

Bu üç düzeyli model, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme müdahalelerinin tasarlanmasında önemli bir rehber işlevi görmektedir. Nutbeam'in çerçevesi, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel bir yeterlilik olmadığına, aynı zamanda toplumsal güçlenme ve sağlık eşitliğinin sağlanması için kritik bir araç olduğunu vurgulamaktadır (3). Özellikle eleştirel sağlık okuryazarlığı boyutu, bireylerin sağlının sosyal belirleyicilerini anlayarak toplumsal düzeyde değişim yaratabilme potansiyelini ortaya koymaktadır (24). Bu çerçevenin uluslararası düzeyde kabul görmesi, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) gibi kuruluşların sağlık okuryazarlığı politika belgelerinde de yansıtılmış ve global sağlık politikalarının şekillenmesinde etkili olmuştur (45). Model, aynı zamanda dijital sağlık müdahalelerinin tasarımında da dikkate alınarak, farklı sağlık

okuryazarlığı düzeylerindeki bireyler için uygun içerik ve etkileşim biçimlerinin geliştirilmesinde rehberlik etmektedir (46).

2.1.3.6. Sørensen ve arkadaşlarının entegre sağlık okuryazarlığı modeli

Sørensen ve arkadaşlarının Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli, sağlık okuryazarlığı alanında en kapsamlı ve sistematik yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu model, 17 farklı sağlık okuryazarlığı tanımı ve 12 kavramsal modelin sistematik bir incelemesi sonucunda geliştirilmiş olup, sağlık okuryazarlığını bilgi, motivasyon ve yetkinliklere atıfta bulunan 12 boyutta kavramsallaştırmaktadır. Model, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini sırasıyla sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığı geliştirme olmak üzere üç temel alanda incelemektedir. Bu entegre yaklaşım hem tıbbi hem de halk sağlığı perspektiflerini birleştirerek sağlık okuryazarlığının çok boyutlu doğasını yansıtmaktadır (1).

Modelin en önemli katkılarından biri, sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin geliştirilmesi ve ölçüm araçlarının tasarlanması için kavramsal bir temel sağlamasıdır. HLS-EU gibi uluslararası araştırmalarda bu modelin kullanılması, farklı ülkeler arasında karşılaştırmalı analizlerin yapılmasına olanak tanımıştır (5,34). Model, özellikle COVID-19 pandemisi döneminde sağlık iletişiminin öneminin artmasıyla birlikte, etkili sağlık mesajlarının tasarlanmasında rehber olarak kullanılmıştır (46). Ayrıca, modelin yaşam döngüsü perspektifi ile entegrasyonu, sağlık okuryazarlığının farklı yaş gruplarında nasıl geliştiği ve desteklenebileceği konusunda yeni anlayışlar sunmaktadır (47). Bu kapsamlı çerçeve, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel bir beceri olmadığını, aynı zamanda sosyal belirleyicilerle şekillenen ve toplumsal düzeyde ele alınması gereken bir konu olduğunu vurgulamaktadır.

2.1.4. Entegre sağlık okuryazarlığı modeline dayalı ölçüm araçları

Sørensen ve arkadaşlarının (2012) Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli temelinde geliştirilen ölçüm araçları, uluslararası düzeyde sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde standart hale gelmiştir (1).

2.1.4.1. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)

Bu modelden türetilen en kapsamlı araç olan 47 maddelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q47), bireylerin sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığı geliştirme alanlarında bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini sistematik olarak ölçmektedir. Bu anketin Japonya'da yapılan validasyon çalışması, modelin kültürlerarası uygulanabilirliğini gösterirken, Japon popülasyonunda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin Avrupa'dan daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (34). Benzer şekilde, Hollanda'da gerçekleştirilen çalışma, anketin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ve farklı sosyo-demografik gruplar arasında sağlık okuryazarlığı farklılıklarını etkili bir şekilde tespit edebildiğini göstermiştir (5).

Modelin pratik uygulamalarını kolaylaştırmak amacıyla daha kısa versiyonlar da geliştirilmiştir. HLS-EU-Q16 gibi kısaltılmış formlar, büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalarda zaman ve maliyet etkinliği sağlarken, modelin teorik bütünlüğünü korumaktadır (33). Son yıllarda geliştirilen HLS-19-Q12 versiyonu ise, COVID-19 pandemisi sonrası güncellenmiş sağlık ihtiyaçlarını yansıtacak şekilde revize edilmiş ve Portekiz'de yapılan validasyon çalışmasında güvenilir sonuçlar vermiştir (49). Çin'de gerçekleştirilen HLS-SF12'nin validasyonu, modelin Asya kültürlerinde de geçerli olduğunu kanıtlamış ve 10951 katılımcılı geniş örnekleme yüksek güvenilirlik katsayıları elde edilmiştir (50). Bu ölçüm araçlarının çeşitli kültürlerde başarılı bir şekilde adapte edilmesi, Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli'nin evrensel geçerliliğini desteklemekte ve global sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli veri kaynakları sağlamaktadır.

2.1.4.2. Health Literacy Questionnaire (HLQ)

HLQ, entegre modelin temel ilkelerini farklı bir yaklaşımla ele alan bir başka önemli ölçüm aracıdır. Osborne ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen HLQ, bireylerin sağlık bilgisine ilişkin algılarını ve davranışlarını dokuz farklı boyutta değerlendiren kapsamlı bir araçtır. Bu ölçek, sağlık sisteminde gezinme, sosyal destek, bilgiye erişim ve sağlıkla ilgili bilgileri anlama gibi alanları kapsayarak sağlık okuryazarlığını hem bireysel hem de yapısal faktörlerle ilişkilendirmektedir (51).

2.1.4.3. eHealth Literacy Scale (eHEALS)

Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen eHEALS, başlangıçta daha çok dijital ortamda sağlık bilgisine ulaşma ve değerlendirme becerilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olsa da zamanla Sørensen ve arkadaşlarının entegre modeline dayalı ölçüm uygulamaları içinde de kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle çevrimiçi sağlık okuryazarlığının giderek önem kazandığı günümüzde, eHEALS bireylerin dijital bilgi kaynaklarını etkili kullanma yeterliliğini değerlendirmeye olanak sağlar (52).

2.1.4.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

TSOY-32, Türkiye'de bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen 32 maddelik bir ölçektir. (TSOY-32), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Ölçeği (HLS-EU-Q)'nin Türkçeye uyarlanmış versiyonudur (53).

Ölçek, Sørensen ve arkadaşlarının (2012) entegre sağlık okuryazarlığı modelini temel alır ve dört temel bilişsel beceriyi kapsar: bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama. Bu beceriler üç farklı sağlık bağlamında ölçülür - sağlık hizmetleri kullanımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi (1).

TSOY-32, öz bildirim türünde bir ölçek olup, 4'lü Likert tipi yanıt sistemi kullanır (çok kolay, kolay, zor, çok zor). Katılımcılardan sağlıkla ilgili görevleri ne kadar kolay veya zor gerçekleştirebildiklerini değerlendirmeleri istenir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin elde ettikleri puanlara göre dört kategoride sınıflandırılmıştır. Buna göre, 0–25 puan aralığı yetersiz sağlık okuryazarlığı, 26–33 puan aralığı sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı, 34–42 puan aralığı yeterli sağlık okuryazarlığı ve 43–50 puan aralığı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir. Sonuçlar bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel olmak üzere dört kategoride sınıflandırır (53,54).

Ölçeğin psikometrik özellikleri güçlüdür. Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak rapor edilmiş, yapı geçerliği faktör analizleriyle doğrulanmıştır (53). Bu da TSOY-32'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

TSOY-32, sağlık politikalarının oluşturulması, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin değerlendirilmesi, sağlık iletişimi planlaması ve halk sağlığı mşdahalelerinin yşnlendirilmesi açısından şnemli bir araçtır.

2.2. Sağlık İletişimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

2.2.1. Sağlık iletişiminin tanımı ve temel prensipleri

Sağlık iletişimi, bireylerin ve toplumların sağlık davranışlarını etkileyen karmaşık bilgilerin anlaşılır ve etkili bir şekilde aktarılması sşrecidir. Bu alan, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve sağlığı geliştirme mşdahalelerinin başarısında kritik bir rol oynamaktadır (2). Etkili sağlık iletişimi, yalnızca bilgi aktarımından ibaret olmayıp, hedef kitlenin kşltşrel şzelliklerini, eğitim dşzeyini ve sağlık okuryazarlığı kapasitelerini dikkate alan çok boyutlu bir yaklaşım gerektirmektedir (9). şzellikle gşnşmşzde dijital medyanın yaygınlaşmasıyla birlikte, sağlık iletişimi stratejilerinin geleneksel yşntemlerin ştesine geçerek interaktif ve katılımcı platformları da içerecek şekilde genişletilmesi gerekmektedir (28).

Sağlık iletişiminin temel prensipleri arasında netlik, erişilebilirlik, kşltşrel uygunluk ve kanıta dayalı olma yer almaktadır. COVID-19 pandemisi, sağlık iletişiminde terminoloji seçiminin şnemini dramatik bir şekilde ortaya koymuştur; "sosyal mesafe" yerine "fiziksel mesafe" teriminin kullanılması şnerisi, iletişimde dil seçiminin toplumsal davranışlar şzerindeki etkisini gşstermektedir (46). Etkili sağlık iletişimi, karmaşık bilimsel ve tıbbi bilgilerin basitleştirilmesi sşrecinde içeriğin břtřnlřđřnř korurken, hedef kitlenin anlayabileceği seviyeye indirgenmesini gerektirir (9). Ayrıca, şzellikle kşltşrel ve dilsel açıdan çeşitli toplumlar için, mesajların yerelleştirilmesi ve toplumsal normlarla uyumlu hale getirilmesi, iletişimin etkinliğini artıran temel faktşrlerdir (55).

Modern sağlık iletişimi yaklaşımları, teknolojinin sunduğu olanakları kullanarak daha kişiselleştirilmiş ve etkileşimli deneyimler yaratmaya odaklanmaktadır. Sosyal medya platformları, sağlık profesyonellerinin doğrudan halkla iletişim kurmasına olanak tanırken, aynı zamanda yanlış bilginin yayılması riskini de beraberinde getirmektedir (56). Bu nedenle, sağlık iletişimi stratejilerinin tasarımında, gşvenilir kaynaklardan gelen bilgilerin vurgulanması ve toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması şncelikli hedefler

haline gelmiştir (57). Pandemi döneminde yaşanan deneyimler, sağlık iletişiminin sadece bilgi paylaşımından ibaret olmadığını, aynı zamanda toplumsal dayanışmayı güçlendiren ve kriz dönemlerinde umut veren bir araç olduğunu göstermiştir (58). Bu bağlamda sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesinde çok sektörlü iş birliği ve toplum temelli yaklaşımların benimsenmesi, sürdürülebilir sağlık davranışı değişikliği için gerekli görülmektedir.

2.2.2. Sağlık iletişiminde sosyal medyanın artan rolü

COVID-19 pandemisi, sağlık iletişiminde sosyal medyanın kritik rolünü belirgin bir şekilde ortaya koymuştur. Pandemi sürecinde geleneksel sağlık iletişim kanallarının yetersiz kalması ve hızla değişen sağlık bilgilerine duyulan acil ihtiyaç, sosyal medya platformlarını sağlık bilgisi paylaşımının ana mecraları haline getirmiştir (12). Bu dönemde sağlık uzmanları, Facebook grupları ve diğer sosyal medya kanalları aracılığıyla toplumla doğrudan iletişim kurarak, güvenilir sağlık bilgisi sağlama konusunda önemli bir rol üstlenmişlerdir (56). Sosyal medyanın sağlık iletişimindeki bu artan rolü, özellikle sağlık okuryazarlığı ve halk sağlığı perspektifinden değerlendirildiğinde hem fırsatlar hem de zorluklar sunmaktadır.

Sosyal medya platformları, bireylerin sağlık bilgisine erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini geliştirmede önemli bir araç olarak işlev görmektedir. Sosyal medya platformları, halk sağlığı müdahalelerinin tasarımı ve uygulanmasında yenilikçi yaklaşımlar sunmaktadır. Özellikle gençlerin mental sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik Facebook reklamları aracılığıyla yapılan müdahaleler, sosyal medyanın sağlık davranışlarını pozitif yönde etkileme potansiyelini göstermektedir (59). Zenone ve arkadaşlarının çalışması, COVID-19 pandemisi süresince gençlere yönelik sosyal medya tabanlı sağlık iletişimi stratejilerinin toplumsal bağlılığı artırmada ve güvenilir sağlık bilgisi paylaşımında etkili olduğunu ortaya koymaktadır (58). Çin'de yapılan araştırmalar, sosyal medya kullanım sıklığının COVID-19 önleyici davranışları üzerinde pozitif etkiler yarattığını göstermektedir (10). Bu müdahaleler, hedef kitlelerin sağlık okuryazarlığını geliştirirken aynı zamanda toplum sağlığına katkı sağlamaktadır.

Sosyal medyanın sağlık iletişimindeki rolünün gelecekte daha da artması beklenmekle birlikte, bu gelişim beraberinde önemli zorluklar da getirmektedir. Sağlık

bilgilerinin doğruluğu, güvenilirliği ve erişilebilirliği konularında standardizasyon ihtiyacı bulunmaktadır (57). Özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip toplum kesimlerinin sosyal medya aracılığıyla güvenilir sağlık bilgisine erişiminin sağlanması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması açısından kritik önem taşımaktadır. Levin-Zamir ve arkadaşlarının vurguladığı üzere, sağlık iletişimde sosyal medya kullanımının sistemik bir yaklaşımla ele alınması ve güven, eşitlik ve sürdürülebilir eylem prensiplerinin gözetilmesi gerekmektedir (60). Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri, politika yapıcılar ve teknoloji geliştiricileri arasında koordineli çalışmaların artırılması, sosyal medyanın sağlık iletişimindeki potansiyelinin tam olarak gerçekleştirilmesi için zorunludur.

2.2.3. Dijital sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi

Dijital sağlık iletişimi, bireylerin sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulama becerilerini geliştirmede kritik bir rol oynamaktadır. Çin'de yapılan kapsamlı araştırmalar, sosyal medya kullanım sıklığının COVID-19 önleyici davranışları üzerinde doğrudan pozitif etkiler yarattığını ve e-sağlık okuryazarlığının bu süreçte önemli bir aracı faktör olduğunu göstermektedir (10). Bununla birlikte, dijital sağlık bilgisine erişim konusunda önemli zorluklar bulunmaktadır; kronik hastalığa sahip bireylerin COVID-19 ile ilgili çevrimiçi sağlık bilgilerinden memnuniyet düzeyleri genel popülasyona göre daha düşük olup, dijital sağlık okuryazarlığı bu memnuniyetsizliğin en güçlü belirleyicisi olarak öne çıkmaktadır (26). Dijital platformların tasarımında sağlık okuryazarlığı düzeyleri dikkate alınarak yapılan müdahalelerin kabul edilebilir ve etkili sonuçlar verdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (46).

Mobil sağlık uygulamaları ve dijital araçlar, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişimi güçlendirerek sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde yenilikçi yaklaşımlar sunmaktadır. Diş sağlığı alanında geliştirilen iGAM mobil uygulaması, hastaların diş eti sağlığını izlemek için selfie teknolojisini kullanarak dijital sağlık iletişimde kullanıcı merkezli tasarımın önemini ortaya koymaktadır (61). Toplum sağlığı çalışanlarının akıllı cihazlar kullanımına yönelik sistematik incelemeler, bu teknolojilerin sağlık mesajlarının güvenilirliğini artırdığını, toplum sağlığı çalışanlarının motivasyonunu ve yaratıcılığını geliştirdiğini göstermektedir (62).

Dijital sağlık iletişiminin geleceği, sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarının entegre edilmesi ve teknolojik erişilebilirliğin artırılması ile şekillenecektir. Gmen ve mülteci toplumları için geliştirilen elektronik araçların sistematik analizi, dil bariyerlerinin aşılmasında dijital çözümlerin potansiyelini göstermekle birlikte, kültürel uyarlama ve kabul edilebilirlik konularında önemli boşluklar olduğunu ortaya koymaktadır (63). Portekizli niversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalar, internetin sağlık bilgisi kaynağı olarak yaygın kullanımına rağmen, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ters orantılı bir ilişki sergilediğini göstermekte ve mevcut dijital kaynakların kalitesinin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır (28). Bu bağlamda, dijital sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dikkate alınması, kültürel duyarlılığın sağlanması ve teknolojik erişilebilirliğin artırılması, etkili sağlık iletişimi için temel gereklilikler olarak öne çıkmaktadır.

2.2.4. Sağlık iletişiminde yanlış bilgi ve dezenformasyonun etkileri

COVID-19 pandemisi, sağlık alanında yanlış bilgi ve dezenformasyonun yaygınlaşması açısından benzersiz bir dönem yaşatmıştır. Pandemi sürecinde sosyal medya platformları ve anlık mesajlaşma uygulamaları aracılığıyla yayılan sahte haberler, kasıtlı olarak yanıltıcı bilgiler ve komplo teorileri, halk sağlığı müdahalelerinin etkinliğini ciddi şekilde tehdit etmiştir (15). Bu durum, COVID-19'un neden olduğu sağlık krizinin yanı sıra paralel bir "infodemi" oluşturarak, toplumun güvenilir sağlık bilgisine erişimini zorlaştırmış ve sağlık davranışlarında karmaşa yaratmıştır. Özellikle Facebook, WhatsApp ve Twitter gibi platformlarda yayılan yanlış bilgiler, toplumda panik, gerginlik ve sağlık çalışanlarına yönelik düşmanca tutumların gelişmesine neden olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar, bireylerin haber tüketim alışkanlıkları ve halk sağlığı liderlerine olan güvenlerinin, COVID-19 bilgisi düzeyleri ve önyargılı yaklaşımları şekillendirmede belirleyici rol oynadığını göstermektedir (64). Bu bulgular, güvenilir haber kaynaklarının ve sağlık otoritelerinin toplumsal sağlık okuryazarlığının geliştirilmesindeki kritik önemini vurgulamaktadır. Etkili sağlık iletişimi, doğru bilgi sağlamanın yanında aynı zamanda bu bilgilerin toplum tarafından doğru şekilde anlaşılması ve uygulanmasını da sağlamalıdır.

2.3. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi

2.3.1. Sağlık eğitiminin sağlık okuryazarlığı düzeylerine etkisi

Sağlık eğitimi programları, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Morgan ve arkadaşları (2018), Mental Health First Aid (MHFA) eğitim programının sistematik incelemesinde, bu tür eğitimlerin katılımcıların mental sağlık bilgilerini, damgalayıcı tutumlarını ve yardım davranışlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir (65). Benzer şekilde, Evans-Lacko ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) gibi araçlar, eğitim müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmede sağlık okuryazarlığının bilgi boyutunun önemini vurgulamaktadır (66). Özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip popülasyonlarda, kişiselleştirilmiş ve uyarlanmış eğitim müdahaleleri, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli potansiyele sahiptir (67).

Dijital sağlık çağında, eğitim programlarının tasarımı ve sunumu daha da kritik hale gelmiştir. Mackert ve arkadaşları (2016), sağlık okuryazarlığının sağlık bilgi teknolojilerinin benimsenmesinde yeni bir dijital bölünme yaratma potansiyeline dikkat çekmişlerdir (68). Bu bağlamda, Ernsting ve arkadaşları (2017), akıllı telefon ve sağlık uygulamalarının kullanımında yaş, sosyoekonomik durum ve sağlık okuryazarlığı düzeyi gibi faktörlerin önemli etkiler yarattığını tespit etmişlerdir (69). Chen ve arkadaşları (2018), düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sosyal medya ve blog gibi düşük kaliteli sağlık bilgi kaynaklarını daha fazla kullanma eğiliminde olduklarını göstererek, eğitim programlarının bilgi kalitesini değerlendirme becerilerini geliştirmeye odaklanması gerektiğini ortaya koymuşlardır (70).

Eğitim müdahalelerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği, hedef kitlenin özelliklerine göre uyarlanmış yaklaşımlar gerektirmektedir. Beauchamp ve arkadaşları (2015), Health Literacy Questionnaire (HLQ) kullanarak yaptıkları çalışmada, sağlık okuryazarlığının dokuz farklı boyutunda demografik gruplar arasında önemli farklılıklar olduğunu tespit etmişlerdir. Bu bulgular, eğitim programlarının tek boyutlu yaklaşımlar yerine, katılımcıların güçlü ve zayıf yönlerini dikkate alan çok boyutlu stratejiler benimsemeleri gerektiğini göstermektedir (71). Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde, Okan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan araştırma, sağlık okuryazarlığının yanlış bilgi ile

mücadelede ve güvenilir sağlık bilgilerine erişimde hayati önemini vurgulamış, eğitim programlarının güncel sağlık krizlerine uyarlanabilir olması gerektiğini ortaya koymuştur (72).

2.3.2. Dijital ortamda sağlık eğitimi ve yeni öğrenme modelleri

Dijital teknolojilerin hızla gelişmesiyle birlikte sağlık eğitimi alanında yeni öğrenme modelleri ortaya çıkmış ve geleneksel eğitim yaklaşımlarını dönüştürmüştür. Mackert ve arkadaşları (2016), sağlık okuryazarlığının sağlık bilgi teknolojilerinin benimsenmesinde yeni bir dijital bölünme yaratma potansiyeline dikkat çekerek, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin fitness uygulamaları, beslenme uygulamaları, aktivite takipçileri ve hasta portallarını daha az kullandığını tespit etmişlerdir (68). Van der Vaart ve arkadaşları (2011), eHEALS üzerine yaptıkları bir çalışmada, bireylerin öz bildirim e-sağlık okuryazarlığı skorları ile gerçek performans testleri arasında zayıf korelasyonlar bulunduğunu göstererek, dijital sağlık eğitimi araçlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde daha güvenilir ölçüm araçlarına ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır (73). Sarkar ve arkadaşları (2010), internet tabanlı hasta portallarının kullanımında sağlık okuryazarlığının kritik bir engel oluşturduğunu ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastalarının bu teknolojileri daha az kullandığını ortaya koymuşlardır (74).

Dijital sağlık eğitiminde mobil teknolojiler ve uygulamalar, özellikle yaşlı bireyler arasında hem fırsatlar hem de zorluklar yaratmaktadır. Tennant ve arkadaşları (2015), baby boomer ve yaşlı yetişkinler arasında yaptıkları araştırmada, e-sağlık okuryazarlığı ve Web 2.0 sağlık bilgi arama davranışlarının yaş, eğitim düzeyi ve elektronik cihaz kullanımı ile güçlü ilişkiler gösterdiğini tespit etmişlerdir (75). Ernsting ve arkadaşları (2017), akıllı telefon ve sağlık uygulamalarının kullanımında yaş, sosyoekonomik durum ve sağlık okuryazarlığı seviyelerinin önemli belirleyiciler olduğunu göstererek, dijital sağlık eğitimi programlarının bu farklılıkları dikkate alması gerektiğini vurgulamışlardır (69). Bol ve arkadaşları (2018), mobil sağlık uygulamalarının kullanımındaki farklılıkların yeni dijital eşitsizliklerin kaynağı olabileceğini belirterek, farklı sağlık uygulaması türleri için farklı kullanım kalıpları olduğunu ortaya koymuşlardır (76).

COVID-19 pandemisi, dijital sağlık eğitiminin önemini daha da belirgin hale getirmiş ve acil durumlarda etkili bilgi iletişiminin kritik rolünü ortaya çıkarmıştır. Okan ve arkadaşları (2020), pandemi sürecinde coronavirus ile ilgili sağlık okuryazarlığını değerlendirdikleri çalışmada, katılımcıların %50,1'inin sağlık bilgilerine erişim, anlama ve uygulama konularında zorluklarla karşılaştığını ve %47,8'inin COVID-19 hakkındaki medya bilgilerine güvenip güvenmeyeceklerini değerlendirmekte zorlandıklarını tespit etmişlerdir (72). Nguyen ve arkadaşları (2020), COVID-19 korkusu ölçeği üzerine yaptıkları çalışmada, yüksek sağlık okuryazarlığının tıp öğrencilerini korkudan koruduğunu ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik ettiğini göstererek, dijital ortamda sunulan sağlık eğitiminin pandemi gibi kriz dönemlerinde ruh sağlığını korumada da önemli rol oynadığını ortaya koymuşlardır (77). Bu bulgular, dijital sağlık eğitimi modellerinin sadece bilgi aktarımı değil, aynı zamanda eleştirel düşünme becerilerini geliştirme ve yanlış bilgi ile mücadele etme kapasitesini artırma konularında da etkili olması gerektiğini göstermektedir.

2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Bağlamında Sağlık Okuryazarlığı

2.4.1. Sağlığın geliştirilmesi kavramı ve temel ilkeleri

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruma ve geliştirme kapasitelerini artırmayı amaçlayan kapsamlı bir yaklaşımdır. Bu kavram, sağlığı yalnızca hastalığın yokluğu olarak görmek yerine, fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın bütüncül bir durumu olarak ele alır (78). Sağlık okuryazarlığı, bu sürecin temel bileşenlerinden biri olup bireylerin sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneklerini kapsamaktadır (79). Modern halk sağlığı yaklaşımında, sağlığın geliştirilmesi sadece bireysel davranış değişikliklerine odaklanmak yerine, toplumsal düzeyde kapsamlı müdahaleleri gerekli kılmaktadır (15).

Sağlığın geliştirilmesinin temel ilkeleri arasında eşitlik, güçlendirme ve sürdürülebilirlik yer almaktadır. Bu ilkeler, özellikle dezavantajlı gruplar için özel önem taşımakta ve sosyal belirleyicilerin sağlık üzerindeki etkilerini ele almayı gerektirmektedir (80). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bu sürecin kritik bir bileşeni olarak karşımıza çıkmakta ve toplumsal düzeyde adaletsizliklerin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (44). Ayrıca, sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinin etkinliği, hedef kitlenin kültürel

özelliklerinin dikkate alınması ve toplum tabanlı katılımcı yaklaşımların benimsenmesi ile artmaktadır (81).

Çağdaş sağlık geliştirme uygulamalarında, dijital teknolojilerin kullanımı ve çok sektörlü iş birliği modelleri öne çıkmaktadır. COVID-19 pandemisi döneminde görüldüğü gibi, etkili sağlık iletişimi ve toplumsal düzeyde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, küresel sağlık krizleriyle mücadelede kritik önem taşımaktadır (60). Sosyal medya platformları ve dijital araçlar, sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılması ve toplumsal farkındalığın artırılmasında önemli roller üstlenmektedir (58). Bununla birlikte, bu teknolojilerin kullanımında sağlık eşitsizliklerinin derinleşmemesi için dikkatli bir yaklaşım benimsenmelidir (63).

Sonuç olarak, sağlığın geliştirilmesi 21. yüzyılda çok boyutlu ve bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yaklaşım, bireysel sağlık davranışlarından toplumsal politikalara kadar geniş bir yelpazedeki müdahaleleri içermekte ve özellikle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yoluyla toplumsal güçlendirmeyi hedeflemektedir (82). Toplum sağlığı politikaları ile sağlık okuryazarlığı arasında çift yönlü bir etkileşim söz konusudur. Sağlık politikaları, bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik stratejiler sunarken; toplumun genel sağlık okuryazarlığı düzeyi de bu politikaların şekillenmesinde ve uygulanmasında belirleyici rol oynamaktadır (83). Gelecekte sağlığın geliştirilmesi alanında daha etkili müdahaleler geliştirebilmek için, kültürel duyarlılık, teknolojik yenilikler ve kanıta dayalı uygulamaların bir araya getirilmesi gerekecektir (84).

2.4.2. Sağlık okuryazarlığının sağlığın geliştirilmesindeki rolü

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini ifade eden temel bir yeterlilik olarak, sağlığın geliştirilmesi süreçlerinin merkezinde yer almaktadır. Bu kavram, sadece bireysel düzeyde sağlık bilgilerini okuma ve anlama becerisini değil, aynı zamanda eleştirel düşünme, öz-farkındalık ve vatandaşlık becerilerini de kapsamaktadır (1). Sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında karar verme süreçlerinde kritik bir rol oynamakta ve toplumsal düzeyde sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araç olarak değerlendirilmektedir (3). Sağlık okuryazarlığının sağlığın geliştirilmesindeki rolü,

özellikle dezavantajlı gruplar ve kırılgan toplumlar açısından daha da kritik hale gelmektedir. Yaşlı yetişkinler, göçmenler, mülteciler ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler gibi gruplar arasında sınırlı sağlık okuryazarlığı prevalansının yüksek olması, bu alanda hedefe yönelik müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır (33). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sadece bilgi aktarımından ziyade, bireylerin eleştirel düşünme kapasitelerini artırmayı ve sağlık eşitsizliklerinden sorumlu güç ilişkilerini sorgulamayı hedeflemektedir (13). Bu bağlamda, toplum tabanlı katılımcı yaklaşımlar ve kültürel olarak uyarlanmış müdahaleler, sağlık okuryazarlığının etkin bir şekilde geliştirilmesinde önemli stratejiler olarak karşımıza çıkmaktadır (85).

Çağdaş sağlık geliştirme uygulamalarında, sağlık okuryazarlığının dijital boyutları ve teknoloji destekli müdahaleler öne çıkmaktadır. Dijital sağlık okuryazarlığı, özellikle genç yetişkinler ve öğrenciler arasında sağlık bilgilerine erişim ve sağlık davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (20). Okul temelli sağlık okuryazarlığı programları, gelecek nesillerin sağlık yeterliliklerinin geliştirilmesinde stratejik bir öneme sahip olacaktır (80). Ayrıca, sağlık okuryazarlığının yaşam boyu perspektifle ele alınması ve farklı yaşam dönemlerinde uygun müdahalelerin planlanması, sağlığın geliştirilmesi alanında daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (47).

2.4.3. Toplum temelli sağlık geliştirme programlarında sağlık okuryazarlığının entegrasyonu

Toplum temelli sağlık geliştirme programlarında sağlık okuryazarlığının entegrasyonu, bireylerin ve toplumların sağlık kapasitelerini güçlendirmede kritik bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu entegrasyon süreci, geleneksel sağlık eğitimi modellerinden farklı olarak, toplumsal katılım, güçlendirme ve sosyal destek ağlarının oluşturulmasını hedeflemektedir (6). Özellikle dezavantajlı bölgelerde yaşayan yaşlı yetişkinler için tasarlanan grup temelli müdahaleler, sağlık okuryazarlığının artırılmasının yanı sıra sosyal sermaye ve öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesinde de etkili sonuçlar vermektedir (44). Bu yaklaşım, bireysel düzeyde bilgi aktarımını aşarak, toplumsal düzeyde yapısal değişiklikleri destekleyen kapsamlı müdahaleler gerektirmektedir (86).

Kültürel duyarlılık ve toplum katılımı, sağlık okuryazarlığının toplum temelli programlara başarılı bir şekilde entegrasyonunda temel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Göçmen ve mülteci kadınlar için tasarlanan kültürel olarak uyarlanmış serviks tarama eğitim forumları, ortak tasarım ve ortak uygulama yaklaşımlarının etkinliğini göstermektedir (85). Bu programlar, hedef kitlenin kültürel özelliklerini, dil ihtiyaçlarını ve sosyal bağlamlarını dikkate alarak, sağlık okuryazarlığının artırılmasında daha derin ve sürdürülebilir etkiler yaratmaktadır (87). Ayrıca, toplum sağlığı çalışanlarının akıllı cihazları kullanarak gerçekleştirdiği sağlık geliştirme müdahaleleri, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılmasında önemli fırsatlar sunmaktadır (62).

Dijital teknolojilerin entegrasyonu ve çok sektörlü iş birliği modelleri, toplum temelli sağlık geliştirme programlarında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde yenilikçi yaklaşımlar sunmaktadır. COVID-19 pandemisi döneminde görüldüğü gibi, dijital hikaye anlatımı ve sosyal medya platformları, toplumsal düzeyde sağlık mesajlarının yaygınlaştırılması ve sağlık okuryazarlığının artırılmasında etkili araçlar olarak kullanılabilmektedir (88). Üniversite öğrencileri ve genç yetişkinler arasında gerçekleştirilen programlar, yaşam boyu öğrenme perspektifi ile sağlık okuryazarlığının erken dönemlerde geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır (28). Bu entegrasyon süreci, sadece bilgi aktarımını değil, aynı zamanda eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi ve toplumsal düzeyde sağlık adaletsizliklerini ele alan kapsamlı yaklaşımları da gerektirmektedir (89).

2.4.4. Sosyal medyanın sağlığın geliştirilmesindeki potansiyeli

Sosyal medya platformları, geleneksel sağlık iletişim yöntemlerinin ötesinde, toplum sağlığının geliştirilmesi için önemli fırsatlar sunmaktadır. Özellikle gençler ve genç yetişkinler arasında yaygın olan bu platformlar, sağlık bilgisi arama ve paylaşma davranışlarını şekillendirmekte önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, sosyal medya kullanımının bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile pozitif ilişkili olduğunu ve sağlık bilgilerine erişimi artırdığını göstermektedir (10,70). Ayrıca, COVID-19 pandemisi sürecinde sosyal medya platformlarının sağlık bilgisi paylaşımında ve koruyucu davranışların teşvik edilmesinde kritik bir araç haline geldiği gözlemlenmiştir (90,91).

Sosyal medyanın sağlık eğitimi ve davranış değişikliği alanlarındaki etkinliği, çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir. Mendoza-Herrera ve arkadaşları (2020), sosyal medya platformlarının özellikle ekonomik kısıtlamaları bulunan ülkelerde halk sağlığı beslenme sorunlarını ele almak için düşük maliyetli araçlar olarak kullanılabileceğini belirtmektedir (92). Benzer şekilde Al Omar ve arkadaşları (2020), WhatsApp üzerinden verilen diyabet eğitim programının hastaların glikozillenmiş hemogloblin değerlerinde anlamlı iyileşmeler sağladığını göstermiştir (93). Bu bulgular, sosyal medyanın sadece bilgi paylaşımı için değil, aynı zamanda hastalık yönetimi ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için de etkili bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sosyal medyanın sağlık alanındaki potansiyelini tam olarak kullanabilmek için bazı kritik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sosyal medya üzerinden paylaşılan sağlık bilgilerinin doğru anlaşılması ve uygulanmasında belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır (94,95). Ayrıca platformlar arası farklılıklar da dikkate alınmalıdır. Örneğin Facebook ve YouTube'un sağlık eğitimi açısından Twitter'a göre daha etkili olduğu görülmektedir (96). Gelecekte sosyal medya tabanlı sağlık müdahalelerinin tasarlanmasında, hedef kitlenin demografik özellikleri, kültürel değerleri ve dijital okuryazarlık düzeyleri göz önünde bulundurularak, güvenilir ve kanıt temelli içerikler üretilmesi önem taşımaktadır (97,98).

2.5. Sosyal Medya ve Sağlık Okuryazarlığı

2.5.1. Sosyal medyanın tanımı ve gelişimi

Sosyal medya, kullanıcıların içerik oluşturmasına, paylaşmasına ve etkileşime geçmesine olanak tanıyan Web 2.0 teknolojilerine dayalı dijital platformlar olarak tanımlanmaktadır. Geleneksel medyadan farklı olarak, sosyal medya platformları editöryal denetim olmaksızın kullanıcıların küresel düzeyde hızla içerik oluşturmasına ve paylaşmasına imkan vermektedir (99). Facebook, Twitter, Instagram, TikTok, YouTube ve WhatsApp gibi platformlar, milyonlarca kullanıcının günlük yaşamlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (100). Bu platformların temel özelliği, kullanıcıların kendi içerik akışlarını seçebilmesi ve benzer görüşlere sahip kişilerle etkileşime geebilmesidir, bu da bazen ideolojik izolasyona katkıda bulunabilmektedir (99).

Son yıllardaki teknolojik gelişmeler ve internet erişimindeki artış, sosyal medya kullanımının küresel düzeyde yaygınlaşmasını sağlamıştır. Özellikle genç nüfus arasında sosyal medya kullanımı oldukça yaygın olup, bu platformlar bilgi arama, paylaşım ve sosyal etkileşim için birincil araçlar haline gelmiştir (75). COVID-19 pandemisi sürecinde sosyal medya platformlarının kullanımı daha da artmış ve sağlık bilgisi paylaşımında kritik bir rol üstlenmiştir (30). Ancak bu hızlı gelişim beraberinde bilgi kalitesi, güvenilirlik ve yanlış bilgi yayılımı gibi önemli sorunları da gündeme getirmiştir (101). Robinson ve Robertson (2010), özellikle yeni nesil sosyal medya teknolojilerinin (mikro-blog servisleri, akıllı telefonlar, podcast'ler) gençlerin sağlık bilgileriyle etkileşime geçme biçimlerini köklü olarak değiştirdiğini belirtmektedir (102).

2.5.2. Sosyal medyanın sağlık bilgisi paylaşımındaki rolü

Sosyal medya platformları, modern sağlık bilgisi arama ve paylaşma davranışlarında merkezi bir rol üstlenmektedir. Özellikle baby boomer kuşağı ve yaşlı yetişkinler de dahil olmak üzere farklı yaş gruplarından bireyler, sağlık bilgilerine erişim için sosyal medyayı aktif olarak kullanmaktadır. Facebook ve Twitter gibi popüler Web 2.0 siteleri üzerinden sağlık bilgisi arama ve paylaşma davranışı, kullanıcıların %89,1'i tarafından gerçekleştirilmektedir (75). COVID-19 pandemisi sürecinde ise sosyal medya, sağlık otoriteleri ve hükümetlerin sağlık iletişim stratejilerinde kritik bir bileşen haline gelmiş, özellikle koruyucu davranışlar ve COVID-19 ile ilgili bilgilerin yayılmasında önemli bir kaynak olarak işlev görmüştür (90). Sosyal medya kullanım sıklığının COVID-19 koruyucu davranışlarını pozitif yönde etkilediği ve sağlık okuryazarlığı ile hastalık bilgisinin bu ilişkide moderatör rol oynadığı gösterilmektedir (10).

Sosyal medyanın sağlık bilgisi paylaşımındaki etkisi, bilgi kalitesi ve güvenilirlik açısından karmaşık bir yapı sergilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin televizyon, sosyal medya ve blog/ünlü web sayfalarını daha fazla kullanma eğiliminde olduğu ve bu kaynaklara daha çok güvendiği ortaya konmuştur. Benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düşük bireyler, sağlık uzmanlarından gelen bilgilere daha az güvenme eğilimi göstermektedir (70). Dijital sağlık okuryazarlığı yeterli olan öğrencilerin arama motorları ve resmi kurumların web sitelerini tercih ederken, sınırlı dijital sağlık okuryazarlığına sahip olanların sağlık bilgisi aramak için sosyal medyayı daha sık kullandığı gösterilmiştir (90).

Bu durum, sosyal medya platformlarının sağlık bilgisi paylaşımında hem fırsat hem de risk oluşturduğunu ve platformlardaki bilgi kalitesinin değerlendirilmesi konusunda halkın kapasitesinin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (70).

2.5.3. Sosyal medya kullanımının sağlık davranışları üzerindeki etkisi

Sosyal medya kullanımının sağlık davranışları üzerindeki etkisi, çok boyutlu ve karmaşık bir yapı sergilemektedir. Sosyal medya kullanım sıklığının COVID-19 koruyucu davranışlarını önemli ölçüde etkilediği ortaya konmuştur. Özellikle toplu sosyal medya ve halka açık sosyal medya platformlarının koruyucu davranışları teşvik etmede etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ve hastalık bilgisinin sosyal medya kullanımı ile koruyucu davranışlar arasındaki ilişkide pozitif moderatör rol oynadığı tespit edilmiştir (10). Sosyal medyanın sağlık bilgisi arama, sağlık hizmetlerine erişim ve öz-bakım faaliyetleri aracılığıyla sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde pozitif etkiler gösterdiği belirtilmiştir (103).

Sosyal medya platformları, sağlık davranış değişikliğinde etkili araçlar olarak kullanılabilmektedir. WhatsApp üzerinden koordine edilen diyabet öz-yönetim eğitim programının hastaların HbA1c değerlerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (93). Benzer şekilde, randomize kontrollü çalışmada, sosyal medya tabanlı hasta eğitiminin tip 2 diyabet hastalarının bilgi düzeyleri, tutumları ve öz-bakım aktivitelerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı görülmüştür (104). Bu bulgular, sosyal medyanın kronik hastalık yönetiminde pratik ve etkili bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sosyal medya kullanımının sağlık davranışları üzerindeki etkilerinin tam olarak anlaşılabilmesi için bireysel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya kullanımının sağlık davranışsal niyetleri üzerindeki etkilerinin öz-yeterlilik aracılığıyla gerçekleştiği gösterilmiştir. Özellikle yaşlı katılımcılar arasında sağlık okuryazarlığı ile öz-yeterlilik arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu, sosyal medya deneyimi olan bireyler arasında ise sosyal medya kullanımı ile öz-yeterlilik arasındaki ilişkinin daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (105).

2.6. Sosyal Medya Kullanımının Sağlık Okuryazarlığına Etkileri

2.6.1. Sosyal medya kullanımının sağlık bilgilerine erişim ve anlama üzerindeki etkisi

Sosyal medya kullanımı, bireylerin sağlık bilgilerine erişim kapasitelerini ve bu bilgileri anlama yeteneklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Web 2.0 kullanıcılarının Web 2.0 kullanmayanlardan daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir. Özellikle daha genç yaş, yüksek eğitim düzeyi ve daha fazla elektronik cihaz kullanımının e-sağlık okuryazarlığı ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir (75). KOAH hastaları arasında yapılan araştırma, internet tabanlı sağlık bilgisi arama davranışının e-sağlık okuryazarlığı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve hastaların çevrimiçi kaynaklardan faydalı sağlık bilgileri bulma konusunda kendilerini güvende hissettiklerini ortaya koymuştur (106).

Sosyal medya platformlarının sağlık bilgilerine erişim ve anlama üzerindeki etkisi, platform türleri ve kullanıcı özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Yeterli dijital sağlık okuryazarlığına sahip üniversite öğrencilerinin arama motorları ve resmi kurumların web sitelerini tercih ederken, sınırlı dijital sağlık okuryazarlığına sahip olanların sağlık bilgisi için sosyal medyayı daha sık kullandığı belirtilmiştir. Öğrencilerin en büyük zorluklarının sağlık bilgilerinin güvenilirliğini değerlendirme (%42,3) ve bilgilerin ticari amaçla yazılıp yazılmadığını belirleme (%38,9) konularında yaşandığı tespit edilmiştir (90). Kronik hastalığa sahip bireylerin COVID-19 ile ilgili çevrimiçi bilgi memnuniyetlerinin kronik hastalığı olmayan bireylerden anlamlı düzeyde düşük olduğu gösterilmiş ve dijital sağlık okuryazarlığının bilgi memnuniyetinin güçlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu ortaya konmuştur (26).

2.6.2. Sosyal medya kullanıcılarının sağlık bilgilerini değerlendirme becerileri

Sosyal medya kullanıcılarının sağlık bilgilerini değerlendirme becerileri, dijital sağlık okuryazarlığının kritik bileşenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Üniversite öğrencilerinin dijital sağlık okuryazarlığı boyutları arasında en büyük zorluğun sağlık bilgilerinin güvenilirliğini değerlendirme konusunda yaşandığı gösterilmiştir (%42,3).

Öğrencilerin %38,9'u bilgilerin ticari amaçla yazılıp yazılmadığını belirleme konusunda güçlük çekerken, %30,4'ü aradıkları bilgileri bulma konusunda sorun yaşamaktadır (90). Benzer şekilde, Slovenya'da yapılan çalışmada, COVID-19 ile ilgili bilgilerin güvenilirliğini değerlendirme konusunda en fazla zorluk yaşandığı (%49,3) ve yaklaşık üçte birinin (%27,9) ilgilendikleri bilgileri bulmada problem yaşadığı belirtilmiştir (107).

Sağlık bilgilerini değerlendirme becerilerinin gelişiminde sosyal medya platformlarının türü ve kullanıcıların dijital okuryazarlık düzeyleri belirleyici faktörler olarak öne çıkmaktadır. Danimarka'da yapılan çalışmada, yeterli dijital sağlık okuryazarlığına sahip öğrencilerin arama motorları ve resmi kurumların web sitelerini tercih ederken, sınırlı dijital sağlık okuryazarlığına sahip olanların sosyal medyayı sağlık bilgisi için daha sık kullandığı gösterilmiştir (108). Adolesanların genel olarak yüksek öz-yeterlilik bildirmelerine rağmen, dijital sağlık okuryazarlığının algılanan düzeyinin gerçek performanslarından daha yüksek olduğunu ortaya konmuştur. Gençlerin sosyal medyadaki bilgileri web sitelerindeki bilgilerden daha az güvenilir bulduğu, ancak her iki platform için de benzer değerlendirme stratejileri kullandığı ve bazı arama/değerlendirme stratejilerinin dijital sağlık bilgileri için yeterince ayrıntılı olmadığı tespit edilmiştir (109).

2.6.3. Sosyal medya platformlarının sağlık okuryazarlığına katkıları ve sınırlılıkları

Sosyal medya platformları, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde önemli katkılar sunmaktadır. Çin'de yapılan çalışma, WeChat resmi hesapları üzerinden verilen sıtma sağlık eğitiminin, Çin'de geçici olarak çalışan yabancı uyruklu kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Müdahale sonrasında bilgi, tutum, uygulama ve beceri alanlarında %70'in üzerinde iyileşme sağlanmış ve sıtma morbidite oranı %23,72'den %15,40'a düşmüştür (110). Benzer şekilde, hemşirelik öğrencileri arasında yapılan çalışmada, e-sağlık okuryazarlığının sosyal medya kullanımı, çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışları ve öz-bakım ajanslığı aracılığıyla sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde pozitif etkiler gösterdiği ve modelin sağlığı geliştiren davranışlardaki varyansın %46'sını açıkladığı belirtilmiştir (103).

Sosyal medya platformlarının sağlık okuryazarlığına katkılarında biri de kültürel açıdan uygun ve erişilebilir sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasıdır. Sosyal medya platformlarının özellikle ekonomik kısıtlamaları bulunan ülkelerde halk sağlığı beslenme sorunlarını ele almak için düşük maliyetli araçlar olarak kullanılabileceği vurgulanmıştır (92). Sosyal medya teknolojilerinin azınlık gruplar arasında sağlık eşitsizliklerini ele alma potansiyeline dikkat çekilmiş ve Web 2.0 yaklaşımlarının sağlık okuryazarlığı sorunlarını ele almak, sosyal ağları geliştirmek ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile erişimi artırmak için fırsatlar sunduğu belirtilmiştir (97). Latin Amerika'da lupus hastaları için tasarlanan evrimii programın, Facebook üzerinden 3 ayda 20 milyondan fazla kişiye ulaştığı ve kullanıcıların memnuniyet anketlerinde olumlu yanıtlar verdiği gösterilmiştir (111).

Sosyal medya platformlarının sağlık okuryazarlığı açısından önemli sınırlılıkları da bulunmaktadır. Düşük eğitim ve sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık sistemi güvensizliği ve alternatif tıbaa yönelik olumlu tutumları olan bireylerin evrimii sağlık yanlış bilgilerine daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (94). Çevrimiçi yanlış bilgi maruziyetinin bilgi yoğunluğu ve nleme konusundaki yanlış algılar aracılığıyla hem yanlış bilgilendirilmiş davranışları teşvik ettiği hem de kanıt temelli nleme davranışlarını caydırdığı ortaya konmuştur (95). Sosyal medya ve web sayfalarında yer alan sağlık yanlış bilgilerinin tespit edilmesinin önemli bir zorluk oluşturduğu ve genellikle kişilerin bu bilgilerin doğruluğunu değerlendirmek için yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı belirtilmiştir (112).

Sosyal medya platformlarının sağlık okuryazarlığına etkilerinin optimize edilebilmesi için çeşitli faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Gizlilik ve güvenlik endişelerinin sağlık teknolojilerinin yavaş benimsenme oranının bir numaralı nedeni olduğu ve sağlık okuryazarlığı, farkındalık eksikliği ve kullanılabilirlik sorunlarının ele alınması gereken temel konular olduğu vurgulanmıştır (113). COVID-19 özelinde yapılan çalışmada, çeşitli bilgi kaynaklarına daha fazla güven duyan katılımcıların daha yüksek corona-spesifik sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiş ve halkın aldıkları bilgileri değerlendirme kapasitelerinin desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (114). Bu bulgular, sosyal medya platformlarının sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkili araçlar olabileceğini ancak kaliteli içerik üretimi, kullanıcı eğitimi ve platform yönetimi açısından önemli zorlukların da bulunduğunu göstermektedir.

2.6.4. Sosyal medyada sağlık bilgisi arayışında karşılaşılan zorluklar ve engeller

Sosyal medyada sağlık bilgisi arayışında karşılaşılan temel zorluklardan biri, kullanıcıların bilgi kalitesini ve güvenilirliğini değerlendirme konusunda yaşadıkları güçlüklerdir. Üniversite öğrencilerinin dijital sağlık okuryazarlığı alanında en büyük zorluğun sağlık ile ilgili bilgilerin güvenilirliğini değerlendirme (%42,3) ve bilgilerin ticari amaçla yazılıp yazılmadığını belirleme (%38,9) konularında yaşandığı tespit edilmiştir (90). Benzer şekilde, genç insanların çevrimiçi sağlık bilgilerinin güvenilirliği konusundaki belirsizliklerinin çevrimiçi yardım arama davranışlarında önemli bir engel oluşturduğu belirtilmiştir (%55,96) (115). Bu bulgular, sosyal medya kullanıcılarının sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde değerlendirme kapasitelerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Teknolojik erişim ve dijital okuryazarlık eksiklikleri, sosyal medyada sağlık bilgisi arayışında karşılaşılan önemli engellerdir. Meme kanseri hastaları arasında yapılan çalışmada, yaşlı, düşük eğitim düzeyine sahip ve daha az refah seviyesindeki bölgelerde yaşayan kadınların mobil cihazlara erişimde dezavantajlı olduğu gösterilmiştir (116). Düşük gelirli, ağırlıklı olarak azınlık etnik gruplardan oluşan hasta gruplarında mobil telefon okuryazarlığının düşük olduğu ve sadece %28'inin akıllı telefon sahiplerinin sağlık uygulamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir (117). Yapılan bir çalışmada, akıllı telefon sahibi olmamanın; klinisyenlerle mesajlaşma, çevrim içi sağlık destek gruplarına katılma ve web tabanlı sağlık videolarını izleme olasılığını anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir (118).

Kültürel ve dilsel engeller ile yanlış bilgi sorunu, sosyal medyada sağlık bilgisi arayışını zorlaştıran diğer önemli faktörlerdir. İngilizce dışında dil tercihlerinin teknoloji kullanımını etkilediği ve Çince tercih eden bireylerin klinisyenlerle mesajlaşma olasılığının daha düşük, İspanyolca konuşan katılımcıların ise klinisyenlerle iletişim için uygulama kullanma ve çevrimiçi destek gruplarına katılma olasılığının azaldığı tespit edilmiştir (118). Güney Afrika'da yapılan çalışmada, yüksek veri maliyeti, kısıtlayıcı dini inançlar, sınırlı gizlilik, çoğu dijital platformda yerel dillerin bulunmaması, düşük dijital okuryazarlık ve karmaşık kullanıcı arayüzünün dijital ruh sağlığı müdahalelerine erişimde engel oluşturduğu belirtilmiştir (119). Ayrıca, COVID-19 pandemisi sürecinde Brezilya'da sosyal medyada dolaşan yanlış bilgilerin %53'ünün tamamen uydurma içerik, %34'ünün ise yanlış bağlam

kategorisinde olduğu ve bu durumun sağlık okuryazarlığını artırma çabalarını baltaladığı gösterilmiştir (120).

2.7. Sosyal Medyada Yanlış Sağlık Bilgileri ve Halk Sağlığına Etkileri

Sosyal medyada yanlış sağlık bilgilerinin yayılması, COVID-19 pandemisi ile birlikte küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. COVID-19 yanlış bilgilerine daha güçlü katılımların genç yaş, erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi ve evde İngilizce dışında dil konuşulması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yanlış bilgi inançlarının düşük dijital sağlık okuryazarlığı, COVID-19'un algılanan tehdidi, hkmete güven ve bilimsel kurumlara güven ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (121). Yanlış sağlık bilgilerinin davranışsal sonuçları, halk sağlığı açısından ciddi riskler oluşturmaktadır. Çevrimiçi yanlış bilgi maruziyetinin sarımsak yeme ve burun deliklerini tuzlu su ile düzenli olarak yıkama gibi yanlış bilgilendirilmiş davranışları teşvik ettiği, aynı zamanda sosyal mesafe gibi kanıt temelli nleme davranışlarını caydırdığı gösterilmiştir (95). Çevrimiçi sağlık yanlış bilgilerine duyarlılığın ilaçlar, kanser tedavisi ve HPV aşısı gibi farklı sağlık konularında güçlü bir şekilde korele olduğu ve bir konuda yanlış bilgiye duyarlı olan bireylerin diğer konularda da yanlış bilgiye inanma olasılığının yüksek olduğu gösterilmiştir (94).

Aşı kararsızlığı, sosyal medyada yanlış sağlık bilgilerinin en ciddi sonuçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal medya platformlarında aşı karşıtı mesajlaşmanın editöryal gözetim olmaksızın hızla yayılabildiği ve bu durumun COVID-19 gibi yeni patojenler için gelecekteki aşı geliştirme süreçlerine olan kamu güvenini tehlikeye atabileceği vurgulanmıştır (99). Singapur'da orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler arasında yapılan çalışmada, resmi bilgi kaynaklarına güvenin aşılanma durumunu etkilediği, sosyal medya ve gayri resmi kaynaklara güvenin ise beklendiği gibi aşılanma durumunu yordamadığı tespit edilmiştir (122). Sosyal medya kullanımının influenza aşılanma uyumu ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiş ve sosyal medya kullanan bireylerin daha genç, seküler ve yoğun nüfuslu bölgelerde yaşayan kişiler olduğu belirtilmiştir (123). Bu bulgular, sosyal medya platformlarının aşı kararsızlığının yayılmasında önemli bir rol oynadığını ve bu durumun toplum sağlığı açısından ciddi sonuçlar doğurabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle genç nüfus arasında sosyal medya kullanımının yaygın olması, yanlış bilgilerin hızla yayılması ve aşı kararsızlığının artması açısından endişe verici bir durum oluşturmaktadır (123).

Yanlış sağlık bilgilerinin halk sağlığına etkilerini minimize etmek için kapsamlı stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. COVID-19 pandemisi sürecinde yanlış bilgi pandemisinin zaten zayıflamış olan halk sağlığı sisteminden gelen yanıtı toplumda yarattığı kafa karışıklığı ve gerçek medyanın güvenilirliğindeki erozyon yoluyla etkilediği belirtilmiştir (30). Halk sağlığı uygulayıcılarının insanların öngörülemeyen davranışları, panik, toplumlarla gerginlikler ve bazı durumlarda ön saflardaki sağlık çalışanlarına yönelik düşmanca bir iklimle yüzleşmek zorunda kaldığı vurgulanmıştır (30). COVID-19 pandemisi sürecinde ortaya çıkan infodemi (yanlış/dezinformasyon) zorluğunu ele almak için sağlık iletişimi ilkelerinin genişletilmesi gerektiği ve medya okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir (124).

2.8. Sosyal Medya, Dijital Uçurum, Eşitsizlikler ve Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal medya platformlarının yaygınlaşmasına rağmen, dijital uçurum sağlık okuryazarlığı alanında önemli eşitsizlikler yaratmaktadır. Yaşlı, düşük eğitim düzeyine sahip ve daha az refah seviyesindeki bölgelerde yaşayan kadınlar mobil cihazlara erişimde dezavantajlı konumdadır (116). Düşük gelirli, ağırlıklı olarak azınlık etnik gruplardan oluşan katılımcıların sadece %28'inin akıllı telefon sahiplerinin sağlık uygulamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir (117). Bu bulgular, teknolojik erişimdeki farklılıkların sağlık okuryazarlığı açısından önemli dezavantajlar yarattığını ortaya koymaktadır. Göçmenler sağlık hizmetlerinde savunmasız bir grup olarak tanımlanmakta ve sınırlı sağlık okuryazarlığı, sağlık ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin bir açıklaması olarak görülmektedir (125).

Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik faktörler, sosyal medya tabanlı sağlık okuryazarlığında önemli eşitsizlik kaynaklarıdır. Daha genç yaş, daha fazla eğitim ve daha fazla elektronik cihaz kullanımı daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Kadınların Web 2.0'ı sağlık bilgisi için kullanma olasılığının erkeklerden yaklaşık üç kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (75). Almanya'da yapılan bir çalışmada, yaşın kadınlar için ve genel pratisyen memnuniyetinin erkekler için çevrimiçi sağlık bilgisi erişiminin cinsiyete özgü belirleyicileri olduğu gösterilmiştir (126).

Dil ve kültürel engeller, sosyal medyada sağlık okuryazarlığı eşitsizliklerinin önemli boyutlarını oluşturmaktadır. İngilizce dışında dil tercihlerinin sağlık amaçlı teknoloji

kullanımını etkilediği görülmektedir. Çince tercih eden bireylerin klinisyenlerle mesajlaşma olasılığının İngilizce konuşanlara göre daha düşük, İspanyolca konuşan katılımcıların ise klinisyenlerle iletişim için uygulama ve çevrimiçi destek gruplarına katılma olasılığının azaldığı tespit edilmiştir (118). Güney Afrika'da yapılan çalışmada, yüksek veri maliyeti, yerel dillerin dijital platformlarda bulunmaması ve düşük dijital okuryazarlığın dijital ruh sağlığı müdahalelerine erişimde engel oluşturduğu belirtilmiştir (119).

Sosyal medya tabanlı sağlık okuryazarlığı eşitsizliklerinin ele alınması için hedeflenmiş müdahaleler gerekmektedir. Sosyal medya teknolojilerinin azınlık gruplar arasında sağlık eşitsizliklerini ele alma potansiyeline sahip olduğu ancak bu potansiyelin gerçekleştirilmesi için sağlık okuryazarlığı sorunlarını ele alan en iyi uygulamaları entegre etmenin gerekli olduğu vurgulanmaktadır (97). Avustralya'da marjinal genç gruplar arasında yapılan çalışmada, teknolojinin sağlık hizmetlerine erişimi ve navigasyonu kolaylaştıran süreçlere entegre edilmesinin, saygılı ve çeşitliliği tanıyan hizmetlerin sağlanmasının ve sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinin bu sorunları ele almaya yardımcı olabileceği belirtilmiştir (127). Smith ve arkadaşlarının (2020) Aborijin ve Torres Boğazı Adası kökenli erkek gençlerle yürüttükleri çalışmada, sağlık politikası yapıcılarının, araştırmacıların ve uygulayıcıların bu grubun özgün bakış açılarını dikkate alarak mevcut destek sistemlerini güçlendirebileceği ve genişletebileceği önerilmiştir (128).

2.9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

2.9.1. Dünyada sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Avrupa'da genel nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendiren en kapsamlı araştırmalardan biri, Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'yı kapsayan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'dır. Bu çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların %12'sinin yetersiz ve %47'sinin ise sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde yer aldığı tespit edilmiştir (7). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada, yetişkin populasyonun yaklaşık %50'sinin düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (66). Danimarka'da 25 yaş ve

üzeri 9007 katılımcının yer aldığı ulusal kesitsel bir çalışmada, genel nüfusta %8,18 yetersiz ve %30,94 sınırlı sağlık okuryazarlığı prevalansının olduğu saptanmıştır (129).

2.9.2. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Türkiye’de 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından HLS-EU anketi kullanılarak gerçekleştirilen araştırmaya göre, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %24,5’i yetersiz, %40,1’i sorunlu, %27,8’i yeterli ve %7,6’sı mükemmel olarak belirlenmiştir (130). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 2139 birey ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %73,5’inin yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (131). Yine başka bir çalışmada katılımcıların %30,9’unun yetersiz, %38’inin ise sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (132).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı alanında yapılmış araştırmalar incelendiğinde örneklemin; hastalar, sağlık çalışanları, öğretmenler, yaşlılar, öğrenciler, mülteciler ve gebeler vb. gibi farklı çalışma gruplarından oluştuğu görülmektedir.

2.9.3. Türkiye’de öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Türkiye’de öğrencilerle yürütülen sağlık okuryazarlığı araştırmaları, farklı eğitim kademelerinde ve akademik disiplinlerde önemli bulgular ortaya koymaktadır. Üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen araştırmalar, sağlık bilimleri öğrencilerinin diğer akademik alanlardaki öğrencilere kıyasla daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir (133,134). Bu farklılık, sağlık bilimleri eğitiminin öğrencilere kazandırdığı temel sağlık bilgisi ve farkındalık düzeyinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Çalışmalar üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akademik dönem, cinsiyet ve teknoloji kullanım alışkanlıkları gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (135,136,137). Lise düzeyindeki öğrenciler arasında yapılan araştırmalar, ergenlik döneminde sağlık okuryazarlığı gelişiminin kritik önemini ortaya koymaktadır. Çalışmalar lise öğrencilerinin %56,1’inde yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (138).

Türkiye'de öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla TSOY-32 ölçeği kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalar, farklı eğitim kademelerinde önemli bulgular ortaya koymaktadır.

Lise düzeyindeki öğrencilerde yapılan karşılaştırmalı analiz, eğitim türünün sağlık okuryazarlığı üzerindeki belirgin etkisini ortaya koymaktadır. 220 lise öğrencisi arasında yapılan çalışmada, düz lise öğrencilerinin TSOY-32 puan ortalaması 29,64 iken, sağlık ağırlıklı lise öğrencilerinin puan ortalaması 34,84 olarak tespit edilmiştir (139). Özellikle düz lise öğrencilerinin %54,9'unun sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alması, genel eğitim müfredatında sağlık okuryazarlığı konusunun yetersizliğini işaret etmektedir. Lise son sınıf öğrencileri arasında yapılan çalışma, genel eğitim sisteminin sağlık okuryazarlığı açısından durumunu değerlendirmek için önemli veriler sunmaktadır. 431 on ikinci sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmada TSOY-32 puan ortalaması $35,18 \pm 7,23$ olarak bulunmuş ve öğrencilerin %60,6'sının yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (140).

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalar, öğrencilerin genellikle yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. 199 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada TSOY-32 puan ortalaması $36,98 \pm 7,53$ olarak bulunmuş ve genel olarak yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (141). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da benzer pozitif sonuçlar elde edilmiştir. 334 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada TSOY-32 puan ortalaması $35,46 \pm 8,84$ olarak tespit edilmiş ve genel olarak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir (142). Hemşirelik fakültesi öğrencileri arasında yapılan çalışmada ise 485 öğrencinin TSOY-32 puan ortalaması $34,1 \pm 7,8$ olarak bulunmuş ve öğrencilerin %30,1'inin yeterli, %43,5'inin sorunlu-sınırlı, %15,9'unun mükemmel ve %10,5'inin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (143).

Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan farklı çalışmalarda değişken sonuçlar elde edilmiştir. 400 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmada TSOY-32 puan ortalaması $37,92 \pm 10,27$ olarak bulunmuş ancak öğrencilerin %48'inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu belirlenmiştir (144). Bu bulgular, aynı bölümde eğitim

gören öğrenciler arasında bile farklı kurumlar ve dönemler itibariyle sağlık okuryazarlığı düzeylerinde önemli farklılıklar olabileceğini göstermektedir.

Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan kapsamlı çalışma, beklentilerin aksine endişe verici sonuçlar ortaya koymuştur. 702 tıp fakültesi öğrencisi arasında yapılan araştırmada TSOY-32 puan ortalaması 31,77 (26,04-36,45) olarak belirlenmiş ve öğrencilerin %20,9'unun yetersiz, %37,7'sinin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (145). Tıp öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi düzeyini artırmak, toplumun genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasına ve etkili sağlık iletişiminin kurulmasına önemli katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı eğitimini tıp fakültesi müfredatına entegre etmek ve sağlık iletişimini güçlendirmek için uygulamalı derslerin eklenmesi önerilmektedir (146).

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin katılımcı olduğu sağlık okuryazarlığı çalışmalarında, öğrencilerin yaklaşık yarısını yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir (147,148,149). Okur ve arkadaşlarının çalışmasında TSOY-32 puan ortalaması $35,98 \pm 5,83$ olarak bulunmuş olup Soykan ve Şengül'ün gerçekleştirdiği çalışmada $36,20 \pm 7,66$ olarak bulunmuştur (147,148). Okur ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %1,7'sinin yetersiz, %29,4'ünün sorunlu-sınırlı, %50,4'ünün yeterli ve %18,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (147). Benzer şekilde Yakup ve Bozdemir'in çalışmasında %18,3'ü yetersiz, %27,7'si sorunlu/sınırlı, %30,3'ü yeterli ve %23,7'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (149).

2.10. Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal medya, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla kullanılabilecek önemli bir araç olma potansiyeline sahiptir ve sağlık davranışlarının değiştirilmesi açısından önemli fırsatlar sunmaktadır (150,151,152).

İnternet kullanıcıları günümüzde sağlıkla ilgili bilgi arama davranışlarında dijital platformlara yönelmektedirler. Araştırmalar, insanların sağlık bilgisi arayışında internetin

birincil kaynak haline geldiğini ve çevrimiçi kaynakların sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (153). Özkan ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, katılımcıların sağlıkla ilgili en sık başvurdukları bilgi kaynağının %48,6'lık oranla internet olduğu belirlenmiştir (132). COVID-19 pandemisi sürecinde, internetin sağlık bilgisini yaymada bir araç olarak kullanımının arttığı ve çevrimiçi platformların halk sağlığı müdahalelerinin sunulmasında kritik öneme sahip olduğu belirlenmiştir (10,90).

Günümüzde bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama becerileri önem kazanmaktadır (20). Dijital sağlık okuryazarlığı, çevrimiçi sağlık bilgilerini etkili bir şekilde kullanabilme yeteneği olarak tanımlanmakta ve bu beceriler sağlık sonuçları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (66,75,154).

Sosyal medya platformları, sağlık bilgisi paylaşımında önemli bir rol oynamakta ve özellikle gençler arasında sağlık davranışlarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (90,155). Gençlerin sağlık bilgisi almak için sıklıkla Facebook, YouTube ve Instagram'ı kullandıklarını bildirilmiştir (156).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

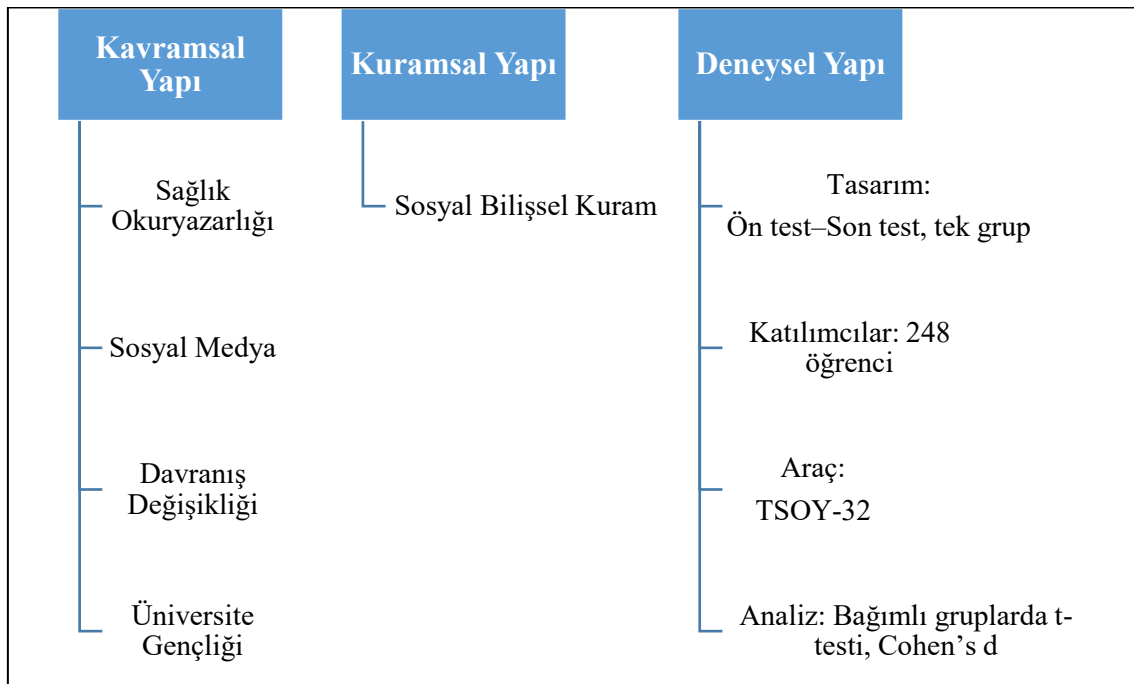
Bu araştırma, kapalı bir Instagram grubu aracılığıyla yürütülen ve üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığını artırmayı amaçlayan tek gruplu, ön test – son test tasarımına sahip yarı deneysel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışmada randomizasyon uygulanmamış olup, tüm katılımcılar aynı müdahale grubunda yer almıştır.

Müdahale süreci, Neiger ve arkadaşları tarafından sosyal medya temelli sağlık iletişimi girişimlerinin değerlendirilmesine yönelik olarak geliştirilen üç aşamalı model doğrultusunda yapılandırılmıştır (157). Girdi (platform ve içerik planlaması), çıktı (katılımcı etkileşim düzeyi) ve sonuç (sağlık okuryazarlığı düzeyinde değişim) bileşenleri dikkate alınarak tasarlanmıştır. Çalışmanın girdi aşamasında, hedef kitlenin sosyal medya kullanım alışkanlıkları dikkate alınarak Instagram platformu seçilmiş ve içerikler ise Sosyal Bilişsel Kuram temel alınarak yapılandırılmıştır. Instagram platformu üzerinden kapalı bir grup aracılığıyla gerçekleştirilen müdahalede, katılımcılara üç ay boyunca sağlıkla ilgili infografik ve videolar sunulmuştur. Çıktı düzeyinde, katılımcıların gönderilerle etkileşimleri (beğeni, yorum, görüntüleme gibi) ile katılım düzeyleri izlenmiştir. Sonuç düzeyinde ise, müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde meydana gelen değişim değerlendirilmiştir (53).

Araştırmanın raporlanmasında, randomize olmayan müdahale çalışmalarının şeffaflığını ve değerlendirme kalitesini artırmak amacıyla geliştirilen TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs) kontrol listesi kullanılmıştır (158). TREND kontrol listesi; müdahale sürecinin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının sistematik biçimde raporlanmasını desteklemektedir. Ayrıca, müdahalede kullanılan içeriklerin, sunum yöntemlerinin, uygulama sıklığının ve müdahaleye katılım sürecinin standartlaştırılmış biçimde raporlanması için TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) kontrol listesi esas alınmıştır (159). Bu araştırma için hem TREND hem de TIDieR kontrol listeleri ayrı ayrı hazırlanmış ve bu çalışmanın ekler bölümünde sunulmuştur (EK 6, EK 7).

3.1.1. Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel yapısı

Araştırma, kuramsal olarak Sosyal Bilişsel Kuram (Social Cognitive Theory, SCT) çerçevesinde yapılandırılmıştır. SCT'nin temel bileşenleri doğrultusunda müdahale içerikleri hazırlanmış ve değerlendirme aracı olarak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır (53). Bu araştırma; sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik dijital bir uygulamayı kavramsal, kuramsal ve deneysel düzeylerde bütünlendirerek ele almaktadır. Kavramsal düzlemde, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini ifade eden sağlık okuryazarlığı temel alınmıştır (1). Sosyal medya, özellikle genç yetişkinler arasında yaygın kullanılan ve davranış değişikliği potansiyeli yüksek bir iletişim aracı olarak değerlendirilmektedir. Instagram, bilginin yayılımı ve kullanıcı etkileşimi açısından avantaj sağlayan bir platform olarak seçilmiştir. Kuramsal düzeyde müdahale, Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'na dayandırılmıştır (160). Bu kuramsal yapı, içeriklerin tasarımında doğrudan rehberlik etmiştir. Deneysel düzlemde ise, ön test – son test tasarımına dayalı tek gruplu yarı deneysel bir yaklaşım benimsenmiş, TSOY-32 ölçeği aracılığıyla katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı puanları ölçülmüştür. Analizde bağımlı gruplarda t-testi ve Cohen's d etki büyüklüğü istatistikleri kullanılarak müdahalenin etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın kavramsal, kuramsal ve deneysel çerçevesi Şekil 3.1'de verilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Bu araştırma çevrim içi ortamda gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, Türkiye'deki bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencileri arasından seçilmiştir. Tüm müdahale ve veri toplama süreci dijital platform üzerinden gerçekleştirilmiştir. Görsel odaklı yapısı, kullanıcı etkileşimine olanak sağlaması ve kapalı grup oluşturma özelliği dolayısıyla dijital sosyal medya platformları, dijital müdahaleler için etkili bir ortam olarak değerlendirilmektedir (161).

Araştırmanın yürütüldüğü dijital platform olan Instagram, genç yetişkinler arasında en yaygın kullanılan sosyal medya uygulamalarından olması nedeniyle seçilmiştir. 2024 yılı itibarıyla dünya genelinde 2 milyarı aşkın aktif kullanıcıya ulaşmış ve özellikle 18–29 yaş grubu arasında günlük içerik tüketimi açısından öne çıkmıştır (162).

Bu çalışmada Instagram platformunun seçilme nedenleri; hedef kitle olan üniversite öğrencilerinin bu platformla yüksek düzeyde etkileşim halinde olması, kapalı grup oluşturma özelliği ve müdahale içeriklerinin infografik ve kısa videolar biçiminde kolaylıkla sunulabilmesidir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, nicel araştırma desenleri arasında yer alan yarı deneysel (*quasi-experimental*) bir çalışmadır. Araştırmanın randomize olmaması ve örneklemin gönüllülük esasına dayalı seçilmesi nedeniyle yarı deneysel bir yapı benimsenmiştir. Bu çalışmada, tek gruplu ön test-son test desenine dayalı olarak sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik bir müdahale gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Türkiye'deki bir vakıf üniversitesine bağlı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na 2023–2024 öğretim yılında yeni kayıt yaptıran ve öğrenim gören ön lisans düzeyindeki öğrenciler oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem büyüklüğü, eşleştirilmiş t-testi için G*Power 3.1 yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır (163). Küçük düzeyde etki büyüklüğü (Cohen's $d = 0,25$), %5 anlamlılık düzeyi ($\alpha = 0,05$) ve %80 test gücü ($1 - \beta = 0,80$) dikkate alındığında, en az 209 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

Dijital ortamda yürütülen müdahalelerde katılımcının takipten düşmesi beklenen bir durum olması nedeniyle yeterli örneklem büyüklüğünü koruyabilmek için örneklem hesabına %20'lik kayıp oranı dahil edilmiş ve 251 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemi, 2023–2024 öğretim yılında Başkent Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na yeni kayıt yaptırıp öğrenim gören birinci sınıf düzeyindeki toplam 293 öğrenci oluşturmuştur

3.5. Araştırmaya Katılma Oranı

Araştırma, 2023–2024 öğretim yılında Başkent Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na yeni kayıt yaptırıp öğrenim gören birinci sınıf düzeyindeki toplam 293 öğrenci ile başlanmış; ön teste katılan ve kapalı Instagram grubuna dahil olan 293 öğrenciden 248'i tüm süreci eksiksiz tamamlamış ve son teste katılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %84,6'dır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri şunlardır:

- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği–32 (TSOY-32) puanı

Araştırmanın bağımsız değişkenleri şunlardır:

- Cinsiyet
- Mezun olduğu okul
- Anne-babanın eğitim durumu

- Ailenin ekonomik durumu
- Sağlık durumu

3.7. Araştırmada Kullanılan Kriterler

Bu araştırmaya dâhil edilecek katılımcıların seçiminde belirli kriterler dikkate alınmıştır. Kriterler aşağıda sıralanmıştır.

- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu programlarından birine 2023–2024 öğretim yılında yeni kayıt yaptırmış olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Aktif bir Instagram hesabına sahip olmak
- Kapalı Instagram grubuna katılmaya gönüllü olmak
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu onaylamak

Sağlık okuryazarlığı temelli bir eğitim programına daha önce katıldığını beyan etmek ve aktif bir Instagram hesabı olmamak ya da düzenli erişim sağlayamamak durumu dâhil etmeme kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Veri Kaynakları

Bu araştırmada, katılımcıların sosyal medya tutumlarını, dijital ortamda sağlıkla ilgili bilgiye erişim becerilerini ve genel sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla üç farklı ölçme aracı kullanılmıştır. Ölçekleri kullanmak için yazarlarından e-posta yoluyla izin alınmıştır. Onay yazıları ekte sunulmuştur (EK 5).

3.8.1. Sosyal Medya Tutum Ölçeği

Katılımcıların sosyal medya kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla Otrar ve Arğın tarafından 2015 yılında geliştirilmiş olan Sosyal Medya Tutum Ölçeği kullanılmıştır (164). Beşli Likert tipi ölçek, toplamda 23 maddeden oluşmakta olup "**sosyal etkileşim**", "**bilgi edinme**", "**eğlence**" ve "**zaman yönetimi**" olmak üzere dört alt boyut

içermektedir. Bu ölçek, bireylerin sosyal medya platformlarına yönelik algılarını, kullanım amaçlarını ve duygusal-cognitive yaklaşımlarını değerlendirmeye yöneliktir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur.

3.8.2. Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Bireylerin dijital ortamlarda sağlık bilgisine erişim, bilgiyi değerlendirme ve kullanma becerilerini değerlendirmek amacıyla Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali Norman ve Skinner tarafından geliştirilmiştir (52). Ölçek, Coşkun ve Bebiş tarafından 2015 yılında adolesan bireyler için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır (165). Sekiz maddeden oluşan, 5'li Likert tipi bu ölçek; bireylerin dijital sağlık bilgisi arama davranışlarını, bilgiye güven düzeyini ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanma yeterliklerini ölçmektedir. Türkçe formun Cronbach alfa değeri 0,88 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonu, bireylerin internet temelli sağlık bilgisi edinimine ilişkin öz-yeterlik algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve e-sağlık okuryazarlığının yaygın göstergesi olarak literatürde geniş biçimde kullanılmaktadır (52).

3.8.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Ölçeği (HLS-EU-Q)'nin Türkçeye uyarlanmış versiyonudur. 5'li Likert tipi 32 maddeden oluşan TSOY-32, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri bulma, anlama, değerlendirme ve kullanma yeterliklerini ölçmektedir. Bu işlem boyutları, sağlık hizmetleri ve hastalıklardan korunma alanlarıyla çaprazlanarak toplam 8 alt boyutta yapılandırılmıştır. Ölçekte yer alan kodlamalar 4-çok kolay, 3-kolay, 2-zor, 1-çok zor, 5-fikrim yok şeklinde düzenlenmiştir. Toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde formül yardımıyla standardize edilmiştir. Toplam puan= (Aritmetik ortalama-1) x [50/3] şeklinde hesaplanmaktadır. TSOY-32, bireylerin hem sağlık sistemini kullanabilme hem de koruyucu sağlık davranışlarını uygulayabilme kapasitelerini değerlendiren kapsamlı bir ölçektir. Ölçekten elde edilen toplam puan, bireyin genel sağlık okuryazarlığı düzeyini sınıflandırmak amacıyla

kullanılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 olarak bildirilmiştir (53). Ölçek matris bileşenleri ve ölçek maddeleri Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) matris bileşenleri ve ölçek maddeleri

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Katılımcılara müdahale öncesi ve sonrası uygulanmak üzere anket formları oluşturulmuştur. Müdahale öncesi anket formunda; katılımcıların sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi davranışları, sosyal medya kullanımına ilişkin sorular, Sosyal Medya Tutum Ölçeği maddeleri, Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği maddeleri ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) maddeleri bulunmaktadır.

Müdahale sonrası anket formunda; müdahale sürecine ilişkin sorular ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) maddeleri bulunmaktadır.

Müdahale sırasında sosyal medya etkileşim metrikleri (Beğeni, yorum, paylaşım vb.) takip edilmiştir. Bu veriler Instagram’ın kendi analiz araçları (Instagram Insights) aracılığıyla toplanmıştır. Veriler analiz için müdahale bitiminde dışa aktarılmıştır.

3.9. Araştırmada Kullanılan Materyaller

Bu araştırmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmayı amaçlayan çeşitli dijital içerikler kullanılmıştır. Müdahale materyalleri, Sosyal Bilişsel Kuram’ın temel bileşenleri dikkate alınarak yapılandırılmıştır.

3.9.1. Materyal içerik yapısı ve tema başlıkları

Müdahale kapsamında işlenen temalar, gençlerin sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak seçilmiştir. İçerikler, kanıta dayalı kaynaklardan derlenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı, DSÖ ve akademik yayınlar temel alınmıştır. Tema başlıkları şu şekilde belirlenmiştir:

- Fiziksel aktivite ve egzersiz
- Sağlıklı beslenme
- Düzenli uyku
- Kilo kontrolü ve obezite
- Sağlıklı yaşlanma
- Sigaranın zararları ve akciğer kanseri
- Alkolün zararları
- Kanserden korunma

Müdahalede sunulan içerikler ile hem bilişsel düzeyde farkındalık yaratmak hem de davranışsal düzeyde uygulanabilir adımlar geliştirmek hedeflenmiştir.

3.9.2. İçerik türleri

3.9.2.1. İnfografikler ve posterler

Sağlık iletişiminde infografikler, bilgi yoğunluğunu azaltarak mesajların görsel ve metinsel unsurların birleşimiyle daha etkili biçimde aktarılmasını sağlamaktadır. İnfografikler, öğrenme sürecinde bilişsel yükü azaltarak kullanıcıların bilgiyi daha hızlı işlemesine ve hatırlamasına yardımcı olmaktadır (166,167). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde materyallerin, hedef grubun yaş, toplum yapısı ve kültürel yapı dikkate alınarak tasarlanması önerilmektedir (168). Müdahalede kullanılan infografikler ve posterler; sade bir dil, kısa metin ve dikkat çekici görseller içerecek şekilde tasarlanmıştır. Müdahalede kullanılan infografikler ve posterler EK 8’ de sunulmuştur.

3.9.2.2. Kısa videolar

Kısa videolar, sağlık eğitimi ve davranış değişikliği müdahalelerinde gözlemsel öğrenmeyi desteklemek için güçlü bir araç olarak değerlendirilmektedir. Görsel-işitsel içeriklerin, özellikle uygulamalı davranış örnekleri sunması yoluyla, bireylerin sosyal modellemeye dayalı öğrenmelerini kolaylaştırdığı gösterilmiştir (169). Genç kullanıcılar arasında kısa video formatlarının daha yüksek dikkat süresi ve etkileşim düzeyleri sağladığı bilinmektedir (98). Müdahale kapsamında 10 saniyelik kısa videolar kullanılmıştır. Müdahalede kullanılan kısa videolar EK 8’ de sunulmuştur.

3.9.2.3. Sosyal bilişsel kuram bileşenlerine göre materyal yapılandırması

Bu çalışmada geliştirilen materyaller (infografik ve kısa video) Sosyal Bilişsel Kurama uyumlu şekilde tasarlanmıştır. İçerikler aşağıdaki özellikleri içermektedir:

- Günlük yaşama uyarlanabilir, sade ve örnek alınabilir sağlık davranışlarına yer verilmiştir.
- Temel sağlık bilgilerini anlaşılır, görsel ve dikkat çekici biçimde sunacak şekilde yapılandırılmıştır.
- Küçük adımlar ve pratik öneriler sunulmuştur.
- Sağlıkla ilgili olumlu alışkanlıkların bireysel faydaları açık ve net bir şekilde vurgulanmıştır.
- Yorum yapma, içerik beğenme ve anketlere katılma gibi yollarla içeriklere katılım teşvik edilmiştir.

3.9.3. İçerik sunumu

İçerikler her akşam Instagram grubuna yüklenmiştir. Her gün farklı bir sağlık teması işlenmiştir. Grupta anketler paylaşılmıştır.

3.10. Araştırmanın Aşamaları

Bu araştırma, müdahale tabanlı bir araştırma tasarımına uygun olarak yürütülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasına yönelik olarak kapalı bir Instagram grubunda gerçekleştirilen müdahale, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşmuştur. Araştırma aşamaları Tablo 3.2’de özetlenmiştir.

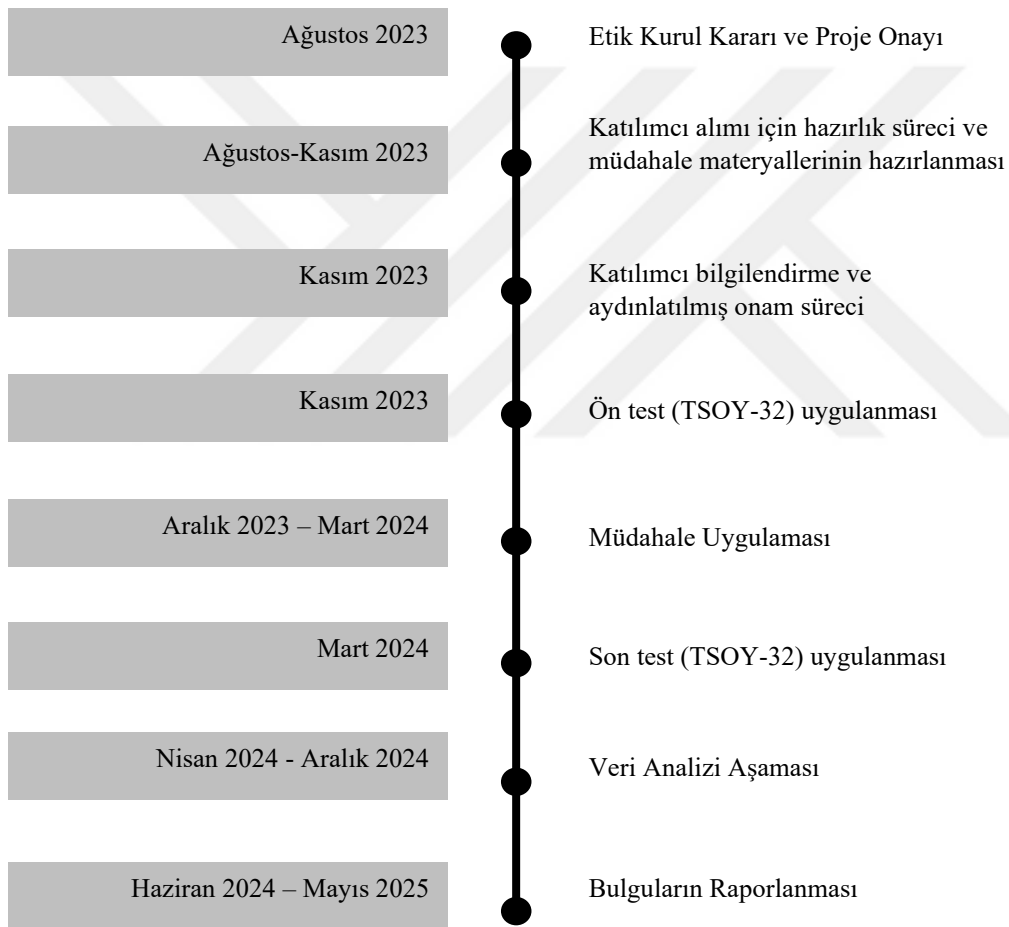
Tablo 3.2. Araştırmanın aşamaları

Araştırma Aşamaları	Kapsamı
Planlama ve Hazırlık Aşaması	Müdahale çalışmasının tasarımı, kuramsal çerçevenin oluşturulması ve ölçüm araçlarının seçilmesi sürecini kapsamıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) müdahale öncesi ve sonrası değerlendirme aracı olarak belirlenmiştir. Kapalı Instagram grubunun (@sagligadair2023) teknik altyapısı planlanmış ve içerik üretim süreci organize edilmiştir.
İçerik Geliştirme Aşaması	Araştırmanın amaçlarına uygun olarak tema başlıklarına uygun infografik ve kısa video materyalleri seçilmiş ve geliştirilmiştir. Materyaller Sosyal Bilişsel Kuram'ın bileşenlerini destekleyecek şekilde yapılandırılmıştır.
Katılımcı Seçimi ve Onam Süreci	2023–2024 akademik yılında Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na yeni kayıt yaptıran 1.sınıf öğrenciler çalışma grubunu oluşturmuştur. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 293 öğrenci gönüllü katılım sağlamıştır.
Ön Test Uygulaması	Müdahale başlamadan bir hafta önce, tüm katılımcılara TSOY-32 ölçeği uygulanarak başlangıç sağlık okuryazarlığı düzeyleri ölçülmüştür. Veriler yüz yüze anket formuyla toplanmıştır.
Müdahale Uygulaması	Müdahale, özel olarak oluşturulan kapalı bir Instagram grubu aracılığıyla yürütülmüştür. Üç ay süren müdahale süreci boyunca, her gün akşam saatlerinde belirlenen temalar doğrultusunda infografik ve 10 saniyelik kısa video paylaşımları yapılmıştır. Katılımcılar, sunulan içeriklere düzenli erişim sağlamış, içerikleri beğenmiş ve son teste katılım göstererek araştırma sürecine katılmıştır.
Son Test Uygulaması	Müdahale süresinin sonunda, tüm katılımcılara yeniden TSOY-32 ölçeği uygulanmıştır. Ön test ve son test sonuçları eşleştirilerek analiz edilmek üzere veri seti oluşturulmuştur.
Veri Analizi Aşaması	Verilerin analizi SPSS 25.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Normal dağılım varsayımı Skewness–Kurtosis değerleriyle test edilmiştir. Ön test ve son test puanları arasında bağımlı gruplarda t testi (paired-samples t-test) uygulanmış, kategorik düzey değişimleri için McNemar testi kullanılmıştır.
Araştırmanın Raporlanması ve Etik İlkeler	Araştırmanın raporlanmasında TREND kontrol listesi kullanılmıştır. Çalışmanın tüm aşamaları etik ilkelere uygun yürütülmüş, gizlilik ve veri güvenliği kuralları titizlikle uygulanmıştır.

Belirlenen aşamalar doğrultusunda müdahale süreci planlı ve bütüncül bir biçimde ilerlemiştir. Bu yapı, araştırmanın yöntemsel tutarlılığını ve değerlendirme sürecinin güvenilirliğini desteklemiştir.

3.11. Araştırma Takvimi

Araştırmanın etik kurul kararı Ağustos 2023'te alınmıştır (Proje no: KA23/255). Proje onaylandıktan sonra müdahale içerikleri ve katılımcı alım sürecine yönelik hazırlıklar gerçekleştirilmiştir. Kasım 2023'te katılımcılardan bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onam formları alınmış, ön test uygulaması yapılmış ve 11 Aralık 2023'de sosyal medya temelli müdahale başlatılmıştır. Müdahale süreci 3 ay (Aralık 2023–Mart 2024) boyunca kapalı bir Instagram grubu üzerinden yürütülmüştür. Mart 2024'te son test uygulaması tamamlanmıştır. Araştırma takvimi aşağıdaki şekilde verilmiştir (Şekil 3.2)



Şekil 3.2. Araştırma Takvimi

3.12. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Bu

amaçla Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayıları hesaplanmış ve ± 1.5 sınırları içerisinde kalan değerlerin normal dağılım varsayımını sağladığı kabul edilmiştir (170). Normallik varsayımı sağlanan veriler için parametrik testler kullanılmıştır. Demografik değişkenler ve TSOY-32 puanları için tanımlayıcı istatistikler (ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar için bağımsız örneklem t-testi (Student's t-test) ve tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası TSOY-32 puanları karşılaştırılmıştır. Ön test ve son test verileri arasındaki farkı değerlendirmek amacıyla bağımlı örneklem t-testi (paired samples t-test) kullanılmıştır. Ön test ve son test verileri arasındaki farkın etki büyüklüğü Cohen'in d katsayısı ile belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinde kategorik geçişi değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

3.13. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 02/08/2023 tarih ve 23/121 sayılı kararı ile onay alınmıştır (EK 1). Teze ilişkin çalışmaların Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu'nda yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerine araştırmada yer alan tüm bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı, gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uygun olarak elde edilen tüm bilgilerin gizli tutulacağı, başka kişilerle paylaşılmayacağı konularında gerekli açıklama yapılmıştır ve bilgilendirilmiş ve gönüllü onam formu ile yazılı onamları alınmıştır. Araştırma kapsamında Instagram'da kapalı bir grup oluşturulmuş ve yalnızca önceden bilgilendirilmiş onamı alınan katılımcıların bu gruba erişimi sağlanmıştır. Moreno ve arkadaşları tarafından sosyal medya araştırmaları için önerilen etik ilkeler doğrultusunda Instagram platformunda yalnızca araştırmaya katılan bireylerin erişim sağlayabildiği kapalı bir grup oluşturmak; sosyal medya araştırmalarında veri güvenliği, katılımcı gizliliği ve zarar vermeme ilkeleri açısından önemli bir etik önlem sağlamıştır (171). Ayrıca kapalı grup oluşturularak içerik "özel" hale getirilmiş ve bilgilendirilmiş onam ve etik kurul onayı ilkeleriyle desteklenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki bölümde incelenmiştir. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası katılımcılardan elde edilen bulgular şaklindedir.

4.1. Müdahale Öncesi Bulgular

4.1.1. Katılımcıların bazı kişisel özellikleri

Araştırma grubunu Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda okuyan 1.sınıf 293 öğrenci oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $19,44 \pm 2,13$ 'dür. Minimum yaş 18 olup maksimum yaş 35'dir. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların bazı kişisel özelliklerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Kişisel Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet (n=293)		
Erkek	71	24,2
Kadın	222	75,8
Mezun Olunan Okul (n=293)		
Lise	213	72,7
Sağlık Meslek Lisesi	56	19,1
Diğer Meslek Liseleri	24	8,2
Öğrenim Görmekte Olduğu Program (n=293)		
Ağız ve Diş Sağlığı	18	6,1
Ameliyathane Hizmetleri	33	11,3
Anestezi	29	9,9
Diyaliz	29	9,9
Fizyoterapi	30	10,2
İlk ve Acil Yardım (I. Öğretim)	36	12,3
İlk ve Acil Yardım (II. Öğretim)	24	8,2
İş Sağlığı ve Güvenliği	10	3,4
Patoloji Laboratuvar Teknikleri	30	10,2
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	20	6,8
Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	34	11,6
Çalışma Durumu (n=293)		
Evet	27	9,2
Hayır	266	90,8
Aile Tipi (n=293)		
Çekirdek aile	276	94,2
Geniş aile	17	5,8
Baba Eğitim Durumu(n=293)		
İlkokul mezunu	50	17,1
Ortaokul mezunu	76	25,9
Lise mezunu	106	36,2
Üniversite mezunu	61	20,8
Anne Eğitim Durumu (n=293)		
Okuryazar değil	8	2,7
İlkokul mezunu	65	22,2
Ortaokul mezunu	60	20,5
Lise mezunu	129	44,0
Üniversite mezunu	31	10,6
Aile Ekonomik Durumu (n=293)		
Gelir giderden az	20	6,8
Gelir gidere eşit	192	65,5
Gelir giderden fazla	81	27,7

Katılımcıların %24,2'sini erkekler, %75,8'ini de kadınlar oluşturmuştur. Mezun olunan okul tipi bakımından değerlendirildiğinde katılımcıların %72,7'si lise mezunu olduğunu belirtmiştir. Bunu %19,1 ile sağlık meslek lisesi ve %8,2 ile diğer meslek liseleri takip etmiştir. Katılımcıların %90,8'i çalışmadığını, %9,2'si ise çalıştığını ifade etmiştir. Aile tipi açısından değerlendirildiğinde, %94,2'si çekirdek ailede yaşadığını bildirmiştir. Baba eğitim durumu incelendiğinde, katılımcıların %36,2'sinin babası lise mezunu, %25,9'unun babası ortaokul mezunu, %20,8'inin babası üniversite mezunu ve %17,1'inin babası ilkokul mezunu olduğunu belirtmiştir. Anne eğitim durumuna göre ise %44,0'ı annesinin lise mezunu, %22,2'si ilkokul mezunu, %20,5'i ortaokul mezunu, %10,6'sı üniversite mezunu ve %2,7'si okuyazar olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %65,5'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu, %27,7'si gelirin giderlerinden fazla olduğunu, %6,8'i ise gelirin giderlerinden az olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1).

4.1.2. Katılımcıların bazı sağlık özellikleri

Katılımcıların genel sağlık durumları, kronik hastalık öyküleri ve sağlıkla ilişkili davranışları değerlendirilmiştir. Veriler Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Sağlıkla İlgili Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Sağlık Durumu (n=293)		
İyi	195	66,6
Ne iyi ne kötü	95	32,4
Kötü	3	1,0
Kronik Hastalık Durumu (n=293)		
Evet	36	12,3
Hayır	257	87,7
Ailede Kronik Hastalık Durumu (n=293)		
Evet	117	39,9
Hayır	176	60,1
Düzenli ve Dengeli Beslenme Durumu (n=293)		
Evet	148	50,5
Hayır	145	49,5
Egzersiz Yapma Durumu (n=293)		
Evet	126	43,0
Hayır	167	57,0
Yeterli ve Kaliteli Uyku Durumu (n=293)		
Evet	162	55,3
Hayır	131	44,7
Sigara İçme Durumu (n=293)		
Evet	103	35,2
Hayır	190	64,8
Alkol Kullanma Durumu(n=293)		
Evet	74	25,3
Hayır	219	74,7

Katılımcıların sağlık durumları incelendiğinde, %66,6'sının kendini iyi durumda, %32,4'ünün ne iyi ne kötü durumda olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Katılımcıların %12,3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Ailede kronik hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %39,9'unun ailesinde kronik hastalık bulunduğu görülmüştür. Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde, katılımcıların %50,5'inin düzenli ve dengeli beslendiği, %49,5'inin ise beslenme durumunun düzensiz ve dengeli olmadığı belirlenmiştir. Egzersiz yapma durumu açısından, katılımcıların %43,0'u düzenli

egzersiz yaptığını ifade ederken, %57,0'si egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Uyku kalitesi değerlendirildiğinde, katılımcıların %55,3'ü yeterli ve kaliteli uyku uyuduğunu, %44,7'si ise uykusunun yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Sigara kullanımına ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %35,2'sinin sigara, %25,3'ünün ise alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

4.1.3. Katılımcıların internet ve sosyal medya kullanma davranışları

Katılımcıların ortalama internet kullanım süresi $5,98 \pm 2,49$ saat ve sosyal medya kullanım süresi $3,77 \pm 1,99$ saattir. Katılımcıların internet ve sosyal medya kullanım özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların internet ve sosyal medya kullanımına göre dağılımları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

İnternet ve Sosyal Medya Kullanım Özellikleri	Sayı	Yüzde (%)
İnterneti Kullanım Amacı*		
(n=293)		
Sohbet ve sosyal iletişim	276	94,2
Çevirim içi derse katılmak	245	83,6
Ödev yapmak	218	74,4
Haber, sağlık, magazin	195	66,6
Eğlence ve oyun	168	57,3
İş nedeniyle kullanmak	25	8,5
Tercih Edilen Sosyal Medya Platformu*		
(n=293)		
Instagram	285	97,3
WhatsApp	283	96,6
YouTube	232	79,2
Telegram	170	58,0
Twitter	128	43,7
TikTok	122	41,6
Facebook	26	8,9
Diğer	17	5,8

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler n=293 üzerinden hesaplanmıştır.

İnternet kullanım amaçları incelendiğinde, katılımcıların %94,2'sinin interneti sohbet ve sosyal iletişim amacıyla kullandığı, %83,6'sının çevrim içi derslere katılmak için kullandığı, %74,4'ünün ödev yapmak için kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca, %66,6'sı haber, sağlık ve magazin içeriklerine ulaşmak için, %57,3'ü eğlence ve oyun amaçlı ve %8,5'i iş nedeniyle interneti kullandığını ifade etmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların en sık kullandıkları sosyal medya platformları değerlendirildiğinde; %97,3'ü Instagram'ı, %96,6'sı WhatsApp'ı, %79,2'si YouTube'u, %58,0'ı Telegram'ı, %43,7'si Twitter'ı ve %41,6'sı TikTok'u kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.3).

4.1.3.1. Katılımcıların sosyal medya tutumları

Katılımcıların sosyal medya kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla Sosyal Medya Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızda Sosyal Medya Tutum Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,771 olarak hesaplanmıştır. Bu değer ölçeğin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Sosyal Medya Tutum Ölçeği ortalama puanı $82,34 \pm 11,68$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sosyal medyaya karşı olumlu bir tutuma sahip oldukları görülmektedir.

4.1.4. Katılımcıların sağlık bilgisi arama davranışları

Katılımcıların sağlık bilgisine ulaşmak için öncelikli olarak başvurdukları kaynaklar ile son bir ayda hem kendi sağlıkları hem de yakınlarının sağlığına ilişkin internet üzerinden yaptıkları bilgi arama davranışları değerlendirilmiş ve ilgili bulgular Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların sağlık bilgisi arama davranışlarına göre dağılımları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Sağlık Bilgisi Arama Davranışları	Sayı	Yüzde (%)
Sağlık Bilgisine İlk Başvurulan Kaynak (n=293)		
İnternet	244	83,3
Doktor	30	10,2
Çevremdeki kişiler	7	2,4
Eczacı	4	1,4
Hemşire	3	1,0
Diğer sağlık çalışanları	2	0,7
Diğer*	2	0,7
Televizyon	1	0,3
Son Bir Ayda Kendi Sağlığına Yönelik İnternet Araştırması Yapma Durumu (n=293)		
Evet	215	73,4
Hayır	78	26,6
Son Bir Ayda Yakınlarının Sağlığına Yönelik İnternet Araştırması Yapma Durumu (n=293)		
Evet	185	63,1
Hayır	108	36,9

*Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar bir açıklama yapmamıştır.

Katılımcıların sağlık bilgisine ulaşmak için tercih ettikleri kaynaklar incelendiğinde, %83,3'ünün öncelikli olarak interneti kullandığı, %10,2'sinin doktora başvurduğu, %2,4'ünün çevresindeki kişilerden bilgi aldığı, %1,4'ünün eczacılardan ve %1,0'inin hemşirelerden bilgi edindiği belirlenmiştir.

Son bir ay içinde internet üzerinde sağlıkla ilgili araştırma yapma durumları değerlendirildiğinde; katılımcıların %73,4'ünün kendi sağlığı ile ilgili araştırma yaptığı, %63,1'nin de yakınlarının sağlığı ile ilgili internet üzerinden araştırma yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

4.1.5. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım özellikleri

Katılımcıların hastalandıklarında başvurdukları ilk kaynaklar incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.5’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Hastalık Anında Başvurdukları İlk Sağlık Kaynağına İlişkin Dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Hastalık Anında Başvurulan İlk Sağlık Kaynağı	Sayı (n=293)	Yüzde (%)
Doktora/ hastaneye giderim	145	49,5
Evdeki ilaçları kullanırım	61	20,8
Çevremdekilere danışırım	32	10,9
Acile giderim	31	10,6
Diğer*	11	3,8
Bir şey yapmam	10	3,4
Eczaneme danışırım	3	1,0

*Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar bir açıklama yapmamıştır.

Katılımcıların hastalandıklarında başvurdukları sağlık kaynakları incelendiğinde, yaklaşık yarısının (%49,5) doğrudan doktora veya hastaneye gittiği, %20,8’inin evdeki ilaçları kullandığı ve %10,9’unun çevresindekilere danışmayı tercih ettiği görülmüştür (Tablo 4.5).

Sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları incelenmiştir. Katılımcıların son bir yıl içinde kendi sağlıkları için hastane polikliniklerine ortalama 5,19 kez, acil servise ortalama 2,83 kez ve aile hekimine ortalama 3,11 kez başvuruda bulundukları belirlenmiştir. Son bir yıl içinde dış hekimine başvurduğunu ifade edenler %51,2’dir (Tablo 4.5).

4.1.6. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi

Katılımcıların dijital ortamlarda sağlık bilgisine erişim, bilgiyi değerlendirme ve kullanma becerilerini değerlendirmek amacıyla Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızda Ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,773 olarak hesaplanmıştır. Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalama puanı 28,05±5,08

olarak bulunmuştur. Ölçek puanlarının bazı değişkenlere göre istatistikleri Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklere göre Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler	Sayı	Ortalama $\pm$ SS*	Test İstatistiği	p
Cinsiyet (n=293)				
Erkek	71	27,96 $\pm$ 5,52	-0,178	0,859**
Kadın	222	28,08 $\pm$ 4,95		
Mezun Olunan Okul (n=293)				
Lise	160	27,88 $\pm$ 4,76	4,469	0,012***
Sağlık Meslek Lisesi	49	29,55 $\pm$ 5,72		
Diğer Meslek Liseleri	4	26,08 $\pm$ 5,62		
Çalışma Durumu (n=293)				
Evet	27	28,85 $\pm$ 6,09	0,858	0,391**
Hayır	266	27,97 $\pm$ 4,98		
Aile Tipi (n=293)				
Çekirdek aile	276	28,10 $\pm$ 5,15	0,681	0,496**
Geniş aile	17	27,24 $\pm$ 3,87		
Baba Eğitim Durumu (n=293)				
İlkokul mezunu	50	27,50 $\pm$ 5,90	0,415	0,742***
Ortaokul mezunu	76	28,36 $\pm$ 5,37		
Lise mezunu	106	28,26 $\pm$ 4,42		
Üniversite mezunu	61	27,75 $\pm$ 5,15		
Anne Eğitim Durumu (n=293)				
Okuryazar değil	8	27,75 $\pm$ 5,65	0,381	0,822***
İlkokul mezunu	65	27,46 $\pm$ 5,03		
Ortaokul mezunu	60	28,28 $\pm$ 4,59		
Lise mezunu	129	28,33 $\pm$ 5,61		
Üniversite mezunu	31	27,74 $\pm$ 3,62		
Aile Ekonomik Durumu (n=293)				
Gelir giderden az	20	27,95 $\pm$ 5,02	0,553	0,576***
Gelir gidere eşit	192	27,85 $\pm$ 5,08		
Gelir giderden fazla	81	28,56 $\pm$ 5,13		

*SS: Standart sapma; ** Bağımsız gruplarda t-testi ; *** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları katılımcıların demografik özelliklerine göre incelenmiştir. Cinsiyete göre e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin puan ortalaması 27,96 $\pm$ 5,52, kadınların ise 28,08 $\pm$ 4,95 olarak belirlenmiştir. Mezun olunan okul türüne göre ise anlamlı bir farklılık saptanmış ve $p=0,012$ olarak hesaplanmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunları 29,55 $\pm$ 5,72 puan ile en yüksek ortalamaya sahipken, diğer meslek liselerinden

mezun olan katılımcıların puan ortalaması $26,08 \pm 5,62$ olarak en düşük düzeyde bulunmuştur. Çalışma durumu, aile tipi, baba ve anne eğitim durumu ile aile ekonomik durumu değişkenlerine göre e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler	Sayı	Ortalama $\pm$ SS*	Test İstatistiği	p
Sağlık Durumu (n=293)				
İyi	195	$28,03 \pm 5,10$	0,005	0,995***
Ne iyi ne kötü	95	$28,09 \pm 5,15$		
Kötü	3	$28,00 \pm 2,00$		
Kronik Hastalık (n=293)				
Evet	36	$28,81 \pm 5,28$	0,950	0,343**
Hayır	257	$27,95 \pm 5,06$		
Ailede Kronik Hastalık (n=293)				
Evet	117	$27,71 \pm 5,29$	-0,938	0,349**
Hayır	176	$28,28 \pm 4,95$		
Düzenli ve Dengeli Beslenme Durumu (n=293)				
Evet	148	$28,43 \pm 4,94$	1,275	0,203**
Hayır	145	$27,67 \pm 5,21$		
Egzersiz Yapma Durumu (n=293)				
Evet	126	$28,11 \pm 5,44$	0,175	0,861**
Hayır	167	$28,01 \pm 4,82$		
Yeterli ve Kaliteli Uyku Durumu (n=293)				
Evet	162	$28,65 \pm 5,20$	2,274	0,024**
Hayır	131	$27,31 \pm 4,86$		
Sigara İçme Durumu (n=293)				
Evet	103	$28,50 \pm 5,36$	1,125	0,262**
Hayır	190	$27,81 \pm 4,92$		
Alkol Kullanma Durumu (n=293)				
Evet	74	$27,65 \pm 5,45$	-0,787	0,432**
Hayır	219	$28,19 \pm 4,96$		

*SS: Standart sapma; ** Bağımsız gruplarda t-testi ; *** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Katılımcıların bazı sağlıkla ilişkili özelliklerine göre Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık bulunma durumu, düzenli ve dengeli beslenme, egzersiz yapma, sigara ve alkol kullanımı gibi değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yalnızca yeterli ve kaliteli uyku durumu ile e-sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,024$). Yeterli ve kaliteli uykuya sahip olduğunu belirten katılımcıların puan ortalaması $28,65\pm5,20$ iken, uyku durumu yetersiz olan katılımcıların ortalaması $27,31\pm4,86$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.7).

4.1.7. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeyi

Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla hesaplanan Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde, TSOY-32 Ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,882 olarak belirlenmiş ve ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu görülmüştür. TSOY-32 Ölçeği iki alt boyuttan oluşmaktadır. "Tedavi ve Hizmet" alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,803'dür. "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,820'dir.

Tablo 4. 8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) matris bileşenleri ve indeks puanları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma Ortalama $\pm$ SS	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama Ortalama $\pm$ SS	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme Ortalama $\pm$ SS	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama Ortalama $\pm$ SS
Tedavi ve hizmet	37,61 $\pm$ 7,64	33,52 $\pm$ 8,80	27,08 $\pm$ 9,00	37,82 $\pm$ 8,39
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	33,83 $\pm$ 8,69	33,12 $\pm$ 8,73	28,95 $\pm$ 9,50	29,10 $\pm$ 10,31

TSOY-32 ölçeği matris bileşenlerine ilişkin indeks puanları incelendiğinde, "Tedavi ve hizmet" boyutunda katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puanı ortalaması $37,61 \pm 7,64$, bilgi anlama puanı $33,52 \pm 8,80$, bilgi değerlendirme puanı $27,08 \pm 9,00$ ve bilgiyi kullanma/uygulama puanı $37,82 \pm 8,39$ olarak belirlenmiştir. "Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" boyutunda ise sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puanı ortalaması $33,83 \pm 8,69$, bilgi anlama puanı $33,12 \pm 8,73$, bilgi değerlendirme puanı $28,95 \pm 9,50$ ve bilgiyi kullanma/uygulama puanı $29,10 \pm 10,31$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu bulgular, tedavi ve hizmet boyutunda sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve bilgiyi uygulama düzeylerinin diğer bileşenlere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda ise bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama düzeylerinin diğer bileşenlere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) alt boyutları ve indeks puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler	Sayı	TSOY-32 Ölçeği		
		Tedavi ve Hizmet Boyutu	Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi Boyutu	Toplam
		Ortalama±SS*	Ortalama±SS*	Ortalama±SS*
Cinsiyet (n=293)				
Erkek	71	33,64 ± 6,64	30,88 ± 7,25	32,29 ± 6,49
Kadın	222	34,20 ± 6,77	31,35 ± 7,31	32,80 ± 6,37
p**		0,549	0,643	0,557
Mezun Olunan Okul (n=293)				
Lise	213	33,55 ± 6,73	30,87 ± 7,25	32,22 ± 6,39
Sağlık Meslek Lisesi	56	36,51 ± 6,54	33,53 ± 7,64	35,10 ± 6,08
Diğer Meslek Liseleri	24	32,88 ± 6,09	29,18 ± 6,89	31,08 ± 5,93
p***		0,009	0,019	0,005
Çalışma Durumu (n=293)				
Evet	27	35,49 ± 7,57	31,48 ± 6,97	33,53 ± 6,53
Hayır	266	33,92 ± 6,64	31,93 ± 7,42	32,59 ± 6,39
p**		0,248	0,861	0,464
Aile Tipi (n=293)				
Çekirdek aile	276	34,25 ± 6,71	31,40 ± 7,41	32,85 ± 6,39
Geniş aile	17	30,98 ± 6,49	28,55 ± 6,28	29,82 ± 5,93
p**		0,051	0,121	0,058
Baba Eğitim Durumu (n=293)				
İlkokul mezunu	50	34,23 ± 6,85	30,49 ± 7,29	32,44 ± 6,38
Ortaokul mezunu	76	33,41 ± 6,80	31,30 ± 6,84	32,36 ± 6,26
Lise mezunu	106	34,39 ± 6,62	31,52 ± 7,82	32,96 ± 6,56
Üniversite mezunu	61	34,18 ± 6,84	31,29 ± 7,40	32,76 ± 6,39
p***		0,799	0,881	0,926
Anne Eğitim Durumu (n=293)				
Okuryazar değil	8	34,13 ± 9,08	30,47 ± 9,64	32,35 ± 9,21
İlkokul mezunu	65	33,91 ± 6,66	29,67 ± 7,65	31,86 ± 6,46
Ortaokul mezunu	60	33,79 ± 6,59	31,94 ± 6,08	32,89 ± 5,58
Lise mezunu	129	34,71 ± 6,68	31,74 ± 7,69	32,23 ± 6,52
Üniversite mezunu	31	32,17 ± 6,73	31,28 ± 7,02	31,74 ± 6,53
p***		0,439	0,383	0,602
Aile Ekonomik Durumu (n=293)				
Gelir giderden az	20	33,79 ± 6,66	29,49 ± 8,66	31,60 ± 6,95
Gelir gidere eşit	192	34,06 ± 6,55	31,28 ± 7,31	32,71 ± 6,20
Gelir giderden fazla	81	34,13 ± 7,23	31,57 ± 7,22	32,86 ± 6,75
p***		0,980	0,524	0,726

SS: Standart sapma; ** Bağımsız gruplarda t-testi ; *** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği alt boyutlarına ve toplam puanlarına göre demografik özellikler açısından anlamlı farklılıklar incelenmiştir. Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada, kadınların tedavi ve hizmet boyutu puan ortalaması ($34,20 \pm 6,77$), erkeklerden ($33,64 \pm 6,64$) yüksek olmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Mezun olunan okul değişkeni açısından anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre, lise mezunlarının tedavi ve hizmet ($33,55 \pm 6,73$) ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ($30,87 \pm 7,52$) boyutu puan ortalamaları, diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Çalışma durumu, aile tipi, baba ve anne eğitim durumu ile aile ekonomik durumu değişkenlerine göre elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.9). Genel olarak, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemekle birlikte, mezun olunan okul türünün etkili olduğu görülmüştür.

Tablo 4.10. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) indeks puan ortalamaları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler	Sayı	TSOY-32 Ölçeği		
		Tedavi ve Hizmet Boyutu	Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi Boyutu	Toplam
		Ortalama±SS*	Ortalama±SS*	Ortalama±SS*
Sağlık Durumu (n=293)				
İyi	195	33,89 ± 6,39	31,30 ± 7,30	32,61 ± 6,26
Ne iyi ne kötü	93	34,49 ± 7,37	31,20 ± 7,61	32,88 ± 6,77
Kötü	3	31,80 ± 8,99	28,52 ± 5,22	30,16 ± 1,96
p***		0,651	0,810	0,749
Kronik Hastalık (n=293)				
Evet	36	34,18 ± 6,93	29,80 ± 7,63	32,02 ± 6,60
Hayır	257	34,05 ± 6,72	31,44 ± 7,33	32,77 ± 6,37
p**		0,911	0,213	0,513
Ailede Kronik Hastalık (n=293)				
Evet	117	33,72 ± 7,11	30,24 ± 7,49	32,01 ± 6,49
Hayır	176	34,29 ± 6,48	31,90 ± 7,24	33,12 ± 6,31
p**		0,477	0,059	0,148
Düzenli ve Dengeli Beslenme Durumu (n=293)				
Evet	148	34,54 ± 6,93	32,54 ± 7,74	33,56 ± 6,73
Hayır	145	33,57 ± 6,51	29,91 ± 6,74	31,77 ± 5,92
p**		0,220	0,002	0,016
Egzersiz Yapma Durumu (n=293)				
Evet	126	33,96 ± 7,37	32,06 ± 7,94	33,02 ± 7,06
Hayır	1167	34,14 ± 6,23	30,62 ± 6,87	32,42 ± 5,84
p**		0,818	0,099	0,439
Yeterli ve Kaliteli Uyku Durumu (n=293)				
Evet	162	34,76 ± 7,00	32,82 ± 7,70	33,80 ± 6,81
Hayır	131	33,20 ± 6,30	29,28 ± 6,46	31,28 ± 5,55
p**		0,48	<0,001	0,001
Sigara İçme Durumu (n=293)				
Evet	103	34,29 ± 6,71	30,22 ± 7,25	32,28 ± 6,19
Hayır	190	33,94 ± 6,76	31,79 ± 7,39	32,89 ± 6,50
p**		0,670	0,082	0,444
Alkol Kullanma Durumu (n=293)				
Evet	74	33,87 ± 6,45	31,52 ± 7,24	32,71 ± 6,17
Hayır	219	34,13 ± 6,84	31,14 ± 7,43	32,66 ± 6,48
p**		0,777	0,703	0,950

*SS: Standart sapma; ** Bağımsız gruplarda t-testi ; *** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Katılımcıların sağlıkla ilişkili özelliklerine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam puanları ve alt boyut puanları incelendiğinde, düzenli ve dengeli beslenme ile yeterli ve kaliteli uyku durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlenmiştir. Düzenli ve dengeli beslendiğini belirten katılımcıların hem “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu puanı ($p=0,002$) hem de toplam sağlık okuryazarlığı puanı ($p=0,016$), bu alışkanlığa sahip olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, yeterli ve kaliteli uyku alışkanlığına sahip olduğunu belirten katılımcılar, hem “Tedavi ve Hizmet” boyutunda ($p=0,048$), hem “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” boyutunda ($p<0,001$) hem de toplam sağlık okuryazarlığı puanında ($p=0,001$) anlamlı şekilde daha yüksek puanlara sahip olmuşlardır (Tablo 4.10).

Buna karşın, katılımcıların genel sağlık durumu, bireysel ya da ailesel kronik hastalık varlığı, egzersiz yapma durumu, sigara ve alkol kullanımı gibi diğer sağlıkla ilişkili değişkenlerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) kategorilerine göre dağılımları Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) kategorilerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Sayı (n=293)	Yüzde (%)
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (0-25 puan)	38	13
Sorunlu—Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı (>25-33 puan)	114	38,9
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı (>33-42 puan)	94	32,1
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı (>42-50 puan)	13	4,4

Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) ölçeği kategorilerine göre dağılımı incelendiğinde, yaklaşık yarısının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %13’ü yetersiz sağlık okuryazarlığı, %38,9’u sorunlu—sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Buna karşılık, katılımcıların %32,1’i yeterli ve %4,4’ü mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde yer almaktadır (Tablo 4.11).

4.1.8. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeyleri arasındaki ilişki

Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı puanları ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) ölçeği indeks puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,480$; $p < 0,01$).

4.2. Müdahale Sonrası Bulgular

4.2.1. Katılım süreci ve araştırmadan ayrılma nedenleri

Müdahale sürecini 248 öğrenci tamamlamıştır. Süreç içinde 45 öğrenci çalışmadan ayrılmış olup bu katılımcıların %91,1'ine ($n=41$) ulaşılmış ve ayrılma nedenleri belirlenmiştir. Çalışmadan ayrılma nedenlerine ilişkin dağılım incelendiğinde, en yaygın nedenin %39,5 ile “diğer” kategorisi olduğu görülmektedir. Bunu “Instagram hesabını kapatma” (%39,0), “okuldan ayrılma/ yatay geçiş” (%19,5) ve “İçeriklerden sıkılma” (%1,0) nedenleri takip etmektedir. Ayrılanların %9,8'i 1. ay sonunda, %19,5'i 2. ay sonunda ve %70,7'si 3. ayın sonunda Instagram grubundan ayrıldıkları belirlenmiştir.

4.2.2. Katılımcıların sosyal medya içeriklerine ilişkin değerlendirmeleri

Araştırmada, katılımcıların Instagram üzerinden paylaşılan sağlık içeriklerini düzenli takip etme durumları, bu içerikleri sağlık açısından faydalı bulup bulmadıkları ve bu içerikler aracılığıyla farkındalık kazandıkları sağlık konuları değerlendirilmiştir. Bulgular Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.12. Sosyal medya hesabının takibi ve etkililiğine dair katılımcı değerlendirmeleri (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler		Sayı	%
Instagram üzerinden paylaşılan sağlık içeriklerini düzenli takip etme durumu (n=248)	Evet	191	77
	Hayır	57	23
Instagram paylaşımlarını sağlık açısından faydalı bulma durumu (n=248)	Evet	205	82,7
	Hayır	3	1,2
	Kısmen	40	16,1
Instagram sağlık içerikleri aracılığıyla farkındalık kazandıkları sağlık konuları* (n=248)	Dengeli beslenme	155	62,5
	Yeterli su içme	144	58,1
	Düzenli egzersiz	139	56,0
	Yeterli uyku	134	54,0
	Zararlı alışkanlıklardan kaçınma (sigara-alkol)	128	51,6
	Stres yönetimi	101	40,7
	Kişisel hijyen	93	37,5
	Kilo kontrolü/ obezite	89	35,9
	Rutin sağlık kontrolleri	86	34,7
	Diğer**	12	4,8

* Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden dolayı yüzdeler n=248 üzerinden hesaplanmıştır.**Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar bir açıklama yapmamıştır.

Katılımcıların %77'si Instagram üzerinden paylaşılan sağlık içeriklerini düzenli olarak takip ettiğini belirtmiştir. Bu içerikleri sağlık açısından faydalı bulanların yüzdesi ise %82,7'dir. Instagram içerikleri aracılığıyla en fazla farkındalık kazandıkları sağlık konuları arasında dengeli beslenme (%62,5), yeterli su tüketimi (%58,1) ve düzenli egzersiz (%56,0) ilk sıralarda yer almıştır. Zararlı alışkanlıklardan kaçınma (%51,6) ve yeterli uyku (%54,0) gibi sağlık davranışları da önemli düzeyde farkındalık kazanılan diğer alanlardır (Tablo 4.12).

Katılımcıların kurumsal sosyal medya sağlık içeriklerine yönelik görüşleri, tercihleri ve önerileri Tablo 4.13'te özetlenmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların kurumsal sosyal medya sağlık içeriklerine yönelik takip durumu, görüşleri, tercihleri ve etkililik önerilerinin dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler		Sayı	Yüzde (%)
Kamu kurumları, eğitim kurumları ve sivil toplum kuruluşlarına ait sosyal medya hesaplarını takip etme durumu (n=248)	Var	56	22,6
	Yok	192	77,4
Sağlık konulu sosyal medya içeriklerinin kurumlar tarafından paylaşılmasının faydalı bulma durumu (n=248)	Evet	213	85,9
	Hayır	35	14,1
Kamu kurumlarının sağlık içeriklerini sosyal medyada görme sıklığına yönelik tercih (n=248)	Günlük	63	25,4
	Haftalık	136	54,8
	Ayda birkaç kez	25	10,1
	Ayda bir kez	3	1,2
	Nadiren	21	8,5
Kurumsal sosyal medya içeriklerinin sağlık davranışları üzerindeki algılanan etkisi (n=248)	Evet	141	56,9
	Hayır	13	5,2
	Kararsızım	94	37,9
Kurumsal sağlık içeriklerinin daha etkili olması için katılımcı önerileri (n=248)	Görsellerin ve videoların daha sık kullanılması	103	41,5
	İçeriğin interaktif hale getirilmesi (örneğin, anketler, quizler)	69	27,8
	Daha fazla hikaye anlatımı ve kişisel deneyim paylaşımı	41	16,5
	Daha sık ve düzenli içerik paylaşımı	32	12,9
	Diğer*	3	1,2

*Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar bir açıklama yapmamıştır.

Katılımcıların yalnızca %22,6'sı kamu veya sivil toplum kuruluşlarına ait sosyal medya hesaplarını takip ettiğini belirtmesine rağmen, bu kurumların sağlık içerikli paylaşımlarını faydalı bulanların oranı yüksektir (%85,9). Katılımcıların yarısından fazlası

(%54,8) bu tür içerikleri haftalık olarak görmek istediğini ifade etmiştir. Bu kurumların sağlıkla ilgili sosyal medya paylaşımlarının, sağlık davranışları üzerinde etkili olduğunu düşünenlerin oranı %56,9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.13).

4.2.3. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarındaki değişime ilişkin değerlendirmeleri

Katılımcıların son üç ay içinde daha sağlıklı bir yaşam sürdürmek amacıyla gerçekleştirdikleri davranış değişikliklerine ilişkin Tablo 4.14’te verilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarında değişiklik yapma durumu ve son üç ayda gerçekleştirdikleri sağlık davranışlarının dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Değişkenler		Sayı	%
Sağlık yaşam davranışlarında değişiklik olma durumu (n=248)	Evet	191	77,0
	Hayır	57	23,0
Son üç ayda daha sağlıklı bir yaşam için gerçekleştirilen davranışlar* (n=248)	Beslenme alışkanlıklarımı değiştirdim	139	56,0
	Fiziksel aktivite/spor yaptım	118	47,6
	Stresten uzak kalmaya çalıştım	115	46,4
	Uyku düzenimi değiştirdim	109	44,0
	Sigarayı azalttım/bıraktım	57	23,0
	Alkol almayı azalttım/bıraktım	33	13,3
	Hiçbir şey yapmadım	21	8,5
	Diğer	7	2,8

*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden dolayı yüzdeler n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların %77’si son üç ay içinde sağlıklı yaşam davranışlarında değişiklik yaptığını ifade etmiştir. Bu dönemde en sık bildirilen davranış değişiklikleri arasında beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi (%56,0), fiziksel aktivite veya spor yapma (%47,6) ve stresten uzak durmaya çalışma (%46,4) yer almıştır (Tablo 4.14).

4.2.4. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeyi

Araştırmada kullanılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'nin müdahale sonrası uygulamasına ilişkin iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,865 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ölçeğin maddeleri arasında yüksek düzeyde iç tutarlılık olduğunu ve ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların müdahale öncesi TSOY-32 ölçek puan ortalaması $32,36 \pm 6,45$ olup müdahale sonrası TSOY-32 ölçek puan ortalaması $36,24 \pm 5,57$ 'dir. Müdahale sonrası ölçek puanının arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Tablo 4.15'da bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.15. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının bağımlı grup t-testi ile karşılaştırılması (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Ölçek-Alt Boyut	Müdahale Öncesi Ort $\pm$ SS	Müdahale Sonrası Ort $\pm$ SS	Test İstatistiği*	p
TSOY-32	$32,36 \pm 6,45$	$36,24 \pm 5,57$	-11,522	<0,001
TSOY-32 Tedavi ve Hizmet	$33,84 \pm 6,84$	$34,69 \pm 6,89$	-1,990	0,048
TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	$30,82 \pm 7,37$	$37,81 \pm 5,77$	-17,311	<0,001

*Bağımlı örneklem t testi

Müdahale öncesi ve sonrası ölçülen TSOY-32 alt boyut puanlarında değişiklikler olduğunu görülmektedir. Ölçeğin “Tedavi ve Hizmet” alt boyutunda müdahale öncesi ortalama puan $33,84 \pm 6,84$ olup müdahale sonrası $34,69 \pm 6,89$ 'dur. Puanlar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,048$) (Tablo 4.15).

Ölçeğin “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutunda müdahale sonrası puanda artış görülmüştür. Ölçek ortalama puanı müdahale öncesi $30,82 \pm 7,37$ iken, müdahale sonrası $37,81 \pm 5,77$ olarak saptanmıştır. Puanlar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.15).

Müdahale öncesi ve sonrası yapılan ölçümler incelendiğinde, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kapsamında değerlendirilen tedavi ve hizmet alt boyutu ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarına ait tüm bileşenlerde puan artışı gözlemlenmiştir.

TSOY-32 tedavi ve hizmet alt boyutu bileşenlerinin puan ortalamaları Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) tedavi ve hizmet alt boyutu bileşenlerinin puanları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Müdahale Öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Test İstatistiği*	p
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiye ulaşma	37,43 ± 7,75	39,7 ± 7,62	-4,290	<0,001
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi anlama	33,07 ± 8,91	33,62 ± 8,52	-0,912	0,363
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme	26,89 ± 8,96	28,33 ± 11,28	-1,955	0,052
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	37,80 ± 8,40	36,67 ± 8,79	1,840	0,067

*Bağımlı gruplarda t testi

Tedavi ve hizmet alt boyutunda, bilgiye ulaşma puanı 37,43’ten 39,70’e, bilgiyi anlama puanı 33,07’den 33,62’ye, bilgiyi değerlendirme puanı 26,89’dan 30,46’ya yükselmiş; bilgiyi kullanma ve uygulama puanı ise 37,80’den 36,67’ye düşmüştür (Tablo 4.16).

TSOY-32 hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu bileşenlerinin puan ortalamaları Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu bileşenlerinin puanları (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	Müdahale Öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Test İstatistiği*	p
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma	33,55 ± 8,80	40,33 ± 6,61	-12,530	<0,001
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi anlama	32,64 ± 8,57	39,83 ± 6,93	-13,124	<0,001
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme	28,45 ± 9,54	34,37 ± 8,02	-9,570	<0,001
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	28,65 ± 10,23	36,8 ± 7,61	-12,196	<0,001

*Bağımlı örneklem t testi

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda, bilgiye ulaşma puanı 33,55'ten 40,33'e, bilgiyi anlama puanı 32,64'ten 38,19'a, bilgiyi değerlendirme puanı 28,46'dan 34,73'e ve bilgiyi kullanma ile uygulama puanı 28,65'ten 37,86'ya yükselmiştir (Tablo 4.17).

4.2.4.1. Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı düzeyi

Müdahale öncesi ve sonrası değerlendirmelere göre, hem erkek hem de kadın katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı artışlar gözlemlenmiştir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının bağımlı grup t-testi ile karşılaştırılması (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Cinsiyet		Müdahale Öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Test İstatistiği*	p
Erkek	TSOY-32	31,95 ± 6,56	35,52 ± 5,46	-5,073	<0,001
	TSOY-32 Tedavi ve Hizmet	33,63 ± 6,82	33,93 ± 6,92	-0,339	0,736
	TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	30,22 ± 7,46	37,14 ± 5,65	-7,973	<0,001
Kadın	TSOY-32	32,47 ± 6,43	36,45 ± 5,6	-10,345	<0,001
	TSOY-32 Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	33,89 ± 6,86	34,9 ± 6,89	-2,059	0,041
	TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	30,98 ± 7,35	38,01 ± 5,81	-15,328	<0,001

*Bağımlı örneklem t testi

Erkek katılımcıların genel TSOY-32 puanı 31,95’ten 35,52’ye yükselmiş olup bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Alt boyutlara bakıldığında, erkeklerde “hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” puanı 30,22’den 37,14’e yükselmiş ve bu fark da anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ancak “tedavi ve hizmet” alt boyutundaki değişim anlamlı değildir ($p=0,736$) (Tablo 4.18).

Kadın katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı puanı müdahale öncesinde 32,47 iken müdahale sonrasında 36,45’e yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Alt boyut düzeyinde incelendiğinde, kadınlarda tedavi ve hizmet puanı 33,96’dan 34,96’ya yükselmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi puanı ise 30,89’dan 38,01’e yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.18).

4.2.4.2. Mezun olunan okul tipi değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası sağlık okuryazarlığı düzeyi

Mezun olunan okul türüne göre değerlendirildiğinde, tüm gruplarda genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı artışlar gözlemlenmiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Mezun olunan okul tipi değişkenine göre katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının bağımlı grup t-testi ile karşılaştırılması (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

Mezun Olunan Okul Tipi		Müdahale Öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Test İstatistiği*	p
Lise	TSOY-32	32,01 ± 6,51	36,03 ± 5,49	-10,183	<0,001
	TSOY-32 Tedavi ve Hizmet	33,44 ± 6,86	34,26 ± 6,86	-1,611	0,109
	TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	30,58 ± 7,37	37,82 ± 5,71	-15,359	<0,001
Sağlık Meslek Lisesi	TSOY-32	34,61 ± 6,01	37,49 ± 5,76	-3,261	0,002
	TSOY-32 Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	36,26 ± 6,65	36,83 ± 6,91	-0,523	0,604
	TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	32,75 ± 7,34	38,16 ± 5,9	-5,291	<0,001
Diğer Meslek Liseleri	TSOY-32	30,48 ± 5,87	35,37 ± 5,77	-6,995	<0,001
	TSOY-32 Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	32,11 ± 6,00	33,77 ± 6,55	-2,529	0,020
	TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	28,75 ± 6,86	37,03 ± 6,25	-7,951	<0,001

*Bağımlı örneklem t testi

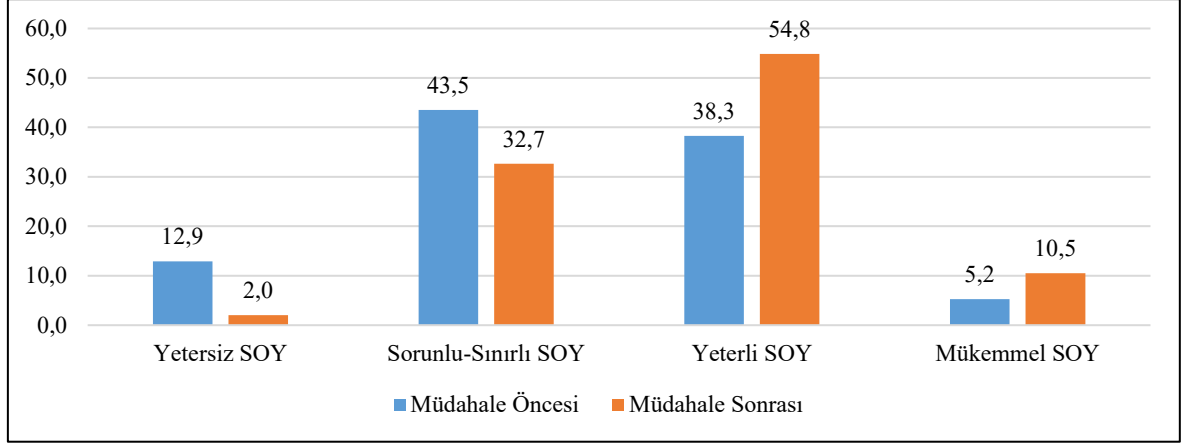
Lise mezunlarında TSOY-32 genel puanı 32,01'den 36,03'e yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu grupta hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı da 30,58'den 37,82'ye yükselerek anlamlı bir fark göstermiştir ($p<0,001$). Ancak tedavi ve hizmet alt boyutundaki artış 33,44'ten 34,26'ya yükselmesine rağmen anlamlı bulunmamıştır ($p=0,109$) (Tablo 4.19).

Sağlık meslek lisesi mezunlarında genel puan 34,61'den 37,49'a yükselmiş ve anlamlılık düzeyi 0,002 olarak belirlenmiştir. Bu grupta tedavi ve hizmet alt boyutu 36,26'dan 36,83'e yükselmiştir, ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,604$). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu ise 32,75'ten 38,16'ya yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.19).

Diğer meslek liseleri grubunda ise genel sağlık okuryazarlığı puanı 30,48'den 35,37'ye yükselmiş ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu grupta tedavi ve hizmet alt boyutu puanı 32,11'den 33,77'ye yükselmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanı da 28,75'ten 37,03'e çıkarak istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstermiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.19).

4.2.4.3. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kategorilerine dağılımı

Müdahale öncesi çalışmaya katılanların TSOY-32 toplam ölçek puanlarına göre; %12,9'u ($n=32$) yetersiz, %43,5'i ($n=108$) sorunlu-sınırlı, %38,3'ü ($n=95$) yeterli, %5,2'i ($n=13$) mükemmel sağlık okuryazarlığının olduğu belirlenmiştir. Müdahale sonrası çalışmaya katılanların TSOY-32 toplam ölçek puanlarına göre; %2,0'ı ($n=5$) yetersiz, %32,7'si ($n=81$) sorunlu-sınırlı, %54,8'i ($n=136$) yeterli, %10,5'i ($n=26$) mükemmel sağlık okuryazarlığının olduğu belirlenmiştir. Müdahale sonrası yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı oranlarının azaldığı, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranlarının arttığı görülmüştür (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kategorilerine dağılımı (%) (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

4.2.4.4. Sağlık Okuryazarlığı düzeyindeki kategorik geçişler

Araştırmada, müdahalenin katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir değişim oluşturup oluşturmadığını belirlemek amacıyla McNemar testi uygulanmıştır. Bu analiz ile katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası dönemde "yetersiz", "sorunlu", "yeterli" ve "mükemmel" kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı geçişlerinin olup olmadığı değerlendirilmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Müdahale sonrası			
	Yetersiz n (%)*	Sorunlu n (%)*	Yeterli n (%)*	Mükemmel n (%)*
Müdahale öncesi				
Yetersiz	1 (3,1)	21 (65,6)	9 (28,1)	1 (3,1)
Sorunlu	2 (1,9)	47 (43,5)	57 (52,8)	2 (1,9)
Yeterli	2 (2,1)	13 (13,7)	66 (69,5)	14 (14,7)
Mükemmel	---	---	4 (30,8)	9 (69,2)

* Yüzdelere n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Ön testte "yetersiz" olarak değerlendirilen bireylerin %65,6'sı son testte "sorunlu-sınırlı" düzeye, %28,1'i "yeterli" düzeye, %3,1'i ise "mükemmel" düzeye ilerlemiştir. Benzer şekilde, ön testte "sorunlu-sınırlı" kategorisinde yer alan katılımcıların %43,5'i bu

düzeyde kalırken, %52,8'i "yeterli" ve %1,9'u "mükemmel" düzeye yükselmiştir. "Yeterli" düzeyde bulunan bireylerin %69,5'i bu seviyeyi korurken, %14,7'si "mükemmel" düzeye ilerlemiştir. Öte yandan, "mükemmel" düzeydeki bireylerin tamamı bu seviyeyi sürdürmüştür. McNemar-Bowker testi sonucunda ($\chi^2= 56,363$; $p<0,001$), sağlık okuryazarlığı seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.20).

Araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ön test ve son test arasında nasıl değiştiği cinsiyet bazında incelenmiştir (Tablo 4.21, Tablo 4.22).

Tablo 4.21. Erkek katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Müdahale sonrası			
	Yetersiz n (%)*	Sorunlu n (%)*	Yeterli n (%)*	Mükemmel n (%)*
Müdahale öncesi				
Yetersiz	---	8 (72,7)	3 (27,3)	---
Sorunlu	---	11 (61,1)	7 (38,9)	---
Yeterli	---	4 (16,7)	15 (62,5)	5 (20,8)
Mükemmel	---	---	1 (50,0)	1 (50,0)

* Yüzdelere n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Erkekler için değerlendirildiğinde, ön testte "yetersiz" sağlık okuryazarlığı düzeyinde olanların %72,7,9'si son testte "sorunlu-sınırlı" düzeye, %27,3'ü "yeterli" düzeye ilerlemiştir. "Sorunlu-sınırlı" düzeyde olanların %38,9'u "yeterli" düzeye geçerken, "yeterli" kategorisindeki erkeklerin %62,5'i bu seviyeyi korumuş, %20,8'i ise "mükemmel" düzeye ulaşmıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Kadın katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Müdahale sonrası			
	Yetersiz n (%)*	Sorunlu n (%)*	Yeterli n (%)*	Mükemmel n (%)*
Müdahale öncesi				
Yetersiz	1 (4,8)	13 (61,9)	6 (28,6)	1 (4,8)
Sorunlu	2 (2,2)	36 (40,0)	50 (55,6)	2 (2,2)
Yeterli	2 (2,8)	9 (12,7)	51 (71,8)	9 (12,7)
Mükemmel	---	---	3 (27,3)	8 (72,7)

* Yüzdelere n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Kadınlar için değerlendirildiğinde, ön testte "yetersiz" düzeyde olanların %61,9'u "sorunlu-sınırlı", %28,6'sı "yeterli" düzeye ilerlemiştir. "Sorunlu-sınırlı" düzeyde olan kadınların %55,6'sı "yeterli" düzeye, %2,2'si "mükemmel" düzeye yükselmiştir. "Yeterli" düzeydeki kadınların %71,8'i bu seviyede kalmış, %12,7'si "mükemmel" düzeye geçmiştir. McNemar-Bowker testi sonucu kadınlarda sağlık okuryazarlığındaki düzeyindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2= 44,558$; $p<0,001$) (Tablo 4.22).

Araştırmada katılımcıların mezun oldukları lise türüne göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde müdahale öncesi ve sonrası meydana gelen değişim analiz edilmiştir.

Tablo 4. 23. Lise mezunu katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Müdahale sonrası			
	Yetersiz n (%)*	Sorunlu n (%)*	Yeterli n (%)*	Mükemmel n (%)*
Müdahale öncesi				
Yetersiz	1 (3,8)	17 (65,4)	8 (30,8)	---
Sorunlu	1 (1,3)	33 (41,3)	44 (55,0)	2 (2,5)
Yeterli	2 (2,9)	10 (14,7)	47 (69,1)	9 (13,2)
Mükemmel	---	---	2 (25,0)	6 (75,0)

* Yüzdelere n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Lise mezunu katılımcılardan müdahale öncesinde “yetersiz” sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunanlar %65,4’ü müdahale sonrası “sorunlu”, %30,8’i ise “yeterli” düzeye ulaşmıştır. “Sorunlu” düzeyde olanların %55’i “yeterli”, %2,5’i ise “mükemmel” düzeye ilerlemiş; sadece %1,3’ü “yetersiz” düzeye gerilemiştir. Müdahale öncesi “yeterli” düzeyde olanların büyük çoğunluğu (%69,1) bu düzeyini korurken, %13,2’si “mükemmel” düzeye ulaşmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4. 24. Sağlık Meslek Lisesi mezunu katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Müdahale sonrası			
	Yetersiz n (%)*	Sorunlu n (%)*	Yeterli n (%)*	Mükemmel n (%)*
Müdahale öncesi				
Yetersiz	---	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)
Sorunlu	1 (6,3)	7 (43,8)	8 (50,0)	---
Yeterli	---	3 (13,6)	15 (68,2)	4 (18,2)
Mükemmel	---	---	2 (50,0)	2 (50,0)

* Yüzdelere n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Sağlık Meslek Lisesi mezunları için yapılan McNemar-Bowker testi sonucunda, test istatistiği anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4,939$; $p=0,423$), bu da ön test ile son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığını göstermektedir.

Sağlık Meslek Lisesi mezunları arasında, ön testte "yetersiz" düzeyde olanların %33,3’ü son testte "sorunlu-sınırlı", %33,3’ü "yeterli" ve %33,3’ü "mükemmel" düzeye ilerlemiştir. "Sorunlu-sınırlı" kategorisinde bulunanların %50,0’si "yeterli" düzeye geçmiştir. Ayrıca "yeterli" düzeydekilerin %68,2’si bu düzeyde kalmış, %18,2’si ise "mükemmel" düzeye ulaşmıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4. 25. Diğer Meslek Liseleri mezunu katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ön test ve son test puanlarının kategorilere dağılımı (BÜ, SHMYO Aralık 2023-Mart 2024)

	Müdahale sonrası			
	Yetersiz n (%)*	Sorunlu n (%)*	Yeterli n (%)*	Mükemmel n (%)*
Müdahale öncesi				
Yetersiz	---	3 (100)	---	---
Sorunlu	---	7 (58,3)	5 (41,7)	---
Yeterli	---	---	4 (80,0)	1 (20,0)
Mükemmel	---	---	---	1 (100)

* Yüzdelere n=248 üzerinden hesaplanmıştır.

Diğer Meslek Liseleri mezunlarına ilişkin McNemar-Bowker testi sonucu tabloda belirtilmemiştir. Ancak veriler incelendiğinde, ön testte "yetersiz" düzeyde olan katılımcıların %100'ünün son testte "sorunlu-sınırlı" düzeye geçtiği, "sorunlu-sınırlı" düzeyde olanların ise %58,3'ünün "yeterli" ve %41,7'sinin "mükemmel" düzeye ilerlediği görülmektedir. "Yeterli" düzeyde olanların %45,5'i düzeyini korurken %54,5'i "mükemmel" düzeye yükselmiştir (Tablo 4.25).

4.2.5. Müdahalenin etki büyüklüğü

Araştırmada, katılımcıların müdahale öncesi TSOY-32 ölçek puan ortalaması $32,36 \pm 6,45$ olup müdahale sonrası TSOY-32 ölçek puan ortalaması $36,24 \pm 5,57$ olduğu belirlenmiştir. Müdahale sonrası ölçek puanının artışı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Bu farkın etki büyüklüğü Cohen'in d katsayısı ile hesaplanmıştır. Cohen's $d = 0,73$ 'dür. Cohen'in (1988) sınıflandırmasına göre orta düzeyde bir etki büyüklüğü bulunmuştur (172).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması $19,44 \pm 2,13$ 'dür. Katılımcıların %75,8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri ile gerçekleştirilen benzer çalışmalarda yaş ortalamasının $19,74 \pm 1,53$ ve $20,29 \pm 2,86$ olduğu görülmektedir. Kadın katılımcılar, katılımcıların dörtte üçünü oluşturmaktadır (147,173). Bu oran, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin profiline dair eğilimi desteklemektedir. Katılımcıların %94,2'si çekirdek ailede yaşadığını bildirmiştir. Çakır ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %73,3'tür (173). Çalışmamızda katılımcıların babaları arasında en sık görülen eğitim düzeyi lise mezuniyeti (%36,2) ve anneleri arasında en sık görülen eğitim düzeyi lise mezuniyetidir (%44,0). Çakır ve arkadaşlarının çalışmasında en sık görülen eğitim düzeyinin hem baba hem annede ilköğretim olduğu görülmektedir (173). Benzer şekilde Kazak ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveyn eğitim düzeyi ilköğretim olarak tespit edilmiştir (174). Ebeveyn eğitim düzeyindeki bu fark, farklı coğrafi veya sosyoekonomik koşulların etkisini yansıtabilir. Çalışmamızda katılımcıların %65,5'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. Benzer çalışmalarda bu oran %55,8 ve %68'dir (173,174).

Çalışmamızda, katılımcıların %66,6'sı sağlığını iyi olarak tanımlamıştır. Katılımcıların %12,3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Soykan ve Şengül'ün çalışmasında bu oran %6,3 iken Tuygar ve Aslan'ın çalışmasında %10,2 bulunmuştur (148,175) . Çalışmamızda katılımcıların %43,0'ü düzenli egzersiz yaptığını belirtmiştir. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ile yapılan benzer bir çalışmada öğrencilerin %80,5'i düzenli egzersiz yapmadığını belirtmiştir (149). Benzer çalışmalarda sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin fiziksel aktiviteleri düşük bulunmuştur (148,175,176). Çalışmamızda katılımcıların %50,5'i düzenli ve dengeli beslendiğini ve %55,3'ü yeterli ve kaliteli uyku uyuduğunu ifade etmiştir. Sağlıklı yaşam davranışlarının yalnızca katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından benimsenmiş olması, kronik hastalıkların görülme riskini artırabilecek önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilebilir. Bu bulgular, öğrencilerde yaşam boyu sağlıklı alışkanlıkların kazandırılabilmesi ve ilerleyen yaşlarda kronik hastalık risklerinin azaltılabilmesi için, sağlıklı yaşam davranışlarını destekleyici nitelikte kapsamlı sağlığı geliştirme programlarının üniversite düzeyinde planlanması ve uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %35,2'sinin sigara, %25,3'ünün ise alkol kullandığı saptanmıştır Sağlık Hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin katıldığı benzer çalışmalarda katılımcıların %24,6'sının sigara içtiği, %22,4'ünün alkol kullandığı tespit edilmiştir (154). Yakut ve Özel'in çalışmasında katılımcıların %43,6'sının sigara içtiği tespit edilmiştir (149). Üniversite öğrencileri arasında yüksek oranda sigara ve alkol kullanması hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir. Genç yetişkinlik dönemi, davranışların şekillendiği ve riskli sağlık davranışlarının kalıcı hale gelebileceği kritik bir yaşam evresi olduğundan, üniversite ortamlarında tütün ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik kanıta dayalı halk sağlığı müdahalelerinin, farkındalık kampanyalarının ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına önem verilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama internet kullanım süresi $5,98 \pm 2,49$ saat ve sosyal medya kullanım süresi $3,77 \pm 1,99$ saattir. Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen benzer çalışmalarda sosyal medya kullanım süresinin 1-10 saat arasında değiştiği görülmektedir (177,178,179). Çalışmalarda internet kullanım süresi arttıkça sosyal medya kullanım süresinin artışı görülmektedir. Öğrencilerin de giderek artan sürelerde sosyal medyayı kullandıkları görülmektedir. Çalışmamızda en sık kullanılan sosyal medya platformu %97,3 ile Instagram'dır. Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (179,180). İnternet kullanım amaçlarında ilk sırada sohbet ve sosyal medya kullanımı bulunmaktadır. Benzer çalışmalarda sosyal medyayı takip etmek internet kullanım amaçları arasında ilk sırada yer almaktadır (181,182). Çalışmamızda katılımcıların sağlık bilgisine ulaşmak için tercih ettikleri ilk %83,3 ile internet olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalarda bu oran farklı olmakla birlikte ilk sırada internet yer almaktadır (147,183,184). Bu bulgular sosyal medya platformlarının üniversite öğrencilerine ulaşmada bir araç olabileceğini göstermektedir. Özellikle Instagramın yoğun kullanılıyor olması sağlıkla ilgili bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarında, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasında önemli bir avantaj sunabilir.

Çalışmamızda Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalama puanı $28,05 \pm 5,08$ olarak bulunmuştur. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri ile yapılan benzer çalışmalar da benzer sonuçlar bulunmuştur (185,186). Çalışmalar sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin orta düzeyde bir e-sağlık okuryazarlığı

seviyesi sahip olduğunu göstermektedir. Bulgular öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlarının gerekliliğini desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların müdahale öncesi TSOY-32 puan ortalaması $32,36 \pm 6,45$ bulunmuştur. Müdahale öncesi sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında katılımcıların %12,9'unun "yetersiz", %43,5'inin "sorunlu-sınırlı", %38,3'ünün "yeterli" ve yalnızca %5,2'sinin "mükemmel" düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Müdahale öncesi sağlık okuryazarlığı seviyelerinin diğer çalışmalara kıyasla daha düşük olduğunu görülmektedir. Bu sonuçların elde edilmesinde, katılımcıların yüksekokul eğitimine henüz başlamış birinci sınıf öğrencileri olmasından kaynaklı olabilir. Yaş ve sınıf düzeyi açısından incelendiğinde, genellikle üst sınıflardaki öğrencilerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu görülmektedir (137,187,188) . Bu durum, eğitim sürecinde kazanılan bilgi ve deneyimlerin sağlık okuryazarlığı gelişiminde rol oynadığını göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların TSOY-32 toplam puanı müdahale öncesi $32,36 \pm 6,45$ iken, müdahale sonrasında $36,24 \pm 5,57$ 'ye yükselmiştir ($p < 0,001$). Bu artış, sosyal medya müdahalesinin sağlık okuryazarlığını artırmada etkili olduğunu göstermektedir. TSOY-32 ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, hem "Tedavi ve Hizmet" ($p = 0,048$) hem de "Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" ($p < 0,001$) boyutlarında anlamlı artışlar görülmüştür. Özellikle "Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma" ($33,55 \pm 8,80$ 'den $40,33 \pm 6,61$ 'e), "bilgiyi anlama" ($32,64 \pm 8,57$ 'den $39,83 \pm 6,93$ 'e), "bilgiyi değerlendirme" ($28,45 \pm 9,54$ 'ten $34,37 \pm 8,02$ 'ye) ve "bilgiyi kullanma/uygulama" ($28,65 \pm 10,23$ 'ten $36,8 \pm 7,61$ 'e) bileşenlerindeki artışlar dikkat çekicidir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, dört haftalık sağlık okuryazarlığı eğitimi sonrasında müdahale grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yükselmiştir (189). Benzer şekilde, erken adölesan dönemdeki öğrenciler üzerinde yürütülen başka bir araştırmada, dört oturumluk eğitim programı sonrasında müdahale grubunun sağlık okuryazarlığı post-test ve takip testi ortalama puanları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermiştir (190).Yapılandırılmış sağlık geliştirme eğitiminin ergenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen yarı deneysel tasarımla yürütülen bir araştırmada, müdahale grubuna altı modülden oluşan eğitim verilmiştir. Müdahale sonrasında, müdahale grubunun sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı artış görülmüştür. (191). Adölesanlarda beslenme ve egzersiz davranışları üzerine

odaklanan bir randomize kontrollü çalışmada, vaka grubu post-test üçüncü ay ve altıncı ay ortalama puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (192). Bu bulgular, iyi tasarlanmış müdahalelerin olumlu etkiler yaratabileceğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutundaki puan artışı, sosyal medya müdahalesinin koruyucu sağlık davranışlarını teşvik etmede etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Müdahale sonrasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı kategorilerinde önemli değişimler meydana gelmiştir. Müdahale öncesinde katılımcıların %12,9'u "Yetersiz SOY" kategorisindeyken, bu oran müdahale sonrasında %2,0'a düşmüştür. Benzer şekilde, "Sorunlu-Sınırlı SOY" kategorisindeki katılımcıların oranı %43,5'ten %32,7'ye gerilemiştir. Buna karşılık, "Yeterli SOY" kategorisindeki katılımcıların oranı %38,3'ten %54,8'e, "Mükemmel SOY" kategorisindeki katılımcıların oranı ise %5,2'den %10,5'e yükselmiştir. Müdahale öncesi "Yetersiz" kategorisindeki katılımcıların %65,6'sı "Sorunlu" kategorisine, %28,1'i ise "Yeterli" kategorisine yükselmiştir. Benzer şekilde, başlangıçta "Sorunlu" kategorisindeki katılımcıların %52,8'i "Yeterli" kategorisine geçiş yapmıştır. Bulgular müdahale öncesi yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin müdahale sonrasında daha yüksek kategorilere geçiş yaptığını göstermektedir. Mevcut literatür dijital sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin eşitsizlikleri azaltma potansiyelini göstermektedir (193,194). Başlangıçta yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde gözlemlenen önemli iyileşmeler, sosyal medya müdahalelerinin özellikle düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip bireylerde etkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, müdahale öncesinde erkek katılımcıların %20,0'ı “yetersiz”, %32,7'si “sorunlu”, %43,6'sı “yeterli” ve %3,6'sı “mükemmel” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahipken; kadın katılımcılar arasında bu oranlar sırasıyla %10,9, %46,6, %36,8 ve %5,7 olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı kategorileri dağılımında fark bulunmamıştır. Erkek katılımcıların görece daha büyük bir kısmının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, kadınlarda ise “sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorisinin oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar diğer bazı araştırma sonuçları ile uyumludur (147,195).

Müdahale öncesi mezun olunan okul türüne göre sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında, lise mezunlarının ortalama sağlık okuryazarlığı puanının $32,19 \pm 6,51$, sağlık

meslek lisesi mezunlarının $34,61 \pm 6,00$ ve diğer meslek lisesi mezunlarının ise $30,48 \pm 5,88$ olduğu görülmektedir. Lise (Lise, Özel Lise, Anadolu Lisesi, Fen Lisesi) mezunlarının %14,3'ü “yetersiz”, %44,0'ı “sorunlu”, %37,4'ü “yeterli” ve %4,4'ü “mükemmel” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %6,7'si “yetersiz”, %35,6'sı “sorunlu”, %48,9'u “yeterli” ve %8,9'u “mükemmel” düzeyde yer almaktadır. Diğer meslek lisesi mezunlarının ise %14,3'ü “yetersiz”, %57,1'i “sorunlu”, %23,8'i “yeterli” ve %4,8'i “mükemmel” sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmektedir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi olduğu dikkati çekmektedir. Bu grupta “yeterli” ve “mükemmel” düzeyde sağlık okuryazarlığı oranlarının toplamı (%57,8), lise ve diğer meslek lisesi mezunlarına göre daha yüksektir. Bu durum, sağlık alanında mesleki eğitim almanın sağlık okuryazarlığı seviyesini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca sağlık meslek lisesi mezunlarının, aldıkları eğitimin de katkısıyla sağlık bilgilerini daha etkili şekilde anlama ve kullanma becerileri geliştirmiş olabileceği söylenebilir. Ancak bazı araştırmalarda mezun olunan liseye türüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde fark bulunmamıştır (195).

Çalışmamızda müdahale sonrası ölçek puanının artışı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Bu farkın etki büyüklüğü Cohen's $d = 0,73$ 'dür. Orta düzeyde bir etki büyüklüğü bulunmuştur. Literatürde etki büyüklüğü hesaplanmış çalışmalar bulunmaktadır. Adölesanlarla gerçekleştirilen müdahale ve kontrol grubu desenli bir çalışmada büyük etki büyüklüğü rapor edilmiş ve beslenme-egzersiz davranışlarında artış gözlenmiştir (190). Mental sağlık okuryazarlığı alanında yapılan müdahaleler de benzer olumlu sonuçlar vermiştir. Etiyopya'da ergenlerle yürütülen sosyal medya tabanlı mental sağlık müfredatı müdahalesi, Cohen's $d = 0,429-0,767$ arasında değişen orta-büyük etki boyutları elde etmiş ve katılımcıların %80'inden fazlası programı kabul edilebilir bulmuştur (196). Singapur'da üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen HOPE müdahalesi, depresyon ve anksiyete okuryazarlığında müdahale grubu lehine anlamlı gelişmeler sağlamıştır (197). Bu sonuçlar, sosyal medya platformlarının farkındalık yaratma ve bilgi aktarımında etkili araçlar olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı zamanda gençlerde sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulguları, sosyal medya tabanlı müdahalelerin sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkili araçlar olabileceğini göstermektedir. Özellikle hastalıklardan korunma ve

sağlığın geliştirilmesi boyutundaki belirgin iyileşme, sosyal medyanın koruyucu sağlık davranışlarını teşvik etmede potansiyel bir araç olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmanın metodolojik açıdan güçlü yönleri bulunmaktadır. İlk olarak 248 katılımcı sayısının olması, güvenilir istatistiksel analizler yapılmasına olanak sağlamıştır. Çalışmanın Instagram gibi güncel ve yaygın kullanılan bir sosyal medya platformu üzerinden yürütülmesi, katılımcıların sosyal medya kullanım alışkanlıklarıyla uyumlu bir müdahale ortamı oluşturmuştur. Araştırmada kullanılan TSOY-32 ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmış olması, elde edilen bulguların Türkiye bağlamında yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır. Katılımcıların %84,6'sının müdahale sürecine devam ederek yüksek düzeyde katılım göstermesi, müdahale programının katılımcılar tarafından kabul edilebilirliğine ilişkin önemli bir kanıt sunmaktadır. Çalışmanın bazı metodolojik sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın en önemli sınırlılığı, kontrol grubu içermeyen tek grup ön test-son test tasarımının kullanılmasıdır. Bu tasarım, sağlık okuryazarlığı düzeyindeki değişimlerin yalnızca müdahaleye bağlı olduğunu kesin olarak söylemeyi güçleştirmektedir ve müdahale dışı faktörlerin etkisini tamamen dışlamayı zorlaştırmaktadır. Müdahale süresinin ve takip periyodunun uzun vadeli etkileri değerlendirmek için yeterli olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Örneklem seçiminde olası seçim yanlılığı da dikkat çekmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin Instagram kullanıcısı olması ve sağlık içeriklerine ilgi duyma potansiyeli taşıması, sonuçların genel popülasyona genellenebilirliğini sınırlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal medya tabanlı sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin, bireylerin sağlık bilgisine erişim biçimlerini dönüştürmesi bakımından halk sağlığı açısından giderek daha fazla önem kazandığına dikkat çekmek, sağlığa ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve davranışlar üzerindeki etkisine yönelik artan kanıtlar sunmak, üniversite öğrencileri üzerindeki etkilerini çok yönlü olarak incelemek ve bu bağlamda sağlık bilgisi, tutum ve davranışlar açısından meydana gelen değişimlerin değerlendirildiği bu araştırmada şu sonuçlara erişilmiştir:

- Çalışmaya katılanların müdahale sonrası TSOY-32 ölçek puan ortalamasının arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılanların müdahale sonrası TSOY-32 Tedavi ve Hizmet alt boyutu puan ortalamasının arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılanların müdahale sonrası TSOY-32 Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puan ortalamasının arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılanların müdahale sonrası yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı yüzdelerinin azaldığı, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı yüzdelerinin arttığı görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığının toplumsal düzeyde geliştirilmesi, günümüzde halk sağlığının kritik önceliklerinden biri haline gelmiştir. Dijital teknolojilerin hızla yaygınlaşması ve sosyal medya platformlarının günlük yaşamın merkezi bir konumuna yerleşmesi, sağlık bilgilerinin erişilebilirliği ve etkili iletimi açısından benzersiz fırsatlar yaratmıştır. Sosyal medya tabanlı sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin başarılı olabilmesi için teknolojik altyapı, hedef kitle, kültürel duyarlılık, görsel iletişim tasarımı ve katılımcı yaklaşımların kanıt temelli bir çerçeve içinde bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sosyal medya platformlarının stratejik kullanımına yönelik kanıt temelli bu çerçeve doğrultusunda çalışmamızın önerileri aşağıda sıralanmıştır:

- Üniversitelerde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında sağlık okuryazarlığı dersleri müfredata entegre edilebilir.
- Üniversitelerde dijital sağlık okuryazarlığı programları müfredata entegre edilebilir; dijital platformlarda güvenilir sağlık bilgisine erişim ve bilgi kirliliğini ayırt etme becerilerini geliştirmeye yönelik kapsamlı eğitimler düzenlenebilir. Bu yeterlilik, geleceğin sağlık profesyonelleri için temel bir gereklilik olarak değerlendirilebilir.
- Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik olarak; sağlık bilimleri, sosyal bilimler, iletişim, mühendislik ve bilişim alanlarında eğitim veren akademik birimler arasında stratejik iş birlikleri kurulabilir ve bu yolla etkili, sürdürülebilir eğitim modelleri oluşturulabilir.
- Sağlık alanında eğitim gören öğrenciler için sosyal medya platformlarında etkili sağlık iletişimi kurabilmelerine yönelik özel eğitim programları oluşturulabilir. Ayrıca, üniversitelerin kurumsal sosyal medya kanalları üzerinden sağlık bilgisini yaygınlaştırmaya yönelik kapsamlı iletişim stratejileri geliştirilebilir.
- Üniversiteler, öğrencilerin dijital sağlık okuryazarlığı elçileri olarak görev aldığı yapılandırılmış programlar geliştirebilir. Bu öğrenciler, öğretim elemanlarının rehberliğinde akranlarına yönelik içerikler hazırlayarak sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılmasına katkı sağlayabilir.
- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yanı sıra, farklı fakültelerdeki üniversite öğrencileri ile diğer eğitim seviyelerinde ve demografik özelliklerdeki gruplarla benzer çalışmalar yürütülebilir. Ayrıca, belirli sağlık sorunları ya da hedef gruplar için kapalı sosyal medya toplulukları oluşturularak, kişiselleştirilmiş dijital sağlık eğitimi müdahaleleri sunulabilir.

- Sağlık okuryazarlığı programları için kullanılacak platformların özelliklerine uygun çoklu medya stratejileri uygulanabilir. Farklı dijital platformların kendine özgü yapıları, müdahale programlarına etkili şekilde entegre edilebilir.
- Sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin geliştirilmesinde toplum temelli katılımcı yaklaşımlar ve kullanıcı merkezli tasarım ilkeleri benimsenebilir. Görsel içerik geliştirme süreçlerinde hedef kitleyle birlikte ortak tasarım yapılabilir; kullanıcı merkezli bir yaklaşıml izlenebilir. Görsel iletişim uzmanlarıyla iş birliği kurularak, infografik ve kısa videolar sosyal medya platformlarında maksimum etkileşim sağlayacak şekilde optimize edilebilir.
- Sağlık okuryazarlığı müdahale programlarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla uzun vadeli ölçümler yapılabilir. Müdahale sonrası programların etkisini izlemek üzere 6–12 aylık takip çalışmaları planlanabilir.
- Müdahale programlarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir lkler ile davranışsal göstergeler birlikte kullanılabilir. TSOY-32 gibi standart sağlık okuryazarlığı lklerinin yanı sıra, davranış değişimlerini yansıtan göstergeler de izlenebilir.
- Kısa süreli sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin etkisinin kalıcılığını sağlamak için uzun vadeli ve sürdürülebilir programlar geliştirilebilir. Öğrencilerin sağlıkla ilgili karar alma, bilgiye ulaşma ve uygulama becerilerini destekleyecek kalıcı programlar yapılandırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
3. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159–173. doi:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
4. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. In: Özkan S, editor. *Sağlık Okuryazarlığı*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 16–21.
5. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Ueters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013;13:179. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-179>
6. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action*. 2015;8:29842. doi:10.3402/gha.v8.29842
7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
8. Özkan S, Uğraş Dikmen A, Baran Aksakal FN, Çalışkan D, Tüzün H, Taşçı Ö, et al. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. In: Özkan S, editor. *Ankara: Özyurt Matbaacılık*; 2018.
9. Zarcadoolas C. The simplicity complex: exploring simplified health messages in a complex world. *Health Promot Int*. 2011;26(3):338-50. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq075>

10. Li X, Liu Q. Social media use, eHealth literacy, disease knowledge, and preventive behaviors in the COVID-19 pandemic: Cross-sectional study on Chinese netizens. *J Med Internet Res*. 2020;22(10):e19684. doi:10.2196/19684
11. World Health Organization. Health literacy: The solid facts. Kickbusch R, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A, editors. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
12. Okan O, Messer M, Levin-Zamir D, Paakkari L, Sørensen K. Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health Promot Int*. 2023;38(4):daab197.
13. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: A concept analysis. *BMC Public Health*. 2013;13:150. doi:10.1186/1471-2458-13-150
14. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*. 2015;15:215.
15. Baur C. New directions in research on public health and health literacy. *J Health Commun*. 2010;15(2):42–50.
16. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285–96. doi:10.1093/heapro/dap014
17. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, et al. Updating health literacy for Healthy People 2030: defining its importance for a new decade in public health. *J Public Health Manag Pract*. 2021;27(S6):S258–64.
18. Batista MJ, Lawrence HP, de Sousa MDR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*. 2018;18:60.
19. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9714–25.
20. Zhou J, Fan T. Understanding the factors influencing patient e-health literacy in online health communities (OHCs): A social cognitive theory perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2455.
21. Abel T, Benkert R. Critical health literacy: Reflection and action for health. *Health Promot Int*. 2022;37(4):daac114. doi:10.1093/heapro/daac114

22. Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promot Int.* 2011;26(1):4–13.
23. Abel T, McQueen D. Critical health literacy in pandemics: The special case of COVID-19. *Health Promot Int.* 2021;36(5):1473–81. doi:10.1093/heapro/daaa040
24. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S, Abel T. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int.* 2018;33(3):378–89. doi:10.1093/heapro/daw084
25. Mansfield R, Patalay P, Humphrey N. A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: Current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health.* 2020;20:1569.
26. Kor PPK, Leung AYM, Parial LL, Wong EML, Dadaczynski K, Okan O, et al. Are people with chronic diseases satisfied with the online health information related to COVID-19 during the pandemic? *J Nurs Scholarsh.* 2021;53(1):75–86.
27. Yilmazel G, Çetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Corum, Turkey. *East Mediterr Health J.* 2015;21(8):598-605.
28. Santos P, Sá L, Couto L, Hespanhol A. Sources of information in health education: A cross-sectional study in Portuguese university students. *Australas Med J.* 2018;11(6):352–60. doi:10.21767/AMJ.2018.3435
29. Amoah PA. Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM Popul Health.* 2018;4:263–70.
30. Atehortua NA, Patino S. COVID-19, a tale of two pandemics: Novel coronavirus and fake news messaging. *Health Promot Int.* 2021;36(2):524–34.
31. Gibney S, Doyle G. Self-rated health literacy is associated with exercise frequency among adults aged 50+ in Ireland. *Eur J Public Health.* 2017;27(4):755–61.
32. Tüzün H, Özkan S, Dikmen AU, Aksakal NB, Çalışkan D, Taşçı Ö, et al. 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.* 2023;38(4):986–98.

33. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
34. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 2015;15:505. doi:10.1186/s12889-015-1835-x
35. Cadeddu C, Regazzi L, Bonaccorsi G, Rosano A, Unim B, Griebler R, et al. The determinants of vaccine literacy in the Italian population: Results from the Health Literacy Survey 2019. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4429.
36. Islam FMA, Kawasaki R, Finger RP. Factors associated with participation in a diabetic retinopathy screening program in a rural district in Bangladesh. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;144:111–7.
37. Matsumoto M, Nakayama K. Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health*. 2017;17:30.
38. Stassen G, Grieben C, Hottenrott N, Rudolf K, Fröböse I, Schaller A. Associations between health-related skills and young adults' work ability within a structural health literacy model. *Health Promot Int*. 2021;36(4):1072–83.
39. Ogunsanya ME, Brown CM, Odedina FT, Barner JC, Corbell B, Adedipe TB. Beliefs regarding prostate cancer screening among Black males aged 18 to 40 years. *Am J Mens Health*. 2017;11(1):41–53.
40. Eslami V, Sany SBT, Tehrani H, Ghavami V, Peyman N. Examining health literacy and self-efficacy levels and their association with preventive behaviors of urinary tract infection in Iranian pregnant women: A cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2023;23:258.
41. Sany SBT, Doosti H, Mahdizadeh M, Orooji A, Peyman N. The health literacy status and its role in interventions in Iran: a systematic and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4260.

42. Lane H, Porter KJ, Hecht E, Harris P, Kraak V, Zoellner J. Kids SIPsmartER: A feasibility study to reduce sugar-sweetened beverage consumption among middle school youth in Central Appalachia. *Am J Health Promot.* 2018;32(6):1386–401.
43. Armitage CJ. Is there utility in the transtheoretical model? *Br J Health Psychol.* 2009;14(2):195–210.
44. Alias SB, Nadal RM, Moral I, Fígols MR, Luque XR, Coll-Planas L. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. *BMC Public Health.* 2021;21(1):84. doi:10.1186/s12889-020-10103-2
45. Bröder J, Chang P, Kickbusch I, Levin-Zamir D, McElhinney E, Nutbeam D, et al. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot.* 2018;25(4):79–88. doi:10.1177/1757975918814421
46. Sørensen K, Okan O, Kondilis B, Levin-Zamir D. Rebranding social distancing to physical distancing: Calling for a change in the health promotion vocabulary to enhance clear communication during a pandemic. *Glob Health Promot.* 2021;28(1):5–14. doi:10.1177/1757975920986126
47. Maindal HT, Aagaard-Hansen J. Health literacy meets the life-course perspective: Towards a conceptual framework. *Glob Health Action.* 2020;13(1):1775063. doi:10.1080/16549716.2020.1775063
48. Rowsell A, Muller I, Murray E, Little P, Byrne CD, Ganahl K, et al. Views of people with high and low levels of health literacy about a digital intervention to promote physical activity for diabetes: a qualitative study in five countries. *J Med Internet Res.* 2015;17(10):e230. doi:10.2196/jmir.4999
49. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, et al. Health literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(7):4225. doi:10.3390/ijerph19074225

50. Sun X, Lv K, Wang F, Ge P, Niu Y, Yu W, et al. Validity and reliability of the Chinese version of the Health Literacy Scale Short-Form in the Chinese population. *BMC Public Health*. 2023;23(1):385. doi:10.1186/s12889-023-15237-2
51. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658.
52. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27
53. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, Kiraz DE, Gursoy Turan S, Saruhan G, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *Health Promot Int*. 2019;34(4):658–67. doi:10.1093/heapro/day033
54. Okyay P, Abacıgil F. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi. In: Özkan S, editor. *Sağlık Okuryazarlığı*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 10–15.
55. De Jesus M, Xiao C. Predicting Internet use as a source of health information: A "language divide" among the Hispanic population in the United States. *Policy Internet*. 2012;4(2). doi:10.1515/1944-2866.1178
56. Furstrand D, Pihl A, Orbe EB, Kingod N, Søndergaard J. "Ask a Doctor About Coronavirus": How physicians on social media can provide valid health information during a pandemic. *J Med Internet Res*. 2021;23(4):e24586. doi:10.2196/24586
57. Hange N, Agoli A, Pormento MKL, Sharma A, Somagutta MR, Paikkattil N, et al. Impact of COVID-19 response on public health literacy and communication. *Health Promot Perspect*. 2022;12(1):1–9. doi:10.34172/hpp.2022.01
58. Zenone MA, Cianfrone M, Sharma R, Majid S, Rakhra J, Cruz K, et al. Supporting youth 12-24 during the COVID-19 pandemic: how Foundry is mobilizing to provide information, resources and hope across the province of British Columbia. *Glob Health Promot*. 2021;28(1):51-9. <https://doi.org/10.1177/1757975920984196>
59. Hui A, Wong PWC, Fu KW. Evaluation of an online campaign for promoting help-seeking attitudes for depression using a Facebook advertisement: An online randomized controlled experiment. *JMIR Ment Health*. 2015;2(1):e5. doi:10.2196/mental.3649

60. Levin-Zamir D, Sorensen K, Su TT, Sentell T, Rowlands G, Messer M, et al. Health promotion preparedness for health crises – a 'must' or 'nice to have'? Case studies and global lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Glob Health Promot.* 2021;28(2):27–37. doi:10.1177/1757975921998639
61. Tobias G, Spanier AB. Developing a mobile app (iGAM) to promote gingival health by professional monitoring of dental selfies: User-centered design approach. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(8):e19433.
62. Greuel M, Sy F, Baernighausen T, Adam M, Vandormael A, Gates J, et al. Community health worker use of smart devices for health promotion: scoping review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2023;11(1):e42023.
63. Thonon F, Perrot S, Yergolkar AV, Rousset-Torrente O, Griffith JW, Chassany O, et al. Electronic tools to bridge the language gap in health care for people who have migrated: Systematic review. *J Med Internet Res.* 2021;23(5):e25131.
64. Dhanani LY, Franz B. The role of news consumption and trust in public health leadership in shaping COVID-19 knowledge and prejudice. *Front Psychol.* 2020;11:560828.
65. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One.* 2018;13(5):e0197102.
66. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry.* 2010;55(7):440–8.
67. Paasche-Orlow MK, Rieker KA, Bilderback A, Chanmugam A, Hill P, Rand CS, et al. Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;172(8):980–6.
68. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide. *J Med Internet Res.* 2016;18(10):e264.
69. Ernsting C, Dombrowski SU, Oedekoven M, O'Sullivan JL, Kanzler M, Kuhlmeier A, et al. Using smartphones and health apps to change and manage health behaviors: A population-based survey. *J Med Internet Res.* 2017;19(4):e101.

70. Chen XW, Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, et al. Health literacy and use and trust in health information. *J Health Commun.* 2018;23(8):724–34.
71. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2015;15:678.
72. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5503.
73. van der Vaart R, van Deursen AJAM, Drossaert CHC, Taal E, van Dijk JAMG, van de Laar MAFJ. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J Med Internet Res.* 2011;13(4):e86.
74. Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, Adler NE, Nguyen R, López A, et al. The literacy divide: health literacy and the use of an Internet-based patient portal in an integrated health system—results from the diabetes study of Northern California (DISTANCE). *J Health Commun.* 2010;15(2):183–96.
75. Tennant B, Stellefson M, Dodd V, Chaney B, Chaney D, Paige S, et al. eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *J Med Internet Res.* 2015;17(3):e70. doi:10.2196/jmir.3992
76. Bol N, Helberger N, Weert JCM. Differences in mobile health app use: A source of new digital inequalities? *Inf Soc.* 2018;34(3):183–93. doi:10.1080/01972243.2018.1438550
77. Nguyen HT, Do BN, Pham KM, Kim GB, Dam HTB, Nguyen TT, et al. Fear of COVID-19 scale—associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4164.
78. White F. The imperative of public health education: a global perspective. *Med Princ Pract.* 2013;22(6):515-29.

79. Saan H, Wise M. Enable, mediate, advocate. *Health Promot Int.* 2011;26(2):ii187–93.
80. Paakkari L, George S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health.* 2018;18:326.
81. Bollars C, Sorensen K, de Vries N, Meertens R. Exploring health literacy in relation to noncommunicable diseases in Samoa: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1151.
82. Trezona A, Dodson S, Mech P, Osborne RH. Development and testing of a framework for analysing health literacy in public policy documents. *Glob Health Promot.* 2018;25(4):24–33.
83. Alaşık O, Aycan S. Sağlık okuryazarlığını geliştiren sağlık politikaları. In: Özkan S, editor. *Sağlık Okuryazarlığı*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 6–7.
84. Haidar A, Khoei A, Alex SE, Blick C, Lopez E, Wendt S, et al. Community-academic partnerships to promote health literacy and address social needs among low-income families during COVID-19. *J Nutr Educ Behav.* 2021;53(1):75–8.
85. Power R, Ussher JM, Hawkey A, Missiakos O, Perz J, Ogunsiyi O, et al. Co-designed, culturally tailored cervical screening education with migrant and refugee women in Australia: A feasibility study. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):353.
86. Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promot Int.* 2017;32(1):130–8. doi:10.1093/heapro/dav093
87. Clark N. Exploring community capacity: Karen refugee women's mental health. *Int J Hum Rights Health Care.* 2018;11(4):244–56.
88. Lohr AM, Tapia JPR, Valdez ES, Hassett LC, Gubrium AC, Fiddian-Green A, et al. The use of digital stories as a health promotion intervention: A scoping review. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1180.
89. Im H, Swan LET. Qualitative exploration of critical health literacy among Afghan and Congolese refugees resettled in the USA. *Health Educ J.* 2019;78(1):38–50.

90. Dadaczynski K, Okan O, Messer M, Leung AYM, Rosário R, Darlington E, et al. Digital health literacy and web-based information-seeking behaviors of university students in Germany during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e24097. doi:10.2196/24097
91. Rosário R, Martins MRO, Augusto C, Silva MJ, Martins S, Duarte A, et al. Associations between COVID-19-related digital health literacy and online information-seeking behavior among Portuguese university students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8987.
92. Mendoza-Herrera K, Valero-Morales I, Ocampo-Granados ME, Reyes-Morales H, Arce-Amaré F, Barquera S. An overview of social media use in the field of public health nutrition: Benefits, scope, limitations, and a Latin American experience. *Prev Chronic Dis*. 2020;17:200047.
93. Al Omar M, Hasan S, Palaian S, Mahameed S. The impact of a self-management educational program coordinated through WhatsApp on diabetes control. *Pharm Pract (Granada)*. 2020;18(2):1841. doi:10.18549/PharmPract.2020.2.1841
94. Scherer LD, McPhetres J, Pennycook G, Kempe A, Allen LA, Knoepke CE, et al. Who is susceptible to online health misinformation? A test of four psychosocial hypotheses. *Health Psychol*. 2021;40(4):274–84.
95. Kim HK, Tandoc EC. Consequences of online misinformation on COVID-19: Two potential pathways and disparity by eHealth literacy. *Front Psychol*. 2022;13:783909.
96. Tse CKW, Bridges SM, Srinivasan DP, Cheng BSS. Social media in adolescent health literacy education: A pilot study. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(1):e18.
97. Gibbons MC, Fleisher L, Slamon RE, Bass S, Kandadai V, Beck JR. Exploring the potential of Web 2.0 to address health disparities. *J Health Commun*. 2011;16 Suppl 1:77–89.
98. Strekalova YA, Krieger JL. A picture really is worth a thousand words: Public engagement with the National Cancer Institute on social media. *J Cancer Educ*. 2017;32(1):155–7. doi:10.1007/s13187-015-0901-5

99. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: New updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum Vaccin Immunother.* 2020;16(11):2586–93.
100. Paakkari L, Tynjälä J, Lahti H, Ojala K, Lyyra N. Problematic social media use and health among adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1885.
101. Moscadelli A, Albora G, Biamonte MA, Giorgetti D, Innocenzio M, Paoli S, et al. Fake news and Covid-19 in Italy: Results of a quantitative observational study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(16):5850.
102. Robinson M, Robertson S. Young men's health promotion and new information communication technologies: Illuminating the issues and research agendas. *Health Promot Int.* 2010;25(3):363–70.
103. Kim S, Oh J. The relationship between e-health literacy and health-promoting behaviors in nursing students: A multiple mediation model. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(11):5804.
104. Leong CM, Lee T, Chien YM, Kuo LN, Kuo YF, Chen HY. Social media-delivered patient education to enhance self-management and attitudes of patients with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2022;24(3):e31449. doi:10.2196/31449
105. Niu ZM, Willoughby J, Zhou RT. Associations of health literacy, social media use, and self-efficacy with health information-seeking intentions among social media users in China: Cross-sectional survey. *J Med Internet Res.* 2021;23(2):e19134.
106. Stellefson ML, Shuster JJ, Chaney BH, Paige SR, Alber JM, Chaney JD, et al. Web-based health information seeking and eHealth literacy among patients living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Health Commun.* 2018;33(12):1410–24.
107. Vrdelja M, Vrbovsek S, Klopčič V, Dadaczynski K, Okan O. Facing the growing COVID-19 infodemic: Digital health literacy and information-seeking behaviour of university students in Slovenia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(16):8507.

108. Bak CK, Krammer JO, Dadaczynski K, Orkan O, von Seelen J, Prinds C, et al. Digital health literacy and information-seeking behavior among university college students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study from Denmark. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3676.
109. Taba M, Allen TB, Caldwell PHY, Skinner SR, Kang M, McCaffery K, et al. Adolescents' self-efficacy and digital health literacy: A cross-sectional mixed methods study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1223.
110. Li W, Han LQ, Guo YJ, Sun J. Using WeChat official accounts to improve malaria health literacy among Chinese expatriates in Niger: An intervention study. *Malar J*. 2016;15:567. doi:10.1186/s12936-016-1621-y
111. Drenkard C, Fuentes-Silva Y, Seguro LPC, dos Reis-Neto ET, Ibañez S, Elera-Fitzcarrald C, et al. Let's talk about lupus. Overview of an innovative, high-reach, online program to fill the education gaps of Latin Americans living with lupus. *J Clin Rheumatol*. 2022;28(2):E368–74.
112. Di Sotto S, Viviani M. Health misinformation detection in the social web: An overview and a data science approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2173.
113. Hung M, Conrad J, Hon SD, Cheng C, Franklin JD, Tang P. Uncovering patterns of technology use in consumer health informatics. *Wiley Interdiscip Rev Comput Stat*. 2013;5(6):432–47.
114. De Gani SM, Berger FMP, Guggiari E, Jaks R. Relation of corona-specific health literacy to use of and trust in information sources during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2022;22(1):42.
115. Pretorius C, Chambers D, Cowan B, Coyle D. Young people seeking help online for mental health: Cross-sectional survey study. *JMIR Ment Health*. 2019;6(8):e13524.
116. Moon Z, Zuchowski M, Moss-Morris R, Hunter MS, Norton S, Hughes LD. Disparities in access to mobile devices and e-health literacy among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2022;30(1):117–26.
117. Kumar D, Hemmige V, Kallen MA, Giordano TP, Arya M. Mobile phones may not bridge the digital divide: A look at mobile phone literacy in an underserved patient population. *Cureus*. 2019;11(2):e4104.

118. Khoong EC, Rivadeneira NA, Hiatt RA, Sarkar U. The use of technology for communicating with clinicians or seeking health information in a multilingual urban cohort: Cross-sectional survey. *J Med Internet Res.* 2020;22(4):e16951.
119. Mindu T, Mutero IT, Ngcobo WB, Musesengwa R, Chimbari MJ. Digital mental health interventions for young people in rural South Africa: Prospects and challenges for implementation. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):1453. doi:10.3390/ijerph20021453
120. Biancovilli P, Makszin L, Jurberg C. Misinformation on social networks during the novel coronavirus pandemic: A quali-quantitative case study of Brazil. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1200.
121. Pickles K, Cvejic E, Nickel B, Copp T, Bonner C, Leask J, et al. COVID-19 misinformation trends in Australia: Prospective longitudinal national survey. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e23805.
122. Tan M, Straughan PT, Cheong G. Information trust and COVID-19 vaccine hesitancy amongst middle-aged and older adults in Singapore: A latent class analysis approach. *Soc Sci Med.* 2022;296:114767.
123. Benis A, Khodos A, Ran S, Levner E, Ashkenazi S. Social media engagement and influenza vaccination during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *J Med Internet Res.* 2021;23(3):e25977.
124. Ratzan SC, Sommariva S, Rauh L. Enhancing global health communication during a crisis: Lessons from the COVID-19 pandemic. *Public Health Res Pract.* 2020;30(2):e3022010.
125. Wangdahl JM, Dahlberg K, Jaensson M, Nilsson U. Psychometric validation of Swedish and Arabic versions of two health literacy questionnaires, eHEALS and HLS-EU-Q16, for use in a Swedish context: A study protocol. *BMJ Open.* 2019;9(9):e029668.
126. Baumann E, Czerwinski F, Reifegerste D. Gender-specific determinants and patterns of online health information seeking: Results from a representative German health survey. *J Med Internet Res.* 2017;19(4):e92.

127. Robards F, Kang M, Steinbeck K, Hawke C, Jan S, Sanci L, et al. Health care equity and access for marginalised young people: A longitudinal qualitative study exploring health system navigation in Australia. *Int J Equity Health*. 2019;18:41.
128. Smith JA, Merlino A, Christie B, Adams M, Bonson J, Osborne R, et al. “Dudes are meant to be tough as nails”: The complex nexus between masculinities, culture and health literacy from the perspective of young Aboriginal and Torres Strait Islander males – implications for policy and practice. *Am J Mens Health*. 2020;14(3):1557988320936121.
129. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020;20(1):565.
130. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*; 2014. Yayın No. 6, p. 42–7.
131. Dikmen AU, Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and determiners of health literacy in Turkey. *Eur J Public Health*. 2016;26(1).
132. Özkan S, Tüzün H, Dikmen AU, Aksakal NB, Çalışkan D, Taşçı Ö, Güneş SC. The relationship between health literacy level and media used as a source of health-related information. *HLRP Health Lit Res Pract*. 2021;5(2):e109–17.
133. Güven DY, Bulut H, Öztürk S. Examining the health literacy levels of health sciences faculty students. *J Hist Cult Art Res*. 2018;7(2):400–9. doi:10.7596/taksad.v7i2.1511
134. Uysal N, Ceylan E, Koç A. Health literacy level and influencing factors in university students. *Health Soc Care Community*. 2020;28(2):505-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12883>
135. Üstün G, Söylemez SL, Uçar N, Sancar M, Okuyan B. Assessment of the pharmacy students' e-health literacy and mobile health application utilization. *J Res Pharm*. 2020;24(1):23-9. <https://doi.org/10.35333/jrp.2020.125>
136. Cal A, Ünal N, Öztaş B, Ölçer Z, Öge G, Şanlıer N. Health literacy level of first-year university students: a foundation university study. *J Clin Pract Res*. 2022;44(2):216.

137. Kıran B, Karaca EG, Hassoy H. Health literacy among university students and associated factors: A cross-sectional survey among pharmacy students. *J Res Pharm.* 2022;26(4).
138. Ceylan D, Akan-Çelen FN, Özkan S, Aycan Z. Promoting adolescent health: health literacy, self-efficacy and internet use. *Turk J Pediatr.* 2022;64(1):110–21. doi:10.24953/turkjpmed.2021.1264
139. Altunbaş N, Altunbaş Ç. İki farklı lisede öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi: Tanımlayıcı bir çalışma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2022;31(5):360–70. doi:10.17942/sted.1086127
140. Aksoy S, Hisar KM. Konya'da 12. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık anksiyetesi düzeyleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2024;6(3):462–79. doi:10.5281/zenodo.10883583
141. Yılmaz D, Canbulat Şahiner N, Erçelik ZE. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Aşılarla İlişkin Tutumları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *Artuklu Int J Health Sci.* 2023;3(3):304-10. <https://doi.org/10.58252/artukluder.1292738>
142. Tekin YE, Tekin ŞB. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2024;33(2):136–45. doi:10.17942/sted.1383790
143. Sarı B, Yılmaz N. Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine bir araştırma. *Mersin Univ Tıp Fak Lokman Hekim Tıp Tarihi Folklorik Tıp Derg.* 2025;15(1):339–48. doi:10.31020/mutftd.1585305
144. Ceylantekin Y, Çevik H, Çoban S. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ile aşı tereddütü arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Bandırma Onyediy Eylül Univ Sağlık Bilim Araşt Derg.* 2025;7(1):10–9. doi:10.46413/boneyusbad.1439576
145. Durduran Y, Yücel M, Demir LS, Tekinalp A. Health literacy and associated factors in medical students. *Phoenix Med J.* 2024;6(2):56–62. doi:10.38175/phnx.1385674
146. Özkan S, Gershuni O, Şirin H, Özcebe LH, Estan JG, Üner S, et al. Development and integration of health literacy education with innovative methods in medical curricula across Europe. *SOYD.* 2023;4(2):62–8.

147. Okur E, Evcimen H, Yağcı Şentürk A. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2021;30(1):18–24. doi:10.17942/sted.629676
148. Soykan H, Şengül H. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg.* 2021;10(4):691–704. doi:10.37989/gumussagbil.905512
149. Yakut H, Bozdemir Özel C. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Egzersiz Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2023;32(3):177-88. <https://doi.org/10.17942/sted.1257678>
150. Korda H, Itani Z. Harnessing social media for health promotion and behavior change. *Health Promot Pract.* 2013;14(1):15–23. doi:10.1177/1524839911405850
151. Balatsoukas P, Kennedy CM, Buchan I, Powell J, Ainsworth J. The role of social network technologies in online health promotion: A narrative review of theoretical and empirical factors influencing intervention effectiveness. *J Med Internet Res.* 2015;17(6):e141. doi:10.2196/jmir.3662
152. Kanchan S, Gaidhane A. Social media role and its impact on public health: A narrative review. *Cureus.* 2023;15(1):e33737. doi:10.7759/cureus.33737
153. Devine T, Broderick J, Harris LM, Wu H, Hilfiker SW. Making quality health websites a national public health priority: Toward quality standards. *J Med Internet Res.* 2016;18(8):e211.
154. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res.* 2012;14(1):e19. doi:10.2196/jmir.1619
155. Jia X, Pang Y, Liu LS. Online health information seeking behavior: A systematic review. *Healthcare (Basel).* 2021;9(12):1740. doi:10.3390/healthcare9121740
156. Lim MS, Molenaar A, Brennan L, Reid M, McCaffrey T. Young adults' use of different social media platforms for health information: Insights from web-based conversations. *J Med Internet Res.* 2022;24(1):e23656.
157. Neiger BL, Thackeray R, Van Wagenen SA, Hanson CL, West JH, Barnes MD, et al. Use of social media in health promotion: purposes, key performance indicators, and evaluation metrics. *Health Promot Pract.* 2012;13(2):159–64.

158. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health*. 2004;94(3):361–6. doi:10.2105/ajph.94.3.361
159. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687.
160. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143–64. doi:10.1177/1090198104263660
161. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J Med Internet Res*. 2013;15(4):e1933.
162. Statista. Number of monthly active Instagram users worldwide from January 2013 to January 2024. Statista; 2024. Available from: <https://www.statista.com/statistics/253577/number-of-monthly-active-instagram-users/>
163. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149–60.
164. Otrar M, Argın FS. A scale development study to determine the attitude of students towards social media. *J Res Educ Teach*. 2015;4(1):391–403.
165. Coşkun S, Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gülhane Tıp Derg*. 2015;57(4):378–84.
166. Güler S. Halk sağlığı alanında infografik kullanımı üzerine bir eğitim müdahalesi çalışması [Uzmanlık tezi]. Hacettepe Üniversitesi; 2019.
167. Kong HK, Zainab F, Turner AM, Bekemeier B, Backonja U. Trends in and effectiveness of infographics for health communication: A scoping review. *Health Commun*. 2025;40(2):222–32.
168. Çalışkan D. Sağlık okuryazarlığında geliştirilmiş materyalleri kullanma ve yeni materyal geliştirme. In: Özkan S, editor. *Sağlık Okuryazarlığı*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 72–8.

169. Peng W, Crouse JC, Lin JH. Using active video games for physical activity promotion: A systematic review of the current state of research. *Health Educ Behav*. 2013;40(2):171–92.
170. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. USA: Pearson Education Limited; 2013.
171. Moreno MA, Goni N, Moreno PS, Diekema D. Ethics of social media research: Common concerns and practical considerations. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2013;16(9):708–13.
172. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Routledge; 1988. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
173. Çakır O, Bükecik N, Öztürk Günay S, Yeşilyaprak T. Health Literacy Levels of Vocational School of Health Services Students and Related Factors. *Fam Pract Palliat Care*. 2024;9(3):71-9.
174. Kazak A, Başaran F, Coşkun N, Karakullukçu S. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2021;10(3):273-83.
175. Tuygar, Ş. F., & Arslan, M. (2015). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2):59.
176. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *diclemedj*. 2017;44(1):1-12.
177. Akyol Güner T, Demir İ, Erdem S. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Medya Bağımlılığı ile Akademik Öz Yeterlik ve Yalnızlık Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *J Higher Edu Sci*. 2022;12(3):508-518.
178. Karakuş M, Tarhan A. Yükseköğretim öğrencilerinin sosyal medya kullanımları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki. *İletişim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2023;3(2):209-232.
179. Topal M, Avcı ŞK, İstanbullu A. Üniversite öğrencilerinin problemli sosyal medya kullanımının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*. 2024;53(244):2013-2044.

180. Meşe İ, Avcı E. Sosyal medya kullanım alışkanlıklarının akademik başarıyla ilişkisi: Çoklu görev ve odaklanma sorunu çerçevesinden çıkarımlar. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*. 2025;17(32):86-106. doi:10.38155/ksbd.1597958.
181. Göktaş P, Öztürk F. Üniversite öğrencilerinin internet bağımlılığı ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2022;13(36):1097-1116. doi:10.21076/vizyoner.1070004.
182. Öncü S, Erel Ö. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin İnternet ve Sosyal Medya Bağımlılığı. *TED*. 2024;23(70):49-60.
183. Bayazit T. Cumhuriyet Üniversitesi lisans öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *Institute of Health Sciences Journal*. 2019;4(3):34-47.
184. Orhan M, Sayar B, Biçer EB. Üniversite Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Karşılaştırılması: Sağlık Bilimleri Lisans ve Lisansüstü Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2020;2(3):141-57.
185. Gün M, Aslantekin F, Karadağ N. Tıp Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. *TJOB*. 2021;8(1):34-43.
186. Genç E, Genç T, Güneş G. Evaluation of the e-health literacy levels and related factors in vocational school of health services students. *Anadolu Klin*. 2024;29(1):44-53.
187. Ergün S. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Derg*. 2017;6(3):1–6.
188. Kaçkin Ö, Kılıç M, Ersin F. Hemşirelik öğrencilerinin özyeterlilik algıları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Harran Üniv Tıp Fak Derg*. 2023;20(2):256–64.
189. Akca A, Ayaz-Alkaya S. Effectiveness of health literacy-based motivational interviewing and health education on adolescents' nutrition and exercise behaviors in Türkiye: A randomized controlled trial. *Public Health*. 2024;237:316–21. doi:10.1016/j.puhe.2023.12.011

190. Yüksek BN, Ayaz-Alkaya S. Effectiveness of health literacy education on health literacy in early adolescence: A randomized controlled trial. *Public Health*. 2024;237:135-40.
191. Öztürk FÖ, Dogan E, Gedikaslan E, Yilmaz HY. The effect of structured health promotion education given to adolescents on health literacy and health-promoting behaviors. *J Pediatr Nurs*. 2023;73:e579–85.
192. Akca A, Ayaz-Alkaya S. Effectiveness of health literacy education for nursing students: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(5):e12981. doi:10.1111/ijn.12981
193. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The relationship between health literacy and health disparities: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145455. doi:10.1371/journal.pone.0145455
194. Levy H, Janke A. Health literacy and access to care. *J Health Commun*. 2016;21(Suppl 1):43–50. doi:10.1080/10810730.2015.1131776
195. Özdenk S, Demir G, Özcebe LH, Üner S. Bir üniversitenin 4. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2019;12(1):48–59. doi:10.26559/mersinsbd.412666
196. Hassen HM, Behera MR, Jena PK, Dewey RS, Disassa GA. Effectiveness and implementation outcome measures of mental health curriculum intervention using social media to improve the mental health literacy of adolescents. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:979–97. doi:10.2147/JMDH.S361212
197. Tay JL, Goh YSS, Sim K, Klainin-Yobas P. Impact of the HOPE intervention on mental health literacy, psychological well-being and stress levels amongst university undergraduates: A randomised controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9772. doi:10.3390/ijerph19159772

EK 1: Proje Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.08.2023-261343



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-85878037-604.01.02-261343
Konu :Serap Salimoğlu' Nun Proje Onayı

28.08.2023

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalmız Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Serap Salimoğlu'nun sorumluluğunda yürütülecek olan KA23/255 nolu "Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sosyal medya uygulamalarının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi- müdahale araştırması" başlıklı araştırma projesinin onayı ile ilgili Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan gelen yazı ekte tarafınıza sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-91694447-604.01.02-260920

Konu : Proje Onayı

24.08.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Anabilim Dalında görev yapmakta olan Doç. Dr. Sare Mihçioğlu'nun danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Serap Salimoğlu'nun sorumluluğunda yürütülecek olan KA23/255 nolu "Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sosyal medya uygulamalarının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi- müdahale araştırması" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 02/08/2023 tarih ve 23/121 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.
— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.
— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA23/255	23/121	02/08/2023

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Serap Salimoğlu tarafından yürütülecek olan KA23/255 nolu "Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sosyal medya uygulamalarının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi- müdahale araştırması" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bilimsel araştırma amaçlı bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sosyal Medya Uygulamalarının Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi-Müdahale Araştırması

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 209'dur.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 3 aydır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, sosyal medyanın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi ve sosyal medyanın sağlık okuryazarlığını geliştirmede bir araç olarak kullanılıp kullanılamayacağını belirlemeyi amaçlamaktadır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencisi olma
2. Yeni kayıt yaptırmış olma
3. 1.sınıf öğrencisi olma
4. Instagram hesabınızın olması

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde yüz yüze anket formu uygulanacaktır. Araştırmanın amacına uygun olarak Instagram’da kapalı bir grup oluşturulacaktır. Gruba davet edileceksiniz. Grupta günlük dijital içerikler paylaşılacaktır. Müdahale sonrası yüz yüze anket formu uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

1. Araştırma planına ve araştırmacının önerilerine uymalısınız.
2. Instagram grubunda zararlı ya da uygunsuz içerik vb. paylaşmamalısınız.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırma yalnızca bilimsel amaçlı olup sosyal medyanın sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi incelenecektir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir sorun beklenmemektedir.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu değildir.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırmacının adresi, e-posta ve telefonları:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi’dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmada, size herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Zararlı ya da uygunsuz içerik paylaşma vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

-

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size iletilecektir.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi _____ tarafından yürütülecek araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun araştırmacı ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAşTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAşTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ONAM ALMA İşİNE BAşINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUş GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK 3: Ön-Anket Formu

Değerli katılımcı;

Bu veri toplama aracı sosyal medya kullanımının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Bilgileriniz gizli tutulacaktır. Veri toplama aracını doldurma süresi yaklaşık olarak 20 dakikadır. Dilediğiniz zaman soruları yanıtlamaktan vazgeçebilirsiniz ve araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen size en uygun gelen seçenekleri işaretleyiniz. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla sorabilirsiniz.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı beyan ediyorum ve istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

☐ Onaylıyorum

1	Adı Soyadı (Okunaklı ve eksiksiz yazınız)	
2	E-posta Adresi (Okunaklı ve eksiksiz yazınız)	
3	Instagram Adresi (Okunaklı ve eksiksiz yazınız)	
4	Cinsiyet	1 ☐ Erkek 2 ☐ Kadın
5	Doğum Yılı	-----
6	Mezun Olunan Lise Tipi	1 ☐ Lise (Lise, Özel Lise, Anadolu Lisesi, Fen Lisesi) 2 ☐ Açık Öğretim Lisesi 3 ☐ İmam Hatip Lisesi 4 ☐ Ticaret Meslek Lisesi 5 ☐ Teknik Lise 6 ☐ Endüstri Meslek Lisesi 7 ☐ Kız Meslek Lisesi 8 ☐ Sağlık Meslek Lisesi 9 ☐ Diğer Meslek Liseleri
7	Program	1 ☐ Ağız ve Diş Sağlığı 2 ☐ Ameliyathane Hizmetleri 3 ☐ Anestezi

		☐ Diyaliz ☐ Fizyoterapi ☐ İlk ve Acil Yardım (I. Öğretim) ☐ İlk ve Acil Yardım (II. Öğretim) ☐ İş Sağlığı ve Güvenliği ☐ Patoloji Laboratuvar Teknikleri ☐ Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik ☐ Tıbbi Görüntüleme Teknikleri
8	Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
9	Aile Tipi	☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile (büyük baba, büyük anne, hala, teyze, dayı gibi akrabalar ile birlikte)
10	Babanın Eğitim Durumu	☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
11	Annenin Eğitim Durumu	☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
12	Ailenin Ekonomik Durumu	☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla
13	Kronik bir hastalığınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
14	Ailenizde kronik hastalığı olan biri var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
15	Sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?	☐ İyi ☐ Ne iyi ne kötü ☐ Kötü
16	Düzenli ve dengeli besleniyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
17	Egzersiz yapıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
18	Egzersiz sıklığınız nedir?	☐ Her gün ☐ Haftada birkaç gün ☐ Egzersiz yapmıyorum
19	Uykunuz yeterli ve kaliteli mi?	☐ Evet ☐ Hayır
20	Sigara kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
21	Alkol kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır

22	Son bir yılda daha sağlıklı olmak için neler yaptınız? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)	☐ Fiziksel aktivite/spor yaptım ☐ Beslenme alışkanlıklarımı değiştirdim ☐ Sigarayı azalttım/bıraktım ☐ Alkol almayı azalttım/bıraktım ☐ Stresten uzak kalmaya çalıştım ☐ Hastalığım nedeniyle doktor tarafından uygulanan tedaviyi aldım ☐ Hiçbir şey yapmadım ☐ Diğer, lütfen belirtiniz _____
23	En çok kullandığınız internete ulaşım yolunuz nedir? (Tek şık işaretleyiniz)	☐ Ev ağ bağlantısı ☐ Okul ağ bağlantısı ☐ Cep telefonu mobil veri
24	İnterneti ne için kullanıyorsunuz? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)	☐ Çevirim içi derse katılmak ☐ Ödev yapmak ☐ Haber, sağlık, magazin ☐ Eğlence ve oyun ☐ Sohbet ve sosyal iletişim ☐ İş nedeniyle kullanmak ☐ Diğer _____
25	İnterneti en çok ne için kullanıyorsunuz? (Tek şık işaretleyiniz)	☐ Çevirim içi derse katılmak ☐ Ödev yapmak ☐ Haber, sağlık, magazin ☐ Eğlence ve oyun ☐ Sohbet ve sosyal iletişim ☐ İş nedeniyle kullanmak ☐ Diğer _____
26	Günde kaç saat internet kullanıyorsunuz?	Günde _____ saat
27	Günde kaç saat sosyal medya kullanıyorsunuz?	Günde _____ saat
28	Günde kaç saat INSTAGRAM kullanıyorsunuz?	Günde _____ saat
29	Sosyal medyayı kaç yıldır kullanıyorsunuz?	_____ yıl
30	Hangi sosyal medya platformlarını kullanıyorsunuz? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)	☐ Facebook ☐ Instagram ☐ YouTube ☐ TikTok ☐ WhatsApp ☐ WeChat ☐ Telegram ☐ Twitter ☐ Diğer _____

31	Sosyal medya platformlarından hangisini en çok kullanıyorsunuz? (Tek şık işaretleyiniz)	☐ Facebook ☐ Instagram ☐ YouTube ☐ TikTok ☐ WhatsApp ☐ WeChat ☐ Telegram ☐ Twitter ☐ Diğer _____
32	Merak ettiğiniz bir sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız? (Tek şık işaretleyiniz)	☐ Televizyon ☐ Radyo ☐ Gazete, Dergi ☐ İnternet ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Eczacı ☐ Diğer sağlık çalışanları ☐ Çevremdeki kişiler ☐ Diğer _____
33	Son bir ayda internette kendi sağlığınız ile ilgili bir araştırma yaptınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır
34	Son bir ayda internette bir yakınınızın sağlığı ile ilgili bir araştırma yaptınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır
35	Son bir ayda internette sağlıkla ilgili kaç kez araştırma yaptınız? (Yapmadıysanız 0 yazınız)	_____ kez
36	Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?	☐ Doktora/ hastaneye giderim ☐ Evdeki ilaçları kullanırım ☐ Çevremdekilere danışırım ☐ Eczaneme danışırım ☐ Acile giderim ☐ Bir şey yapmam ☐ Diğer _____ –
37	Sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?	_____
38	Son bir yıl içinde kendiniz için kaç kez hastane polikliniğine sağlık hizmeti almak için başvurduunuz? (Başvurmadıysanız 0 yazınız)	_____ kez
39	Son bir yıl içinde kendiniz için kaç kez acil servise sağlık hizmeti almak için	_____ kez

	başvurdunuz?(Başvurmadıysanız 0 yazınız)	
40	Son bir yıl içinde kendiniz için kaç kez aile hekimine sağlık hizmeti almak için başvurdunuz? (Başvurmadıysanız 0 yazınız)	__ __ __ __ kez
41	Aile hekiminizin adını biliyor musunuz?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
42	Son bir yıl içinde diş hekimine gittiniz mi?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
43	Sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimlerin açıklamalarının tam olarak anlayamadığınızda hekiminize sorular sorabilir musunuz?	1 ☐ Evet daima 2 ☐ Çoğu zaman 3 ☐ Bazen 4 ☐ Nadiren 5 ☐ Hiçbir zaman

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/ kolay / zor /çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	()	()	()	()	()
3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	()	()	()	()	()
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma	()	()	()	()	()
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	()	()	()	()	()
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma	()	()	()	()	()

8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	()	()	()	()	()
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	()	()	()	()	()
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	()	()	()	()	()
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	()	()	()	()	()
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	()	()	()	()	()
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	()	()	()	()	()
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	()	()	()	()	()
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	()	()	()	()	()
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	()	()	()	()	()
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	()	()	()	()	()
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	()	()	()	()	()
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	()	()	()	()	()
22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	()	()	()	()	()
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	()	()	()	()	()
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	()	()	()	()	()
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	()	()	()	()	()

27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	()	()	()	()	()
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	()	()	()	()	()
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	()	()	()	()	()
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	()	()	()	()	()
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	()	()	()	()	()
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	()	()	()	()	()

Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Bu ankette E-Sağlık Okuryazarlığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Size en uygun seçeneği (X) ile işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
2. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
3. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
4. Sağlığım ile ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.	()	()	()	()	()
5. İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
6. İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.	()	()	()	()	()
7. İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim.	()	()	()	()	()
8. Sağlığım ile ilgili kararlarımda internette elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissedirim.	()	()	()	()	()
Sağlığınız hakkında karar vermeniz için, internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünüyorsunuz?	1 ☐ Hiç yararlı değil 2 ☐ Yararlı değil 3 ☐ Kararsızım 4 ☐ Yararlı 5 ☐ Çok yararlı				

İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	☐ Hiç önemli değil ☐ Önemli değil ☐ Kararsızım ☐ Önemli ☐ Çok önemli
--	---

Sosyal Medya Tutum Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içini (X) şeklinde işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Sosyal medya siteleri sayesinde arkadaşlarımla beni fark etmesini isterim.	()	()	()	()	()
2. Sosyal medya siteleri sayesinde yeni bir kişilik kazandığımı hissediyorum.	()	()	()	()	()
3. Sosyal medya sitelerinin beni arkadaşlarımdan uzaklaştırdığını düşünüyorum.	()	()	()	()	()
4. Sosyal medya sitelerinde gördüğüm paylaşımları arkadaşlarımla sohbet konusu yapmak hoşuma gidiyor.	()	()	()	()	()
5. Sosyal medya sitelerindeki içerikler hakkında yorum yapmak hoşuma gidiyor.	()	()	()	()	()
6. Sosyal medya sitelerinde yazı, video, müzik vb. paylaşımlarda bulunmaktan hoşlanıyorum.	()	()	()	()	()
7. Sosyal medya sitelerinin, beni ailemden kopardığını düşünüyorum.	()	()	()	()	()
8. Sosyal medya siteleri sayesinde yalnızlıktan kurtulduğumu düşünüyorum.	()	()	()	()	()
9. Sosyal medya sitelerinde öğretmenlerimi takip etmeyi seviyorum.	()	()	()	()	()
10. Öğretmenlerimin yazdıklarını takip etmesi hoşuma gidiyor.	()	()	()	()	()
11. Sosyal medya siteleri yüzünden aileme yeterince vakit ayıramıyorum.	()	()	()	()	()
12. Paylaşımlarımla arkadaşlarımla tarafından beğenilmesinden hoşlanıyorum.	()	()	()	()	()
13. Sosyal medya siteleri sayesinde ortak ilgi ve amaçlara sahip olduğum kişilere ulaşabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()	()
14. Sosyal medya siteleri yüzünden diğer sosyal aktivitelere yeterince vakit ayıramıyorum.	()	()	()	()	()

15. Sosyal medya sitelerinde zaman geçirmekten mutlu oluyorum.	()	()	()	()	()
16. Özel ilgi duyduğum arkadaşşıma sosyal medya siteleri aracılığşıyla duygularımı rahat ifade edebiliyorum.	()	()	()	()	()
17. Sosyal medya siteleri sayesinde düzenlenen etkinliklerden haberim olması hoşuma gidiyor.	()	()	()	()	()
18. Sosyal medya siteleri sayesinde daha fazla arkadaşşımanın olacağını düşünürüm.	()	()	()	()	()
19. Öğretmenlerimin sosyal medya sitelerinde beni takip etmesi kendimi değerli hissetmemi sağlıyor.	()	()	()	()	()
20. Sosyal medya siteleri sayesinde saygınlık ihtiyacımın karşılandığını düşünüyorum.	()	()	()	()	()
21. Arkadaşlarımanın paylaşımlarım hakkında yorum yapmaları beni mutlu ediyor.	()	()	()	()	()
22. Sosyal medya siteleri yüzünden derslerime yeterli özeni gösteremiyorum.	()	()	()	()	()
23. Sosyal medya siteleri yüzünden arkadaşlarıma yeterince vakit ayıramıyorum.	()	()	()	()	()

EK 4: Son-Anket Formu

Değerli katılımcı;

Bu veri toplama aracı sosyal medya kullanımının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Veri toplama aracını doldurma süresi yaklaşık olarak 20 dakikadır. Dilediğiniz zaman soruları yanıtlamaktan vazgeçebilirsiniz ve araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen size en uygun gelen seçenekleri işaretleyiniz. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla sorabilirsiniz.

Değerli katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı beyan ediyorum ve istediğim zaman araştırmadan ayrılabilirim biliyorum.

☐ Onaylıyorum

Adı Soyadı	
E-posta Adresi	
Instagram Adresi (Katılımcı çalışmadan ayrıldıysa o dönemdeki Instagram adresi)	
Çalışmadan kaçınıcı ayda ayrıldınız?	1 ☐ Ayrıldım 2 ☐ 1.ay 3 ☐ 2.ay 4 ☐ 3.ay
Çalışmadan neden ayrıldınız?	1 ☐ Ayrıldım 2 ☐ Instagram hesabımı kapattım 3 ☐ İçerikler ilgimi çekmiyordu, sıkıldım 4 ☐ Okuldan ayrıldım/ Yatay geçiş yaptım 5 ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz) -----
Cinsiyet	1 ☐ Erkek 2 ☐ Kadın
Doğum Tarihi	____ _ yılı
Program	1 ☐ Ağız ve Diş Sağlığı 2 ☐ Ameliyathane Hizmetleri 3 ☐ Anestezi 4 ☐ Diyaliz 5 ☐ Fizyoterapi 6 ☐ İlk ve Acil Yardım (I. Öğretim) 7 ☐ İlk ve Acil Yardım (II. Öğretim) 8 ☐ İş Sağlığı ve Güvenliği 9 ☐ Patoloji Laboratuvar Teknikleri 10 ☐ Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik

	11 ☐ Tıbbi Görüntüleme Teknikleri
Sosyal medya (Instagram) paylaşımları/içerikleri faydalı oldu mu?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır 3 ☐ Kısmen
Sosyal medya (Instagram) paylaşımları/hatırlatmalarından hangileri ilginizi çekti? (<u>Birden çok</u> sık işaretleyebilirsiniz)	1 ☐ İnfografikler (Bilgi notu ve grafik) 2 ☐ Kısa videolar 3 ☐ Soru cevap etkinliği
İçerikleri düzenli takip ettiniz mi?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
İçerikleri okudunuz mu?	1 ☐ Tümünü okudum 2 ☐ Kısmen okudum 3 ☐ Okumadım
Bu içerikler size hangi sağlık konularında farkındalık kazandırdı? (<u>Birden çok</u> sık işaretleyebilirsiniz)	1 ☐ Düzenli egzersiz 2 ☐ Dengeli beslenme 3 ☐ Kilo kontrolü/ obezite 4 ☐ Zararlı alışkanlıklardan kaçınma (sigara-alkol) 5 ☐ Yeterli uyku 6 ☐ Yeterli su içme 7 ☐ Rutin sağlık kontrolleri 8 ☐ Kişisel hijyen 9 ☐ Stres yönetimi 10 ☐ Diğer (lütfen belirtiniz) _____
Bu içeriklerin etkisiyle sağlık davranışlarınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
Son üç ayda daha sağlıklı olmak için neler yaptınız? (<u>Birden çok</u> sık işaretleyebilirsiniz)	1 ☐ Fiziksel aktivite/spor yaptım 2 ☐ Beslenme alışkanlıklarımı değiştirdim 3 ☐ Sigarayı azalttım/bıraktım 4 ☐ Alkol almayı azalttım/bıraktım 5 ☐ Stresten uzak kalmaya çalıştım 6 ☐ Uyku düzenimi değiştirdim 7 ☐ Hiçbir şey yapmadım 8 ☐ Diğer, lütfen belirtiniz _____
İçeriklerin daha etkili olması için ne tür değişiklikler önerirsiniz?	1 ☐ Görsel içeriğin artırılması 2 ☐ Daha kısa ve öz içerikler 3 ☐ İçeriklerin daha interaktif hale getirilmesi 4 ☐ Daha fazla bilimsel kaynak gösterilmesi 5 ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz) _____
Sağlık hakkında sosyal medya içerikleri paylaşıyor musunuz?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
Sağlık hakkında sosyal medya içeriklerinden hangi konular sizi daha fazla	1 ☐ Beslenme / diyet 2 ☐ Egzersiz / fiziksel aktivite

İlgilendiriyor? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)	☐ Mental sağlık ve stres yönetimi ☐ Cinsel sağlık ☐ Uyuşturucu ve bağımlılıkla mücadele ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz) _____
Kamu kurumları/egitim kurumları/sivil toplum kuruluşlarından sosyal medya hesabını takip ettikleriniz var mı?	☐ Var ☐ Yok
Hangi kurumların sosyal medya hesaplarını takip ediyorsunuz?	_____
Kamu kurumları/egitim kurumları/sivil toplum kuruluşlarının sağlık hakkında sosyal medya içerikleri paylaşmasının faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
Bu kurumların sağlık hakkında sosyal medya içerikleri paylaşmasını ne sıklıkta görmek istersiniz?	☐ Günlük ☐ Haftalık ☐ Ayda birkaç kez ☐ Ayda bir kez ☐ Nadiren
Bu kurumların sosyal medya hesaplarında sağlık içerikleri paylaşması sizin sağlık davranışlarınızı etkiler mi?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
Bu kurumların sosyal medya içeriklerini daha etkili olması için neler yapılabilir?	☐ Görsellerin ve videoların daha sık kullanılması ☐ İçeriğin interaktif hale getirilmesi (örneğin, anketler, quizler) ☐ Daha fazla hikaye anlatımı ve kişisel deneyim paylaşımı ☐ Daha sık ve düzenli içerik paylaşımı ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz) _____
Sosyal medyada (Instagram) gençleri bilgilendirmek ve farkındalığı artırmak için hangi tür etkinlikler yapılabilir? Lütfen belirtiniz.	_____

Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Bu ankette E-Sağlık Okuryazarlığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Size en uygun seçeneği (X) ile işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()

2. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
3. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
4. Sağlığım ile ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.	()	()	()	()	()
5. İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.	()	()	()	()	()
6. İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.	()	()	()	()	()
7. İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim.	()	()	()	()	()
8. Sağlığım ile ilgili kararlarımın internetten elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissedirim.	()	()	()	()	()
Sağlığınız hakkında karar vermeniz, internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünüyorsunuz?	1 ☐ Hiç yararlı değil 2 ☐ Yararlı değil 3 ☐ Kararsızım 4 ☐ Yararlı 5 ☐ Çok yararlı				
İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	1 ☐ Hiç önemli değil 2 ☐ Önemli değil 3 ☐ Kararsızım 4 ☐ Önemli 5 ☐ Çok önemli				

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/ kolay / zor /çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	()	()	()	()	()

3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	()	()	()	()	()
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma	()	()	()	()	()
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	()	()	()	()	()
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma	()	()	()	()	()
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	()	()	()	()	()
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	()	()	()	()	()
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	()	()	()	()	()
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	()	()	()	()	()
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	()	()	()	()	()
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	()	()	()	()	()
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	()	()	()	()	()
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	()	()	()	()	()
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	()	()	()	()	()
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	()	()	()	()	()
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	()	()	()	()	()
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	()	()	()	()	()

22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	()	()	()	()	()
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	()	()	()	()	()
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	()	()	()	()	()
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	()	()	()	()	()
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	()	()	()	()	()
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	()	()	()	()	()
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	()	()	()	()	()
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	()	()	()	()	()
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	()	()	()	()	()
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	()	()	()	()	()
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	()	()	()	()	()

EK 5: Ölçek Kullanım İzinleri

EK 6: TREND Kontrol Listesi

TREND Maddesi	Müdahale Açıklaması
1. Başlık ve Özet	Çalışmanın tasarımı, müdahale tipi ve hedef çıktılar başlık ve özette açıkça belirtilmiştir. Başlıkta 'ön test-son test', 'SCT temelli Instagram müdahalesi' gibi terimler kullanılmıştır.
2. Arka Plan ve Gerekçe	Sosyal medya temelli sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin artan önemi ve genç yetişkinlerin dijital davranışları açıklanmış, SCT'ye dayalı kuramsal çerçeve tanıtılmıştır.
3. Amaç ve Hipotez(ler)	Çalışmanın temel amacı, müdahale sonrası sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı artış sağlamaktır. Hipotez: TSOY-32 puanları müdahale sonrası artacaktır.
4. Katılımcılar	18–25 yaş arası üniversite öğrencileri. Dahil edilme: gönüllülük, Instagram erişimi. Dışlama: form eksikliği, platform dışı kalma.
5. Müdahale Ayrıntıları	12 hafta boyunca Instagram üzerinden infografik ve video içerikleri paylaşılmıştır. SCT kuramının temel bileşenleri uygulanmıştır.
6. Karşılaştırma Grubu	Bu çalışmada karşılaştırma grubu bulunmamaktadır; tek grup, ön test-son test tasarımı uygulanmıştır.
7. Sonuç Ölçütleri	Birincil çıktı TSOY-32 puanıdır. Veri toplama zamanları: müdahale öncesi (hafta 0) ve sonrası (hafta 12).
8. Örneklem Büyüklüğü	Güç analizi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü 209 katılımcı hesaplanmıştır.
9. Atama Yöntemi	Randomizasyon yapılmamıştır. Tüm katılımcılar aynı müdahaleye tabi tutulmuştur.
10. Körleme	Körleme yapılmamıştır; katılımcılar aktif içerik tüketicisi ve yorumlayıcısıdır.
11. İstatistiksel Analiz Yöntemi	Bağımlı gruplarda t-testi, Shapiro-Wilk normalite testi, Cohen's d hesaplamaları uygulanmıştır.

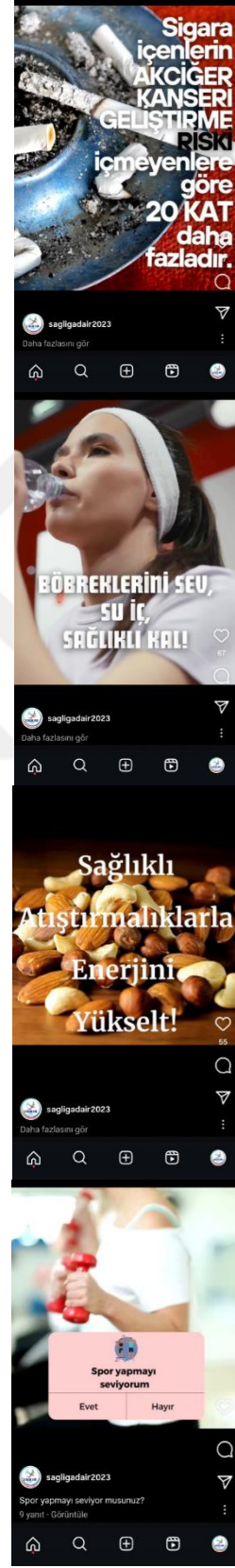
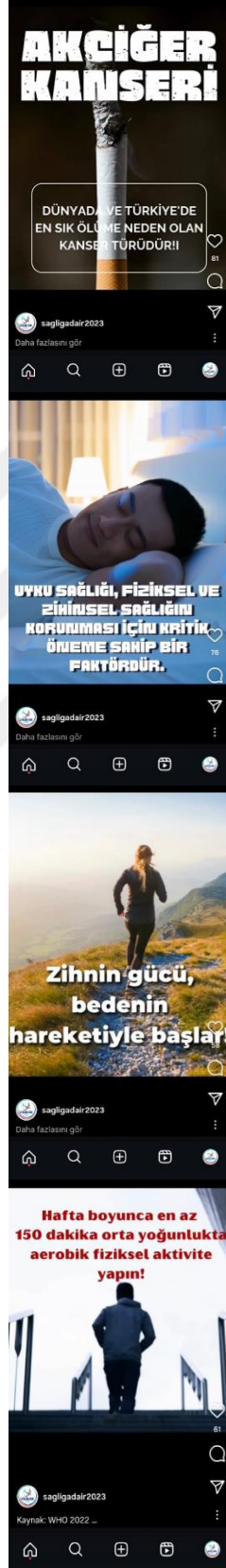
12. Katılımcı Akışı	293 katılım → 248 katılımcı tamamladı. Kayıp nedenleri raporlanmıştır.
13. Katılımcı Özellikleri	Cinsiyet, yaş, bölüm gibi temel demografik bilgiler özetlenmiş; başlangıç sağlık okuryazarlığı düzeyleri sunulmuştur.
14. Sonuçların Raporlanması	Ön test ve son test puanları, istatistiksel anlamlılık düzeyleri ve etki büyüklüğü ile birlikte sunulmuştur.
15. Advers Olaylar	Hiçbir olumsuz durum veya yan etki bildirilmemiştir. Tüm içerikler destekleyici dilde sunulmuştur.
16. Yorum	Sonuçlar mevcut literatürle karşılaştırılmış, SCT temelli dijital müdahalelerin etkisine dair tartışma yapılmıştır.
17. Genellenebilirlik	Katılımcıların Türkiye'deki üniversite öğrencileri olması genellenebilirliği sınırlandırmakla birlikte dijital müdahaleler için temsil gücü yüksektir.
18. İç Geçerliliğe Yönelik Tehditler	Randomizasyonun olmaması, öz bildirim ölçek kullanımı ve katılımcı motivasyonuna dayalı etkileşim düzeyi sınırlılıklar olarak sunulmuştur.
19. Katılımcı Bağlılığı	Katılımcı geri bildirimleri ile içerikler şekillendirilmiş, haftalık görevler ve etkileşim araçları ile bağlılık desteklenmiştir.
20. Çevresel Koşullar	Pandemi sonrası dönemde dijitalleşme artışı göz önünde bulundurulmuştur. Müdahale dijital ortamda yürütülmüştür.
21. Finansman	Çalışma, üniversitenin dahili fonları ile yürütülmüş; çıkar çatışması bildirilmemiştir.
22. Etik Onam	Aydınlatılmış dijital onam alınmış, veri güvenliği ve gizlilik ilkeleri uygulanmıştır. Etik kurul onayı sağlanmıştır.

EK 7: TIDieR Kontrol Listesi

TIDieR Maddesi	Müdahale Açıklaması
1. Name of the intervention (Müdahale Adı)	SCT Temelli Kapalı Instagram Grubu Müdahalesi
2. Why (Gerekçe)	Sosyal bilişsel kuramı temel alarak genç yetişkinlerin sağlık okuryazarlığını artırmak.
3. What materials (Kullanılan Materyaller)	10 saniyelik videolar, infografikler, motivasyon sloganları.
4. What procedures (Prosedürler)	Günlük gönderi paylaşımları, anketler, yorumla katılım.
5. Who provided (Uygulamacılar)	Tıp mezunu Halk Sağlığı Programı Doktora öğrencisi
6. How (Nasıl Uygulandı)	Kapalı Instagram grubunda asenkron gönderim.
7. Where (Nerede)	Çevrimiçi (Instagram uygulaması üzerinden).
8. When and how much (Ne Zaman ve Ne Sıklıkta)	Her gün bir gönderi; toplam 3 ay süreyle.
9. Tailoring (Özelleştirme)	Katılımcı geri bildirimlerine göre içerik ayarlamaları yapıldı.
10. Modifications (Değişiklikler)	Müdahale sürecinde içeriklerin kullanıcı taleplerine göre esnetilmesi.
11. How well (Gerçekleşme)	Gönderi görüntüleme ve katılım oranları izlenmiştir.
12. How well (plan) (Planlanan Gerçekleşme)	Haftalık içerik yayın planı oluşturulmuş, takip edilmiştir.

EK 8: Instagram’da Paylaşılan Kısa Videolar, Posterler ve İnfografikler

Kısa Videolar



Posterler



99



105



103



101



99



95



92



80



93



86



73



66

İnfoğrafikler

