

T.C.
GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RADYO-TELEVİZYON ve SİNEMA ANABİLİM DALI

SAĞLIK İLETİŞİMİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE'DEKİ 65 YAŞ VE
ÜSTÜ BİREYLERİ ANLAMAK: SAĞLIK VE YAŞLANMAYA İLİŞKİN
ALGI, TUTUM VE DAVRANIŞLAR ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

DOKTORA TEZİ

Yaşar ŞEKERCİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gaye Aşlı SANCAR DEMREN

EYLÜL 2024

T.C.
GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RADYO-TELEVİZYON ve SİNEMA ANABİLİM DALI

SAĞLIK İLETİŞİMİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE'DEKİ 65 YAŞ VE
ÜSTÜ BİREYLERİ ANLAMAK: SAĞLIK VE YAŞLANMAYA İLİŞKİN
ALGI, TUTUM VE DAVRANIŞLAR ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

DOKTORA TEZİ

Yaşar ŞEKERCİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gaye Aslı SANCAR DEMREN

EYLÜL 2024

ÖNSÖZ

“Zaman, mekân ve insanı ters yüz ettim...”

Hayatımdaki belirsizliklere karşı duyduğum korku ve merak, bu çalışmanın temel taşlarını oluşturdu. Gelecek üzerine kurduğum hayaller ve planların ölümle buluşmadan önceki yolculuğunu sık sık tahayyül ettim. Bu çalışmada, insanın biraz daha fazla yaşamış olmasının toplumsal rolü üzerindeki çarpıcı değişimini, çaresizliğini, hüznünü ve acısını derinden hissettim, gözlemledim ve paylaştım...

2013 yılından beri yollarımızın hiç ayrılmadığı, beni her zaman cesaretlendiren, rehberlik eden hocam, değerli danışmanım Doç. Dr. Gaye Aslı SANCAR DEMREN’a, sevgisini her daim hissettiğim, büyüğüm, değerli hocam Prof. Dr. Banu KARSAK’a sonsuz minnettarım. Bu akademik yolculukta, değerli bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, bu zorlu yolculukta destek olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. İnci ÇINARLI’ya Doç. Dr. Elgiz YILMAZ ALTUNTAŞ’a ve Dr. Sinan AŞÇI’ya derin bir saygı ve şükranla teşekkürlerimi sunuyorum. Tez Savunma Jürisi’ne dahil olmayı kabul ederek değerli katkılarını sunan, hayata bakışından çok şey öğrendiğim, yüksek lisans danışmanım kıymetli hocam Prof. Dr. Abdullah ÖZKAN’a çok teşekkür ederim. Yine manevi annem, değerli hocam Doç. Dr. Nebahat AKGÜN ÇOMAK’A sonsuz teşekkür ederim. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu da (TÜBİTAK) bu çalışmaya büyük destek olmuştur. 2211-A Yurt İçi Genel Doktora Burs Programı kapsamında sağladığı destekten dolayı TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı birimine teşekkür ederim.

Çocukluğuma dair ilk anılarımın sahibi Babaannem Nazire Şekerci’ye, değerli dostluğuyla güç katan Nurhayat Selçuk’a, tüm doktora sürecinde sadece bilgisi değil, arkadaşlığıyla da yanımda olan Doç. Dr. Emre Dünder’e, farklı perspektifiyle hayatımı zenginleştiren değerli hocam, arkadaşım Sandrine Roussel’e, yılların eskitemediği dostum Şeyma Özın’e, her daim yanımda olan canım arkadaşlarım Onurcan GÜDEN ve Betül AYDOĞAN’a, 5 yıllık ev arkadaşım kedim Haylaz’a hayatımda oldukları için müteşekkirim, iyi ki varsınız...

Eylül 2024
İstanbul,
Yaşar.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
RÉSUMÉ.....	xvii
ABSTRACT	xxii
ÖZET.....	xxvi
GİRİŞ	30
1. BÖLÜM BELİRSİZLİK ÇAĞINDA SAĞLIK, HASTALIK VE YAŞLILIK	35
1.1 Sağlık İletişiminde Sağlık ve Hastalık Kavramları.....	35
1.1.1 İnsan Hakkı Olarak Sağlık	36
1.2 Sağlık: Negatif ve Pozitif Tanımları	45
1.3 Sağlığın Boyutları	46
1.4 Sağlık Modelleri.....	48
1.4.1 Biyomedikal Model, Tıbbileştirme ve “Healthism”	49
1.4.2 Biyopsikososyal Model.....	51
1.5 1.5 Sağlık İletişimi ve Kapsamı	54
1.5.1 Sağlık İletişimi Boyutları	57
1.5.2 Sağlık İletişiminin Sağlığın Geliştirilmesindeki Rolü	59
1.5.3 Sağlığa İlişkin Risk İletişimi.....	62
1.6 Yaş, Yaşlanma Yaşlılık Kavramları.....	65
1.7 1.7 Tüm Yönleriyle Yaşlanma ve Yaşlılık: Gerontoloji Kavramı ve Kapsamı	68
1.8 1.8 Yaşlanma/Yaşlılık Teori ve Yaklaşımları.....	72
1.8.1 Aktivite/Etkinlik Kuramı (Activity Theory)	72
1.8.2 Yaşamdan Geri Çekilme/İlişki Kesme Teorisi (Disengagement Theory)	73
1.8.3 Modernleşme Teorisi (Modernization Theory).....	74
1.8.4 Süreklilik Kuramı (Continuity Theory)	76
1.8.5 Rol Kaybetme Kuramı (Rol Theory)	77
1.8.6 Yaşam Boyu Gelişim Teorisi (Life-Span Theory) ve Yaşam Seyri Yaklaşımı (Life-Course Approach).....	78
1.8.7 Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Diğer Kuramlar	80
1.9 Yaşlanma, Yaşlılık ve Sağlık Algılamaları.....	86
1.9.1 Öznel Yaşlanma ve Yaşlanmaya İlişkin Öz Algılama.....	87
1.9.2 Öznel Sağlık Durumu, Algılanan Sağlık ve Sağlık Algıları	90

1.10 Kavramdan Kanıt: Öznel Yaşlanma, Yaşlanma ve Sağlığa İlişkin Öz Algılama Araştırmaları.....	92
2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE YAŞLANMAK: YAŞLI YETİŞKİNLERDE BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ KULLANIMLARI, SAĞLIK ENFORMASYONU VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	97
2.1 Dünya Nüfusu ve 65 Yaş Üstü Bireyler.....	97
2.2 Yaşlanmanın Boyutları	102
2.2.2 Biyolojik ve Fizyolojik Yaşlanma	103
2.2.3 Psikolojik Yaşlanma.....	105
2.2.4 Sosyal ve Toplumsal Yaşlanma	106
2.3 Türkiye’de Toplumsal Yaşlanma ve Yaşlı Yetişkinler	109
2.3.1 Türkiye’de Yaşlanma Politikaları ve Sosyal Politika Yaklaşımları.....	112
2.3.2 Türkiye’de Yaşlı Yetişkinlerin Sorunları.....	120
2.4 Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Sağlık Eşitsizlikleri	124
2.4.1 Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri	127
2.4.2 Sağlık Hizmetlerine Erişimde Eşitsizlik	130
2.5 Sosyal Bir Belirleyici Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Kapsamı....	132
2.6 Yaşlıların Sağlık Enformasyon Arama Davranışları.....	137
2.7 Yaşlıların Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) Kullanımları ve Belirleyici Faktörler	139
3. YAŞLI YETİŞKİNLERDE ALGILANAN FAYDA, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK VE YAŞLANMA ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: YOL ANALİZİ ÇALIŞMASI	145
3.1 Araştırmanın Hipotezleri.....	146
3.2 Metodoloji	146
3.2.1 Evren ve Örneklem	146
3.2.2 Veri Toplama Tekniği ve Araçları	148
3.2.3 Araştırmanın Etik Boyutu	156
3.2.4 Veri Analiz Yöntemleri.....	156
3.3 Araştırmanın Bulguları	158
3.3.1 Katılımcıların Özellikleri	158
3.3.3 Algılanan Fayda, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık ve Yaşlanma Algılarına İlişkin Korelasyon Grafiği	162
3.3.4 Algılanan Fayda, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık ve Yaşlanma Algılarına İlişkin Yol Analizi Bulguları.....	163
3.3.5 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Yaşlanma Algıları Arasındaki İlişkiler	165
3.3.6 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Yaşlanma Algıları Arasındaki İlişkiler.....	166
3.3.7 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Sağlık Algıları Arasındaki İlişkiler	177
3.3.8. Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Sağlık Algıları Arasındaki İlişkiler	178

3.3.9 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Algılanan Fayda Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	186
3.3.10 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Algılanan Fayda Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	187
3.3.11 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	190
3.4 Tartışma	193
4. YAŞLILARIN SAĞLIK ENFORMASYON ARAYIŞLARI KAPSAMINDA İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ KULLANIM PRATİKLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA	207
4.1 Araştırmanın Hipotezleri.....	209
4.2 Metodoloji.....	209
4.2.1 Evren ve Örneklem	210
4.2.2 Veri Toplama Tekniği ve Araçları	210
4.2.3 Araştırmanın Etik Boyutu	211
4.2.4 Veri Analiz Yöntemleri.....	211
4.3 Araştırmanın Bulguları	212
4.3.1 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Kullanım Pratikleri Arasındaki İlişkiler.....	212
4.3.2 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Sağlık Enformasyon Arama Davranışları Arasındaki İlişkiler	242
4.3.3 Katılımcıların Algılanan Fayda Düzeylerinin Bilgi ve İletişim Teknolojileri Kullanım Pratiklerine Etkisi.....	305
4.3.4 Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Sağlık Enformasyon Arama Davranışlarına Etkisi	307
4.4 Tartışma	310
SONUÇ.....	321
KAYNAKÇA	332
EKLER.....	382
ÖZGEÇMİŞ.....	392
TEZ ONAY SAYFASI.....	393

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Sağlığın Bileşenleri.....	42
Şekil 1.2 Dinamik, Fonksiyonel ve Çok Boyutlu Holistik Sağlık Modeli.....	47
Şekil 1.3 Sağlığın Boyutları.....	48
Şekil 1.4 Biyopsikososyal Model Bileşenleri	52
Şekil 1.5 Sağlığın Geliştirilmesi Modeli.....	60
Şekil 1.6 Multidisipliner ve İnterdisipliner Bir Alan Olarak Gerontolojinin İletişim Disiplinleriyle Etkileşimi	71
Şekil 1.7 2018'den 2022'ye Dünya Çapında Yetişkinlerin Genel Sağlık Algısı	95
Şekil 1.8 2023 Dünya Genelinde Sağlık Boyutlarına Göre Yaşlı Yetişkinlerin Sağlık Algısı.....	96
Şekil 2.1 2022'den 2100'e Kadar Dünya Nüfusunun Gelişimine İlişkin Tahmin	97
Şekil 2.2 Kıtalar Göre 2022 ve 2100 Yıllarındaki Dünya Nüfusu Tahmini	98
Şekil 2.3 2024 Yılı Kıtalar Göre Ülkelerin Nüfusları	99
Şekil 2.4 2023 Yaş ve Kıtalar Göre Dünya Nüfusu	100
Şekil 2.5 2022'den 2100'e Kadar Dünya Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Tahmini Dağılımı	100
Şekil 2.6 2000-2100 Yılları 100 yaş ve üzeri kişilerin cinsiyete göre sayısı.....	101
Şekil 2.7 2023'te 65 Yaş Üstü Toplam Nüfusun En Büyük Yüzdesine Sahip Ülkeler	108
Şekil 2.8 Türkiye'nin Nüfus Projeksiyonu 2018-2080	109
Şekil 2.9 Türkiye'nin Yıllara Göre Ortanca Yaş Projeksiyonu	110
Şekil 2.10 Türkiye'nin Yaş Yapısı 2018-2080	111
Şekil 2.11 Türkiye'de Yaşlı Yoksulluk Oranı	120
Şekil 2.12 Yaşlı İhmal ve İstismar Türleri.....	122
Şekil 2.13 Sağlığın Temel Belirleyicileri	128
Şekil 2.14 Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bütünleşik Bir Kavramsal Model.....	134
Şekil 2.15 2023 Yaş grubu ve cinsiyete göre yaşlıların teknolojik ürün kullanım durumları.....	143
Şekil 3.1 Yaşlılık algısı ölçeğine ait DFA grafiği.....	154
Şekil 3.2 Sağlık algısı ölçeğine ait DFA grafiği	154
Şekil 3.3 Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğine ait DFA grafiği.....	155
Şekil 3.4 Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait DFA grafiği.....	155
Şekil 3.5 Yaşlılık algısı ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları.....	159
Şekil 3.6 Sağlık algısı ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları	160
Şekil 3.7 Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları	161
Şekil 3.8 Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları ..	161
Şekil 3.9 Korelasyon grafiği	162
Şekil 3.10 Araştırma modeline ait yol analizi grafiği.....	163

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
AİHM	: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
APHA	: Amerikan Halk Sağliğı Derneği
ASHB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BİT	: Bilgi ve İletişim Teknolojileri
CDC	: ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESHY	: Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Ofisi
ICA.	: International Communication Association (Uluslararası İletişim Derneği)
NCI	: ABD Ulusal Kanseri Enstitüsü
SEGE	: Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralama Endeksi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TİHEK	: Türkiye İnsan Hakları Eşitlik Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UN DESA	: Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı
UN	: Birleşmiş Milletler
YADES	: Yaşlı Destek Programı

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1.1 Sağlık İletişimi Kapsam ve Kapsam Dışı Alanlar.....	55
Tablo 1.2 Sağlık İletişimi Analiz Düzeyleri.....	58
Tablo 1.3 Gerontoloji Alt Dalları ve Uygulama Alanları.....	69
Tablo 1.4 Yaşlanma Kuramlarına Karşılaştırmalı Bakış.....	84
Tablo 2.1 Biyolojik Yaşlanma Teorileri.....	103
Tablo 3.1 Araştırma Örneklem Seçim Kriterleri.....	147
Tablo 3.2 Yaşlılık algısı ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları	151
Tablo 3.3 Sağlık algısı ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları.....	152
Tablo 3.4 Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları	152
Tablo 3.5 Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları	153
Tablo 3.6 Ölçeklerin DFA sonuçlarının uyum indeksleri	155
Tablo 3.7 Araştırmaya dahil edilen katılımcılara ait özellikler	158
Tablo 3.8 Yol analizi için uyum indeksleri	163
Tablo 3.9 Yol analizine yönelik regresyon katsayıları ve kovaryans sonucu	164
Tablo 3.10 Katılımcıların sağlık durumlarına göre yaşlılığı algılama anketine ait puanlarının karşılaştırmaları.....	165
Tablo 3.11 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Cinsiyet Grubuna Göre Karşılaştırmaları.....	166
Tablo 3.12 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	167
Tablo 3.13 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	168
Tablo 3.14 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Gelir Düzeyi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	171
Tablo 3.15 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Yaşam Biçimi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	174
Tablo 3.16 Katılımcıların sağlık durumlarına göre sağlık algısı ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırmaları.....	177
Tablo 3.17 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Cinsiyet Grubuna Göre Karşılaştırmaları.....	178
Tablo 3.18 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	179
Tablo 3.19 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Eğitim Durum Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	179
Tablo 3.20 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Gelir Düzeyi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	182
Tablo 3.21 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Yaşam Biçimi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları.....	184
Tablo 3.22 Katılımcıların sağlık durumlarına göre bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırmaları	186
Tablo 3.23 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırmaları.....	187

Tablo 3.24 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırmaları	187
Tablo 3.25 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Eğitim düzeyine Göre Karşılaştırmaları	188
Tablo 3.26 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Gelir düzeyine Göre Karşılaştırmaları	188
Tablo 3.27 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Yaşam Biçimlerine Göre Karşılaştırmaları	189
Tablo 3.28 Katılımcıların sağlık durumlarına göre eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırmaları	190
Tablo 3.29 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırmaları	190
Tablo 3.30 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırmaları	191
Tablo 3.31 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırmaları	191
Tablo 3.32 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Karşılaştırmaları	192
Tablo 3.33 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Yaşam Biçimlerine Göre Karşılaştırmaları	193
Tablo 4.1 Bireylerin cinsiyetlerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	212
Tablo 4.2 Bireylerin medeni durumlarına göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	213
Tablo 4.3 Bireylerin eğitim düzeylerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	213
Tablo 4.4 Bireylerin gelir düzeylerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	214
Tablo 4.5 Bireylerin yaşam biçimlerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	215
Tablo 4.6 Bireylerin cinsiyetlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	216
Tablo 4.7 Bireylerin medeni durumlarına göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	216
Tablo 4.8 Bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	217
Tablo 4.9 Bireylerin aylık gelirlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	217
Tablo 4.10 Bireylerin yaşam biçimlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları	218
Tablo 4.11 Bireylerin cinsiyetlerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları	219
Tablo 4.12 Bireylerin medeni durumlarına göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları	219
Tablo 4.13 Bireylerin eğitim düzeylerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları	220
Tablo 4.14 Bireylerin aylık gelir düzeylerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları	221
Tablo 4.15 Bireylerin yaşam biçimlerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları	221
Tablo 4.16 Bireylerin cinsiyetlerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları	222

Tablo 4.17 Bireylerin medeni durumlarına göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	223
Tablo 4.18 Bireylerin eğitim düzeylerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	223
Tablo 4.19 Bireylerin gelir düzeylerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	224
Tablo 4.20 Bireylerin yaşam biçimlerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	225
Tablo 4.21 Bireylerin cinsiyetlerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	226
Tablo 4.22 Bireylerin medeni durumlarına göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	226
Tablo 4.23 Bireylerin eğitim düzeylerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	227
Tablo 4.24 Bireylerin gelir düzeylerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	227
Tablo 4.25 Bireylerin yaşam biçimlerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları.....	228
Tablo 4.26 Bireylerin cinsiyetlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları .	229
Tablo 4.27 Bireylerin medeni durumlarına göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları.....	229
Tablo 4.28 Bireylerin eğitim düzeylerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları	230
Tablo 4.29 Bireylerin gelir düzeylerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları	231
Tablo 4.30 Bireylerin yaşam biçimlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları	231
Tablo 4.31 Bireylerin cinsiyetlerine göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	232
Tablo 4.32 Bireylerin medeni durumlarına göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	233
Tablo 4.33 Bireylerin eğitim düzeylerine göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	233
Tablo 4.34 Bireylerin gelir düzeylerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	234
Tablo 4.35 Bireylerin yaşam biçimlerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	235
Tablo 4.36 Bireylerin cinsiyetlerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	236
Tablo 4.37 Bireylerin medeni durumlarına göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları	236
Tablo 4.38 Bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	237
Tablo 4.39 Bireylerin gelir düzeylerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	237
Tablo 4.40 Bireylerin yaşam biçimlerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları.....	238
Tablo 4.41 Bireylerin cinsiyetlerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları	239
Tablo 4.42 Bireylerin medeni durumlarına göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları.....	239

Tablo 4.43 Bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları.....	240
Tablo 4.44 Bireylerin aylık gelir düzeylerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları.....	240
Tablo 4.45 Bireylerin yaşam biçimlerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları.....	241
Tablo 4.46 İnternette bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	242
Tablo 4.47 Yakın çevresinden bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	242
Tablo 4.48 Sosyal medyadan bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları..	243
Tablo 4.49 Anlık mesajlaşma uygulamaları ile bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları.....	243
Tablo 4.50 Sağlık uzmanlarından bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	243
Tablo 4.51 Aile hekiminden bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları ...	244
Tablo 4.52 Kurumsal hastane ve web siteleri bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları.....	244
Tablo 4.53 Sağlık portallarından bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	245
Tablo 4.54 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları.....	245
Tablo 4.55 E-devletten bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	246
Tablo 4.56 Gazeteden bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	246
Tablo 4.57 Televizyondan bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	247
Tablo 4.58 Radyodan bilgi alan katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları	247
Tablo 4.59 İnternette bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	248
Tablo 4.60 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	248
Tablo 4.61 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	249
Tablo 4.62 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları	249
Tablo 4.63 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	250
Tablo 4.64 Aile hekiminden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	250
Tablo 4.65 Kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları	251
Tablo 4.66 Sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	252
Tablo 4.67 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları	252
Tablo 4.68 E-devletten bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	253
Tablo 4.69 Gazeteden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	253
Tablo 4.70 Televizyondan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	254
Tablo 4.71 Radyodan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları.....	254

Tablo 4.72 İnternette (çevrimiçi arama motorlarından) bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	255
Tablo 4.73 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	255
Tablo 4.74 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	256
Tablo 4.75 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	257
Tablo 4.76 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	257
Tablo 4.77 Aile hekiminden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	258
Tablo 4.78 Kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	259
Tablo 4.79 Sağlık portalları ve bloglardan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	259
Tablo 4.80 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	260
Tablo 4.81 E-devletten bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	261
Tablo 4.82 Gazetelerden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	261
Tablo 4.83 Televizyondan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	262
Tablo 4.84 Televizyondan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	263
Tablo 4.85 İnternette bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	263
Tablo 4.86 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	264
Tablo 4.87 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	264
Tablo 4.88 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	265
Tablo 4.89 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	266
Tablo 4.90 Aile hekimlerinden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	266
Tablo 4.91 Kurumsal hastanelerden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	267
Tablo 4.92 Sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	267
Tablo 4.93 Çevrimiçi video ve uygulamalardan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	268
Tablo 4.94 E-devletten bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	269
Tablo 4.95 Gazeteden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	269
Tablo 4.96 Televizyondan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları.....	270

Tablo 4.97 Radyo bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları	270
Tablo 4.98 İnternet (çevrimiçi arama motorlarından) bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları	271
Tablo 4.99 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	272
Tablo 4.100 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	272
Tablo 4.101 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları	273
Tablo 4.102 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	274
Tablo 4.103 Aile hekiminden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	275
Tablo 4.104 Kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları	275
Tablo 4.105 Sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	276
Tablo 4.106 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları	277
Tablo 4.107 E-devletten bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	278
Tablo 4.108 Gazeteden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	278
Tablo 4.109 Televizyondan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	279
Tablo 4.110 Radyodan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları.....	280
Tablo 4.111 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	280
Tablo 4.112 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	281
Tablo 4.113 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	281
Tablo 4.114 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	282
Tablo 4.115 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takiyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	282
Tablo 4.116 Katılımcıların cinsiyetlerine göre, internetten medikal ürün ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	283
Tablo 4.117 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten ilaç prospektüsleri ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	283
Tablo 4.118 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	284
Tablo 4.119 Katılımcıların medeni durumlarına göre hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	284
Tablo 4.120 Katılımcıların medeni durumlarına göre tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	285
Tablo 4.121 Katılımcıların medeni durumlarına göre alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	285

Tablo 4.122 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	286
Tablo 4.123 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	286
Tablo 4.124 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	287
Tablo 4.125 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	288
Tablo 4.126 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	288
Tablo 4.127 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	289
Tablo 4.128 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	289
Tablo 4.129 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	290
Tablo 4.130 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	291
Tablo 4.131 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	291
Tablo 4.132 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre medikal ürün hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	292
Tablo 4.133 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları	293
Tablo 4.134 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları.....	293
Tablo 4.135 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	294
Tablo 4.136 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	295
Tablo 4.137 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	295
Tablo 4.138 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	296
Tablo 4.139 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	297
Tablo 4.140 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	297
Tablo 4.141 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	298
Tablo 4.142 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	298
Tablo 4.143 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	299
Tablo 4.144 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	300
Tablo 4.145 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	301
Tablo 4.146 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	301

Tablo 4.147 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten reçetesiz ilaç takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	302
Tablo 4.148 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	303
Tablo 4.149 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları.....	303
Tablo 4.150 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları	304
Tablo 4.151 Kullanım pratiklerine yönelik bağımlı değişkenler.....	305
Tablo 4.152 Kullanım pratiklerine yönelik lojistik regresyon modelleri	305
Tablo 4.153 Sağlık enformasyon davranışına yönelik bağımlı değişkenler.....	307
Tablo 4.154 Sağlık enformasyon davranışına yönelik lojistik regresyon modelleri.....	308



RÉSUMÉ

Au 21^e siècle, le vieillissement global est devenu un phénomène social en raison de ses conséquences démographiques. L'augmentation de l'espérance de vie et la baisse du taux de natalité ont entraîné une augmentation de la population âgée. Le vieillissement global devrait se poursuivre rapidement à l'avenir. La population mondiale âgée de 65 ans et plus devrait atteindre 1,6 milliard en 2050. Ce vieillissement rapide signifie qu'en 2050, une personne sur six dans le monde aura 65 ans ou plus. Par conséquent, l'un des principaux problèmes de l'avenir sera le vieillissement de la population mondiale. De même, la population turque vieillit également rapidement et, selon les projections démographiques, l'âge médian augmente plus vite que prévu. La proportion de la population âgée par rapport à la population totale en Turquie devrait être de 12,9 % en 2030, 16,3 % en 2040, 22,6 % en 2060 et 25,6 % en 2080.

Cette transformation démographique rapide dans le monde crée des conséquences environnementales, sociales, sanitaires et économiques aux niveaux individuel et sociétal, ainsi que de nouvelles attentes. Tout d'abord, il convient de souligner que le vieillissement de la population mondiale ou la vieillesse n'est pas un problème en soi. Le vieillissement est un processus naturel qui se poursuit de la naissance à la mort. Malgré le vieillissement de la population mondiale, le fait que de nombreux pays ne soient pas préparés à ce changement démographique, que les gouvernements ne planifient pas correctement les politiques et les pratiques et que cette question ne bénéficie pas de la priorité nécessaire est l'un des problèmes les plus graves auxquels le monde et la Turquie seront confrontés aujourd'hui et à l'avenir. Au contraire, un processus de vieillissement actif, indépendant et sain et une période de vieillesse dans laquelle la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées sont protégés, les inégalités sociales, sanitaires et numériques sont éliminées, la participation sociale est assurée, des soins de santé et des soins adéquats sont fournis, la négligence et la maltraitance des personnes âgées ne sont pas un problème mais une opportunité et un potentiel profonds pour les pays.

Afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées, les inégalités environnementales, sociales, sanitaires et numériques dont elles font l'objet doivent être éliminées. Les personnes âgées rencontrent des problèmes d'accès aux services de santé, d'utilisation des informations et des technologies de santé, en particulier des insuffisances socio-économiques et sociodémographiques, et sont exposées à la discrimination fondée sur l'âge, à l'exclusion sociale, à la négligence et à la maltraitance des personnes âgées et aux stéréotypes négatifs de la vieillesse dans la société. Pour un vieillissement actif, sain, indépendant et approprié, il est nécessaire d'élaborer des politiques sociales et de santé basées sur des études qui incluent les perceptions, les attitudes, les attentes et les demandes des personnes âgées sans faire du vieillissement un problème.

D'autre part, le vieillissement et la vieillesse, qui sont un processus biopsychosocial de la naissance à la mort, sont uniques et propres à chaque individu. Le vieillissement a une structure multidimensionnelle et stratifiée avec des aspects

chronologiques, physiologiques, psychologiques et sociaux. Pour cette raison, pour réaliser une politique sociale et de santé florissante pour les personnes âgées, une approche qui les comprend est nécessaire en révélant comment les personnes âgées ressentent, interprètent ou évaluent leur santé et leur vieillissement au lieu de généralisations basées uniquement sur l'âge chronologique. Dans cette direction, les pays doivent examiner les perceptions de leurs aînés sur le vieillissement et la santé pour développer une compréhension approfondie. Les perceptions de soi sur le vieillissement et la santé déterminent la santé physique et psychologique actuelle et future des personnes âgées, leurs comportements de santé, leurs résultats en matière de santé, leur bien-être et leur qualité de vie. En d'autres termes, l'analyse des perceptions du vieillissement et de la santé est un indicateur essentiel de l'état de santé, des résultats, des maladies futures, de la qualité de vie et du bien-être des personnes âgées.

Cependant, davantage d'études sur ce sujet doivent être menées en Turquie et dans le monde. Pour cette raison, les études doivent examiner les processus mentaux, psychologiques et comportementaux liés à la santé et au vieillissement des personnes âgées en Turquie, les facteurs affectant ce processus et les modes de relations. Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude est de révéler les perceptions des personnes âgées sur leur santé et leur vieillissement et d'autres facteurs qui affectent ou sont liés à ces perceptions, tels que les facteurs sociodémographiques, la littératie critique en santé, les avantages perçus, et d'examiner leurs attitudes et comportements ; ainsi, de créer une ressource pour les politiques de santé et de vieillissement qui leur permettront de vieillir activement, en bonne santé et de manière indépendante et de développer une compréhension approfondie du monde intérieur des personnes âgées. Conformément à cet objectif, l'étude consiste en 2 études quantitatives au sein du même échantillon pour examiner les perceptions, les attitudes et les comportements des personnes âgées de 65 ans et plus en Turquie concernant le vieillissement et la santé. La population des études comprend des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à Istanbul. L'étude a été menée auprès de 450 participants vivant à Istanbul. L'étude a évalué l'adéquation de l'échantillonnage sur les échelles en utilisant les statistiques de Kaiser Meier Olkin tics (KMO). Dans cette étude, étant donné que les statistiques KMO étaient supérieures à 0,7 pour les quatre échelles et que la mesure KMO moyenne des quatre échelles était de 0,805, le volume d'échantillonnage des données de l'étude s'est avéré suffisant. En outre, l'étude a utilisé l'indice de classement du développement socio-économique (SEGE) du ministère de l'Industrie et des Districts technologiques pour distribuer l'échantillon de manière homogène sur la base des districts à Istanbul. L'étude a utilisé un questionnaire en face à face avec des questions ouvertes et fermées comme technique de collecte de données.

La première étude a examiné les relations entre le statut sociodémographique des personnes âgées en Turquie, leurs perceptions du vieillissement et de la santé, les avantages perçus des TIC et les niveaux critiques d'alphabétisation en santé, et la manière dont ces variables s'influencent mutuellement. L'analyse descriptive des données, l'analyse de fiabilité, les tests de comparaison moyenne, les tests de relations croisées, les techniques de visualisation des données, l'analyse de corrélation, l'analyse factorielle confirmatoire (CFA) et l'analyse de chemin ont été appliqués comme méthodes d'analyse des données. L'étude a révélé que les perceptions des personnes âgées concernant le vieillissement et la santé, ainsi que leurs niveaux de littératie en santé, se situaient à un niveau moyen et que le niveau d'utilité perçue, qui reflète leurs

attitudes et leurs perceptions des avantages des technologies de l'information et de la communication, se situait à un niveau faible.

La découverte la plus fondamentale de l'étude est de révéler le lien entre les effets déterminants et les voies de relation sur les perceptions des personnes âgées concernant le vieillissement et la santé. Selon les résultats de régression de l'analyse de chemin de l'étude, il a été déterminé que les niveaux de bénéfices perçus des personnes âgées concernant les technologies de l'information et de la communication affectent positivement et statistiquement de manière significative la littératie critique en santé, et que la littératie critique en santé affecte positivement et statistiquement de manière significative la perception de la santé des personnes âgées. Là encore, les perceptions des personnes âgées concernant le vieillissement et la santé ont une relation positive et unidirectionnelle. Une augmentation positive de l'une des perceptions de la santé ou du vieillissement des personnes âgées augmente l'autre perception au même rythme. Inversement, une diminution de l'une des perceptions de la santé ou du vieillissement fait que l'autre perception devient négative.

Une autre conclusion de la première étude est que les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées sont un déterminant important de toutes les dimensions du modèle, notamment le vieillissement, les perceptions de la santé, les avantages perçus et les niveaux de littératie en santé. L'étude a révélé qu'à mesure que le niveau de revenu et le niveau d'éducation des personnes âgées augmentaient, leurs perceptions positives du vieillissement augmentaient. Les personnes âgées ayant un revenu et un niveau d'éducation plus élevés se sentent moins vieilles, ne s'identifient pas à la vieillesse et pensent que la vieillesse aura plus de conséquences négatives que d'aspects positifs. D'un autre côté, elles pensent pouvoir gérer les conséquences positives et négatives du vieillissement et ont un plus grand sentiment de contrôle. D'un autre côté, les personnes âgées dont le conjoint est décédé ou qui vivent avec la famille de leurs enfants sont moins susceptibles de croire que le vieillissement affectera négativement leur vie et ont un sentiment de contrôle plus faible dans la gestion des conséquences négatives actuelles par rapport aux autres participants. À mesure que le niveau de revenu et le niveau d'éducation des personnes âgées augmentent, leurs perceptions positives de la santé, leurs attitudes positives à l'égard des technologies de l'information et de la communication, leurs perceptions des avantages et leurs niveaux critiques de littératie en santé augmentent également. Français En termes de genre, il a été constaté que les femmes âgées percevaient leur santé de manière plus négative que les hommes. Tous les résultats de l'étude montrent que les perceptions du vieillissement, de la santé, les perceptions des avantages des technologies de l'information et de la communication et les niveaux critiques de littératie en santé des personnes âgées en Turquie doivent être améliorés, et cette amélioration sera possible en éliminant les inégalités socio-économiques et sociodémographiques vécues par les personnes âgées. Les résultats de l'étude montrent que les inégalités sociodémographiques conduisent à de nouvelles formes d'inégalités dans différents domaines et canaux, tels que la littératie en santé et les attitudes envers la technologie, et affectent les perceptions, les interprétations et les évaluations des personnes âgées de leur vieillissement et de leur santé.

Dans la deuxième étude, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) par les personnes âgées, leurs comportements de recherche d'informations sur la santé, les liens de ces utilisations et comportements avec les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées, l'impact de l'utilité perçue

sur les pratiques d'utilisation et la mesure dans laquelle les niveaux de littératie en santé affectent les comportements de recherche d'informations sur la santé des personnes âgées ont été analysés. L'étude a appliqué l'analyse des données descriptives, l'analyse de fiabilité et les tests de relations croisées comme méthodes d'analyse des données. Avec le test Shapiro-Wilk, l'adéquation des données à une distribution normale a été vérifiée. Lors du test de signification de Français les relations entre les données catégorielles, le test d'indépendance de Fisher (si la valeur attendue est inférieure à 5) ou le test du Chi-carré ont été préférés en fonction de la valeur attendue des cellules. De plus, une analyse de régression logistique a été appliquée pour examiner l'effet des variables indépendantes sur la variable dépendante. Selon les résultats de l'étude, 81,78 % des personnes âgées utilisent la télévision, 17,57 % utilisent la télévision intelligente, 10,67 % utilisent la radio, 6,67 % utilisent des ordinateurs de bureau, 6,44 % utilisent des ordinateurs portables, 3,11 % utilisent des tablettes, 33,78 % utilisent des téléphones portables à bouton-poussoir, 65,56 % utilisent des téléphones portables intelligents, 1,79 % utilisent des montres intelligentes et 1,56 % utilisent d'autres appareils. Encore une fois, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont utilisé Internet au cours des trois derniers mois s'est avéré être de 60,66 %. Aucune relation statistiquement significative n'a été trouvée entre le sexe, l'état matrimonial et le mode de vie des participants et leur utilisation de la télévision, de la télévision connectée, de la radio, de l'ordinateur de bureau, de la tablette et de la montre connectée. Cependant, le niveau de revenu et le niveau d'éducation des personnes âgées étaient des déterminants importants de leur utilisation des TIC, et il a été constaté qu'à mesure que le niveau d'éducation et de revenu des personnes âgées augmentait, le taux d'utilisation des TIC augmentait également.

En ce qui concerne les comportements de recherche d'informations sur la santé dans la deuxième étude, il a été constaté que les personnes âgées préféraient le plus souvent le médecin de famille (62,67 %) comme première source d'informations sur leur état de santé, leurs affections ou leurs maladies, suivi des professionnels de la santé (55,33 %), de l'environnement proche (43,78 %) et des moteurs de recherche en ligne (27,33 %). Dans l'étude, la tendance à utiliser les moteurs de recherche en ligne pour obtenir des informations à partir des médias sociaux, des experts de la santé, des médecins de famille et des portails de santé augmente chez les personnes âgées ayant un niveau d'éducation et de revenu plus élevé. En revanche, le taux d'utilisation des moteurs de recherche en ligne pour obtenir des informations sur la santé diminue à mesure que le revenu diminue. En termes de style de vie, l'étude a révélé que les personnes âgées vivant seules étaient plus susceptibles d'obtenir des informations sur la santé grâce aux TIC. En revanche, les adultes âgés vivant avec le conjoint de leurs enfants étaient moins susceptibles d'obtenir des informations sur Internet. Les résultats de l'analyse de régression logistique de la deuxième étude ont également révélé que l'amélioration des attitudes et des perceptions concernant les avantages des TIC augmente le taux d'utilisation des TIC et l'acceptation des nouvelles technologies, et l'augmentation du niveau de littératie critique en matière de santé augmente la probabilité d'accéder, d'utiliser et de comprendre davantage d'informations sur la santé.

Tous les résultats de l'étude montrent que les principaux déterminants des problèmes des personnes âgées en Turquie sont sociodémographiques. Pour les politiques qui visent un vieillissement actif, sain et réussi, les principaux déterminants sociaux qui affectent négativement les perceptions du vieillissement et de la santé des personnes âgées et les facteurs secondaires tels que la littératie critique en matière de

santé et les niveaux de bénéfices perçus associés aux déterminants sociaux doivent être améliorés. Les perceptions positives du vieillissement et de la santé des personnes âgées peuvent guider les politiques de vieillissement et de santé de la Turquie en permettant de prédire leur future qualité de vie, leur bien-être, leurs décisions de santé, leurs comportements et leurs résultats.



ABSTRACT

In the 21st century, global aging has become a social phenomenon regarding its demographic consequences. Increasing life expectancy and decreasing birth rates have led to an increase in the older adult population. Global aging is expected to continue rapidly in the future. The global population aged 65 and over is projected to reach 1.6 billion in 2050. This rapid aging means that by 2050, one in every six people worldwide will be 65 or older. Therefore, one of the main issues of the future will be the aging of the global population. Similarly, Turkey's population is also aging rapidly, and according to population projections, the median age is increasing faster than expected. The ratio of the older adult population to the total population in Turkey is projected to be 12.9% in 2030, 16.3% in 2040, 22.6% in 2060, and 25.6% in 2080.

This rapid demographic transformation in the world creates environmental, social, health, and economic consequences at the individual and societal levels and new expectations. First of all, it should be emphasized that aging the global population or old age is not a problem in itself. Aging is a natural process that continues from birth to death. Despite the aging of the world population, the fact that many countries are not prepared for this demographic change, that governments do not adequately plan policies and practices, and that this issue is not given the necessary priority is one of the most severe problems that the world and Turkey will face both now and in the future. On the contrary, an active, independent, and healthy aging process and old age period in which the quality of life and well-being of the older adults are protected, social, health, and digital inequalities are eliminated, social participation is ensured, adequate health care and care is provided, neglect and abuse of the older adults are not a problem but a profound opportunity and potential for countries.

In order to improve the quality of life and well-being of older adults, the environmental, social, health, and digital inequalities they experience must be eliminated. Older adults experience problems in accessing health services, using health information and technologies, especially socio-economic and socio-demographic inadequacies, and are exposed to age discrimination, social exclusion, neglect and abuse of older adults, and negative stereotypes of old age in society. For active, healthy, independent, and appropriate aging, it is necessary to develop social and health policies based on studies that include the perceptions, attitudes, expectations, and demands of elderly individuals without making aging a problem.

On the other hand, aging and old age, which is a biopsychosocial process from birth to death, is unique and unique for each individual. Aging has a multidimensional and layered structure with chronological, physiological, psychological, and social aspects. For this reason, to realize a thriving social and health policy for older adults, an approach that understands them is required by revealing how older adults feel, interpret, or evaluate their health and aging instead of generalizations based solely on chronological age. In this direction, countries must examine their older adults' self-perceptions of aging and health to develop an in-depth understanding. Self-perceptions of aging and health determine older adults' current and future physical and psychological health, health behaviors, health outcomes, well-being, and quality of life. In other words, the analysis of aging and health perceptions is a critical indicator

of the health status, outcomes, future diseases, quality of life, and well-being of older adults.

However, more studies on this subject need to be conducted in Turkey and around the world. For this reason, studies need to examine the mental, psychological, and behavioral processes related to the health and aging of older people in Turkey, the factors affecting this process, and the ways of relationships. In this context, the primary purpose of this study is to reveal older individuals' perceptions of their health and aging and other factors that affect or are related to these perceptions, such as socio-demographic factors, critical health literacy, perceived benefits, and to examine their attitudes and behaviors; thus, to create a resource for health and aging policies that will enable them to age actively, healthily and independently and to develop an in-depth understanding of older individuals' inner worlds.

In line with this purpose, the study consists of 2 quantitative studies within the same sample to examine the perceptions, attitudes, and behaviors of individuals aged 65 and over in Turkey regarding aging and health. The population of the studies includes individuals aged 65 and over living in Istanbul. The study was conducted with 450 participants living in Istanbul. The study evaluated sampling adequacy over the scales using Kaiser Meier Olkin statistics (KMO). In this study, since the KMO statistics were above 0.7 for all four scales and the average KMO measure of the four scales was 0.805, the sampling volume of the data in the study was found sufficient. In addition, the study utilized the Socio-Economic Development Ranking Index (SEGE) of the Ministry of Industry and Technology Districts to distribute the sample homogeneously on a district basis in Istanbul. The study used a face-to-face questionnaire with open-ended and closed-ended questions as a data collection technique.

The first study examined the relationships between the socio-demographic status of older adults in Turkey, their self-perceptions about aging and health, perceived benefits of ICTs, and critical health literacy levels, and how these variables affect each other. Descriptive data analysis, reliability analysis, mean comparison tests, cross-tabulation relationship tests, data visualization techniques, correlation analysis, confirmatory factor analysis (CFA), and path analysis were applied as data analysis methods. As a result of the study, older adults' self-perceptions of aging and health, health literacy levels were found to be at a medium level, and the perceived usefulness level, which shows their attitudes towards and perceptions of the benefits of information and communication technologies, was found to be at a low level.

The most fundamental finding of the study is to reveal the link between the determinant effects and relationship pathways on older adults' perceptions of aging and health. According to the regression results of the path analysis in the study, it was determined that the perceived benefit levels of older adults towards information and communication technologies positively and statistically significantly affect critical health literacy, and critical health literacy positively and statistically significantly affects the health perception of older adults. Again, older adults' self-perceptions of aging and health have a positive and same-directional relationship. A positive increase in one of the health or aging perceptions of older adults increases the other perception at the same rate. Conversely, a decrease in one of the perceptions of health or aging causes the other perception to become negative.

Another finding of the first study is that the socio-demographic characteristics of older adults are a significant determinant of all dimensions in the model, including aging, health perceptions, perceived benefits, and health literacy levels. The study found that as the income level and education level of older adults increased, their positive perceptions of aging increased. Older adults with higher income and educational attainment feel less old, do not identify with old age, and believe that old age will have more negative consequences rather than positive aspects. On the other hand, they believe they can manage the positive and negative consequences of aging and have a higher sense of control. On the other hand, elderly individuals whose spouses have passed away or who live with their children's families are less likely to believe that aging will negatively affect their lives and have a lower sense of control in managing the current negative consequences compared to other participants. As the income level and education level of older adults increases, their positive health perceptions, positive attitudes towards information and communication technologies, perceptions of benefits, and critical health literacy levels also increase. In terms of gender, it was found that older women perceived their health more negatively than men. All the findings of the study show that the perceptions of aging, health, perceptions of the benefits of information and communication technologies, and critical health literacy levels of older adults in Turkey need to be improved, and this improvement will be possible by eliminating the socio-economic and socio-demographic inequalities experienced by the older adults. The study's findings show that socio-demographic inequalities lead to new forms of inequality in different fields and channels, such as health literacy and attitudes towards technology, and affect older adults' perceptions, interpretations, and evaluations of their aging and health.

In the second study, the use of information and communication technologies (ICT) by elderly individuals, their health information-seeking behaviors, the connections of these uses and behaviors with the socio-demographic characteristics of the older adults, the impact of perceived usefulness on usage practices, and the extent to which health literacy levels affect the health information seeking behaviors of the older adults were analyzed. The study applied descriptive data analysis, reliability analysis, and cross-tabulation relationship tests as data analysis methods. With the Shapiro-Wilk test, the suitability of the data for normal distribution was checked. When testing the significance of the relationships between categorical data, the Fisher (if the expected value is below 5) or Chi-Square independence test was preferred according to the expected value of the cells. In addition, logistic regression analysis was applied to examine the effect of independent variables on the dependent variable. According to the findings of the study, 81.78% of the older adults use television, 17.57% use smart television, 10.67% use radio, 6.67% use desktop computers, 6.44% use laptops, 3.11% use tablets, 33.78% use push-button cell phones, 65.56% use intelligent cell phones, 1.79% use smartwatches, and 1.56% use other devices. Again, the % of individuals aged 65 and over who used the Internet in the last three months was found to be 60.66%. No statistically significant relationship was found between the gender, marital status, and lifestyle of the participants and their use of television, smart television, radio, desktop computer, tablet, and smartwatch. However, the income level and education level of the older adults were significant determinants of their ICT use, and it was found that as the education and income level of the older adults increased, the rate of ICT use also increased.

In terms of health information-seeking behaviors in the second study, it was found that elderly individuals most commonly preferred the family physician (62.67%) as the

first source of information about their health status, ailments, or diseases, followed by health professionals (55.33%), close environment (43.78%) and online search engines (27.33%). In the study, the tendency to use online search engines to get information from social media, health experts, family physicians, and health portals increases in older adults with higher education and income levels. In contrast, the rate of using online search engines for health information decreases as income decreases. In terms of lifestyle, the study found that older people living alone were more likely to obtain health information through ICTs. In contrast, older adults living with their children's spouses were less likely to obtain information from the Internet. The logistic regression analysis findings of the second study also revealed that improving attitudes and perceptions about the benefits of ICTs increases the rate of ICT use and acceptance of new technologies, and increasing the level of critical health literacy increases the likelihood of accessing, using, and understanding more health information.

All the study results show that the main determinants of the problems of older adults in Turkey are socio-demographic. For policies that aim for active, healthy, and successful aging, the primary social determinants that negatively affect the perceptions of aging and health of older adults and secondary factors such as critical health literacy and perceived benefit levels associated with social determinants need to be improved. The positive perceptions of aging and the health of older adults can guide Turkey's aging and health policies by enabling the prediction of their future quality of life, well-being, health decisions, behaviors, and outcomes.

ÖZET

21. yüzyılda küresel yaşlanma, demografik sonuçları bakımında sosyal bir fenomen haline gelmiştir. Dünyada yaşam süresinin uzaması, doğum oranlarının azalması, yaşlı nüfusun artmasını sağlamıştır. Gelecekte de küresel yaşlanmanın hızla devam etmesi beklenmektedir. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 1,6 milyara ulaşması tahmin edilmektedir. Bu hızlı yaşlanma, 2050 yılında dünya genelinde her 6 kişiden birinin 65 yaş ve üzeri olacağı anlamına gelmektedir. Bu sebeple, geleceğin temel konularından birisi de küresel nüfusun yaşlanması olacaktır. Aynı şekilde Türkiye nüfusu da hızla yaşlanmakta, nüfus projeksiyonlarına göre ortalama yaş beklenenden daha hızlı artmaktadır. Öyle ki 2030 yılında Türkiye’de yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2030 yılında %12,9 2040’ta %16,3 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında 25,6 olması öngörülmektedir.

Dünyadaki bu hızlı demografik dönüşüm, bireysel ve toplumsal düzeyde çevresel, sosyal, sağlık ve ekonomik alanlarda sonuçlar yaratmakta ve yeni beklentiler oluşturmaktadır. Öncelikle vurgulamak gerekir ki küresel nüfusun yaşlanması ya da yaşlılık tek başına bir sorun değildir. Yaşlanma, kişinin doğumundan ölümüne kadar devam eden doğal bir süreçtir. Dünya nüfusunun yaşlanmasına rağmen, birçok ülkenin bu demografik değişime hazırlanmaması, hükümetlerin politika ve uygulamaları yeterince planlamaması, bu konuya gerekli önceliğin verilmemesi hem şimdi hem de gelecekte dünyanın ve Türkiye’nin karşılaşacağı en ciddi sorunlardan biridir. Buna karşın yaşlıların yaşam kalitelerinin ve refahlarının korunduğu, sosyal, sağlık ve dijital eşitsizliklerinin ortadan kaldırıldığı, toplumsal katılımın sağlandığı, yeterli sağlık hizmeti ve bakımın sunulduğu, yaşlı ihmal ve istismarının olmadığı, aktif, bağımsız ve sağlıklı bir yaşlanma süreci ve yaşlılık dönemi, aksine bir sorun değil, ülkeler için ciddi bir fırsat ve potansiyeldir.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması, iyi oluş hallerinin iyileştirilmesi için yaşadıkları çevresel, sosyal, sağlık ve dijital eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Yaşlı yetişkinler, başta sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik yetersizlikler olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimde, sağlık enformasyonu ve teknolojilerini kullanmada sorunlar yaşamakta, yaşlı ayrımcılığına, sosyal dışlanmaya, yaşlı ihmali ve istismarına, toplumdaki olumsuz yaşlılık stereotiplerine maruz kalmaktadır. Bu konuda aktif, sağlıklı, bağımsız ve yerinde yaşlanma için ise yaşlanmayı sorun haline getirmeden, yaşlı bireylerin algı, tutum, beklenti ve taleplerini içeren çalışmalara dayalı sosyal ve sağlık politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Öte yandan, insanın doğumundan ölümüne biyopsikososyal bir süreç olan yaşlanma ve yaşlılık dönemi her birey için özgün ve biriciktir. Yaşlanma, kronolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle çok boyutlu ve katmanlı bir yapıya sahiptir. Bu sebeple yaşlılara yönelik başarılı bir sosyal ve sağlık politikasının hayata geçirilebilmesi için salt kronolojik yaş temelli genellemeler yerine yaşlı yetişkinlerin kendi sağlık ve yaşlanmalarını nasıl hissettiği, yorumladığı ya da değerlendirdiğinin ortaya konulması, yaşlı bireyleri anlayan bir yaklaşım gerekmektedir. Bu doğrultuda ise ülkelerin kendi yaşlı bireylerinin yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin öz algılarını incelemesi, derinlemesine bir anlayış geliştirilmesi için önem arz etmektedir. Yaşlanma ve sağlığa ilişkin öz algılar, yaşlı bireylerin mevcut ve gelecekteki fiziksel,

psikolojik sağıkları, sağık davranışları, sağık çıktıları, iyi oluş ve yaşam kalitelerini üzerinde belirleyicidir. Bir başka ifadeyle yaşlanma ve sağık algılarının analizi, yaşlıların sağık durumları, sonuçları, gelecek hastalıkları, yaşam kaliteleri iyi oluş halleri hakkında kritik bir göstergedir.

Ancak bu konuda hem dünyada hem de Türkiye’de çalışma eksikliği vardır. Bu sebeple, Türkiye’de yaşlı bireylerin sağık ve yaşlanmalarına ilişkin zihinsel, psikolojik ve davranışsal süreçleri, bu süreci etkileyen faktörleri, ilişki yollarını inceleyen çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu bağlamda çalışmanın temel amacı, yaşlı bireylerin kendi sağık ve yaşlanma algılarını ve bu algıları etkileyen veya onlarla ilişkili sosyo-demografik faktörler, eleştirel sağık okuryazarlığı, algılanan fayda gibi diğer unsurları ortaya koymak, tutum ve davranışlarını incelemek; böylece, onların aktif, sağıklı ve bağımsız yaşlanmalarını sağlayacak sağık ve yaşlanma politikaları için bir kaynak oluşturmak ve yaşlı bireylerin içsel dünyalarından beslenen derinlemesine bir anlayış geliştirmektir.

Bu amaç doğrultusunda çalışma, Türkiye’deki 65 yaş ve üstü bireylerin yaşlanma ve sağıklarına ilişkin algılama, tutum ve davranışların incelenmesi amacıyla aynı örneklem dahilinde 2 nicel araştırmadan oluşmaktadır. Araştırmaların evrenini İstanbul’da yaşayan 65 yaş ve üstü bireyleri kapsamaktadır. Çalışmada İstanbul’da yaşayan 450 katılımcı ile görülmüştür. Araştırmada ölçekler üzerinden örneklem yeterliliği Kaiser Meier Olkin istatistiği (KMO) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada KMO istatistikleri dört ölçek için de 0.7’nin üzerinde olduğu ve dört ölçeğin ortalama KMO ölçüsü 0,805 olması sebebiyle çalışmadaki verilerin örneklem hacmi yeterli bulunmuştur. Ayrıca, çalışmada örneklemin İstanbul’da ilçe bazında homojen dağılılabilmesi için Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı’nın İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralama Endeksinden (SEGE) faydalanılmıştır. Çalışmada veri toplama tekniği olarak açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır.

Birinci araştırmada, Türkiye’deki yaşlı yetişkinlerin sosyo-demografik durumları, yaşlanma ve sağıklarına ilişkin öz algıları, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ve eleştirel sağık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkileri ve bu değişkenlerin birbirleri üzerindeki etki yolları incelenmiştir. Çalışmada veri analiz yöntemleri olarak tanımlayıcı veri analizleri, güvenilirlik analizleri, ortalama karşılaştırma testleri, çapraz tablo ilişki testleri, veri görselleştirme teknikleri, korelasyon analizleri, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve yol analizi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda yaşlı yetişkinlerin kendilerine ilişkin yaşlanma ve sağık algıları, sağık okuryazarlık düzeyleri orta düzeyde, bilgi ve iletişim teknolojilerine ilişkin tutum ve fayda algılarını gösteren algılanan fayda düzeyi ise düşük düzeyde tespit edilmiştir.

Çalışmanın en temel bulgusu, yaşlı yetişkinlerin yaşlanma ve sağık algıları üzerinde belirleyici etki ve ilişki yolları arasındaki bağın ortaya çıkartılmasıdır. Çalışmadaki yol analizinin regresyon sonuçlarına göre yaşlı yetişkinlerin bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeylerinin eleştirel sağık okuryazarlığını, eleştirel sağık okuryazarlığının ise yaşlıların sağık algısını pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Yine, yaşlı yetişkinlerin yaşlılık ve sağıklarına ilişkin öz algılamaları ise birbirleriyle pozitif ve aynı yönlü bir ilişki içerisindedir. Yaşlı bireylerin sağık veya yaşlanma algılarından birindeki olumlu artış, diğer algısını da aynı oranda arttırmaktadır. Tersine bir durumda

ise sağlık ya da yaşlanma algılarından birindeki azalış, diğer alğının da olumsuzlaşmasına neden olmaktadır.

Birinci araştırmada öne çıkan diğer bir bulgu da yaşlı yetişkinlerin sosyo-demografik özelliklerinin modeldeki tüm boyutlar üzerinde, yaşlanma, sağlık algıları, algılanan fayda ve sağlık okuryazarlık düzeylerinde ciddi bir belirleyici olmasıdır. Çalışmada, yaşlı bireylerin gelir düzeyleri ve eğitim durumları arttıkça, olumlu yaşlanma algılarının arttığı tespit edilmiştir. Gelir seviyesi ve eğitim durumu yüksek yaşlı yetişkinler, kendilerini daha az yaşlı hissetmekte, kendilerini yaşlılıkla özdeşleştirmemekte, yaşlılığın olumlu yönleri yerine daha fazla olumsuz sonuçları olacağına inanmaktadır. Buna karşın, yaşlanmanın olumlu ve olumsuz sonuçlarını yönetebileceklerine olan inanç ve kontrol duyguları ise daha yüksektir. Öte yandan, eşi vefat eden veya çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan yaşlı bireyler, diğer katılımcılara kıyasla yaşlanmanın hayatlarını olumsuz etkileyeceğine daha az inanmakta ve mevcut olumsuz sonuçları yönetebilme konusunda düşük bir kontrol duygusuna sahip olmaktadır. Yaşlıların gelir düzeyleri ve eğitim durumları arttıkça, olumlu sağlık algıları, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik olumlu tutum ve fayda algıları ile eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri de artmaktadır. Cinsiyet açısından ise, yaşlı kadınların erkeklere göre kendi sağlıklarını daha olumsuz algıladıkları tespit edilmiştir. Çalışmanın tüm bulguları, Türkiye’deki yaşlıların yaşlanma, sağlık algılarının, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik fayda algıları ile eleştirel sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi gerektiğini, bu iyileştirmenin ise temelde yaşlıların yaşadıkları sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik eşişsizlerin ortadan kaldırılmasıyla mümkün olacağını göstermektedir. Çalışmadaki bulguların, temelde sosyo-demografik eşişsizliklerin sağlık okuryazarlığı, teknolojiye yönelik tutum gibi farklı alan ve mecralarda yeni eşişsizlik görünümlerine yol ağtığı, yaşlıların kendi yaşlanma ve sağlıklarına dair algılarını, yorum ve değerlendirme biçimlerini etkilediği gözlemlenmiştir.

İkinci araştırmada ise yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) kullanımları, sağlık enformasyon arama davranışları, bu kullanım ve davranışların yaşlıların sosyo-demografik özellikleriyle olan bağlantıları, algılanan fayda düzeyinin kullanım pratikleri üzerindeki etkisi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışlarını ne ölçüde etkilediği analiz edilmiştir. Çalışmada veri analiz yöntemleri olarak tanımlayıcı veri analizleri, güvenilirlik analizleri, çapraz tablo ilişki testleri uygulanmıştır. Shapiro-Wilk testi ile verilerin normal dağılıma uygunluk durumları kontrol edilmiştir. Kategorik verileri arası ilişkilerin anlamlılığı sınanırken, hücrelerin beklenen değerine göre Fisher (beklenen değer 5’in altında ise) veya Ki-Kare bağımsızlık testi tercih edilmiştir. Ayrıca bağımsız değerkenlerin bağımlı değerken üzerindeki etkisini incelemek amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Çalışma bulgularına göre yaşlıların %81,78’i televizyon, %17,57’si akıllı televizyon, %10,67’si radyo, %6,67’si masaüstü bilgisayar, %6,44’ü dizüstü bilgisayar, %3,11’i tablet, %33,78’i tuşlu cep telefonu, %65,56’sı akıllı cep telefonu ve %1,79’u akıllı saat kullanmakta olup, diğer cihazların kullanım oranı %1,56’dır. Yine son 3 ay içerisinde internet kullanan 65 yaş ve üstü bireylerin oranı %60,66 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaşam biçimleri ile televizyon, akıllı televizyon, radyo, masaüstü bilgisayar, tablet, akıllı saat kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak yaşlıların gelir düzeyleri ve eğitim durumları, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımlarının büyük bir çoğunluğunda temel bir belirleyici olmuş, yaşlıların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça BİT kullanım oranlarının da arttığı saptanmıştır.

İkinci araştırma sağlık enformasyon arama davranışları açısından ise yaşlı bireylerin sağlık durumları, rahatsızlıkları ya da hastalıkları ile ilgili en yaygın olarak aile hekimini (%62,67) ilk enformasyon kaynağı olarak tercih ettiği, bunu sırasıyla sağlık uzmanları (%55,33), yakın çevre (%43,78) ve çevrimiçi arama motorları (%27,33) takip ettiği saptanmıştır. Çalışmada, eğitim durumu ve gelir düzeyi yüksek olan yaşlıların; çevrimiçi arama motorlarını kullanma, sosyal medyadan, sağlık uzmanlarından, aile hekimlerinden ve sağlık portallerinden bilgi alma eğilimi artmakta, gelir seviyesi düştükçe sağlık enformasyonu amacıyla çevrimiçi arama motorlarını kullanma oranı azalmaktadır. Yaşam biçimi açısından ise çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sağlık enformasyonu alma oranı daha yüksek bulunmuş, çocuğunun eşiyile birlikte yaşayan yaşlıların ise internetten çok daha az bilgi aldığı gözlemlenmiştir. İkinci araştırmanın lojistik regresyon analizi bulguları da BİT'lerin faydalarına ilişkin tutum ve algının geliştirilmesinin BİT kullanım oranını ve yeni teknolojilerin kabulünü artırdığını ve eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının daha fazla sağlık enformasyonuna erişme, kullanma ve anlama olasılığını sağladığı ortaya konmuştur.

Çalışmanın tüm sonuçları göstermektedir ki Türkiye'deki yaşlı bireylerin sorunlarındaki temel belirleyicilerin sosyo-demografik olduğu, aktif, sağlıklı ve başarılı yaşlanmayı hedefleyen politikalar için yaşlıların yaşlanma ve sağlık algılarını olumsuz etkileyen birincil sosyal belirleyicilerin ve sosyal belirleyicilerle ilişkili eleştirel sağlık okuryazarlığı, algılanan fayda düzeyleri gibi ikincil faktörlerin iyileştirilmesi gerekmektedir. Yine, yaşlıların olumlu yaşlanma ve sağlık algıları ise gelecekteki yaşam kaliteleri, iyi oluş halleri, sağlık kararları, davranışları ve çıktılarını öngörmeye imkan tanıyarak Türkiye'nin yaşlılık ve sağlık politikalarına rehberlik etme potansiyeli taşımaktadır.

GİRİŞ

Yaşlanma ve yaşlılık kavramları, insan hayatındaki deneyimleri şekillendiren ön önemli belirleyicilerdendir. Kişinin doğumundan ölümüne kadar devam eden yaşlanma, geniş deneyim ve değişimleri içeren bir süreçtir. Yaşlılık ise yaşlanma sürecindeki bireyin kronolojik yaşına göre tanımlanan bir zaman dilimi ya da döneme karşılık gelmektedir. Dolayısıyla yaşlılık olgusu bir dönemi işaret ederken, yaşlanma hayat boyu devam eden bir süreçtir (Gordon ve Hubbard, 2022, s. 1; Akıncı, 2020, s. 1; Gültekin, 2020, s. 2) Yaşlılığın anlamı ve başlangıcı; zamana, mekâna ve kültüre göre değişmesi sebebiyle belirsizdir (Arpacı, 2016, s. 2; Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003, s. 9). Günümüzde ise kronolojik yaş temel alınmakta Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üzeri kişileri, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Avrupa İstatistik Ofisi (Eurostat) ise 65 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak tanımlamaktadır (Eurostat, 2019, s. 9).

Günümüzde dünya nüfusunun karşılaşıcağı geri döndürülemez fenomenlerden biri küresel yaşlanmadır. Dünyadaki doğum oranlarının azalması, beklenen yaşam süreleri ve sağlık teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak küresel nüfus, hızla yaşlanmaktadır. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus 2021 yılında 761 milyon kişiye ulaşırken 2050 yılında bu sayının 1,6 milyara ulaşması tahmin edilmektedir (Wilmoth ve diğerleri, 2023, s. 17). Dünyadaki bu hızlı yaşlanma, 2050 yılında her 6 kişiden birinin 65 yaş ve üstü yaşa sahip olmasını sağlayacaktır. Bu durum 2050 yılında dünyada 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 5 yaş ve altı çocuk sayısının iki katından fazla olacağına anlamına gelmektedir (United Nations, 2022b, s. ii). Bu sebeple, geleceğin temel konularından biri küresel nüfusun yaşlanması olacaktır.

Türkiye de benzer yaşlanma sürecini yaşamaktadır. 2018 yılında 7 milyon 186 bin olan yaşlı nüfus, 2023 yılında %21,4 artarak 8 milyon 722 bin kişiye ulaşmıştır (TÜİK, 2024b). Gelecek projeksiyonlarına göre de Türkiye’de yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2030 yılında %12,9 2040’da %16,3 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında 25,6 olması tahmin edilmektedir. (TÜİK, 2024b). Birleşmiş Milletler ortanca yaş projeksiyonlarına göre Türkiye’nin 2030 yılında ulaşması beklenen 34,8 ortanca yaşa, 2023 yılında neredeyse ulaşmıştır (United Nations, 2020). Bu durum,

Türkiye'nin demografik geçiş sürecinin beklenenden daha erken gerçekleştiğini ve nüfus yaşlanma sürecinin hızlandığını göstermektedir.

Öte yandan yaşlanma süreci, yaygın yapılan hatanın aksine kronolojik bir sınıflandırmaya indirgenemeyecek kadar karmaşık bir süreç olup biyolojik, kronolojik, nörolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok boyutuyla disiplinler arası bütüncül bir kavrayış gerektiren karmaşık bir konudur (Ceylan, 2016, s. 2). Bu noktada, yaşlanmanın tüm bu boyutlarının ele alınması derinlemesine bir anlayış sağlama imkânı sunmaktadır. İnsanın doğumundan ölümüne biyopsikososyal bir süreç olan yaşlanma, her birey için biriciktir. Yaşlanma, genetik, yaşam biçimi ve genel sağlık durumu gibi sebeplerle kişiden kişiye değişen özgün bir deneyimdir. Bu sebeple yaşlanma sürecinde, görülen fiziksel, zihinsel, psikolojik tüm değişiklikler de kişiye özgü gerçekleşmektedir (Levine, 2013). Aynı kronolojik yaştaki bireyler arasında bile sağlık durumu, bilişsel ve fizyolojik koşullar, sosyal ve çevresel etkiler ve psikolojik yönler gibi faktörler nedeniyle büyük farklılıklar göstermekte ve genelleme yapmayı mümkün kılmamaktadır (Gordon ve Hubbard, 2022, s. 1-2). Bu sebeple, bazı ileri yaştaki bireylerin bilişsel, fizyolojik durumlarında bir değişim yokken, 40'lı yaşlarındaki bazı insanlar yaşlanma belirtileri gösterebilmektedir (Salur, 2018, s. 25).

Yaşlanma süreci sosyal olarak inşa edilmektedir. Toplumdaki yaşlanma ve yaşlılığa olan tutum, bakış, yaklaşım zamanla bireyler tarafından içselleştirilerek öz-stereotiplere dönüşmektedir. Belirli bir toplumun üyesi olan birey, toplumda yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin inanış, görüş ve stereotipleri yaşamı boyunca içselleştirmekte, bilinç dışı düzeyde, kontrol, niyet ve farkındalık olmaksızın kişinin hayatını örtük bir şekilde etkilemektedir (Levy ve diğerleri, 2002c, s. 51-57) Yaşlanma sürecinin başlamasıyla birlikte bireyin yaşlılıkla ilgili artan öz-alakası, daha önce gençlik ve yetişkinlik döneminde içselleştirilmiş basmakalıp yargıları ise öz-stereotip yargılara dönüştürmektedir (Levy, 2003, s. P203-P205) Bu durum da bireyin kendi yaşlanma ve yaşlılık algısının oluşmasına neden olmaktadır. Benzer şekilde, sağlık algısı, bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıklarını, değerlendirdiklerini, kendilerini sağlıklı ya da hasta olarak algılamalarına olanak tanıyan sağlıklarına ilişkin duygu, düşünce ve inanışlarını yansıtmaktadır (Connelly, 1989, s. S100, Henchoz, 2008, s. 282). İnsanların kendi sağlıkları; bireysel, sosyo-demografik, çevresel ve kültürel şartlardan etkilenmekte, psikolojik faktörler ve sıkıntılar, fiziksel olarak sağlıklı bir

bireyin sağlığı ile ilgili endişe duymasına ve iyilik halini bozan semptomlar görmesine neden olabilmektedir (Eurostat, 2021). Yaşlanma ve sağlığa ilişkin öz algılar, yaşlı bireylerin mevcut ve gelecekteki fiziksel, psikolojik sağlıkları, sağlık davranışları, sağlık çıktıları, iyi oluş ve yaşam kaliteleri üzerinde belirleyici olmaktadır (Westerhof ve diğerleri, 2014; Tully-Wilson ve diğerleri, 2021; Westerhof ve diğerleri, 2023; Velaithan ve diğerleri, 2024). Öznel yaşlanma sürecinin bir parçası olan yaşlanma ve sağlık algıları, bireyin deneyimlerine göre devingen bir şekilde dönüşebilmekte, yaşlanma ve sağlık algılarının incelenmesi bireyin kendi yaşlılık ve sağlığını nasıl yorumladığı, değerlendirdiğine dair kapsamlı bir anlayış sunmaktadır. Bu sebeple, yaşlı nüfusun sağlıklı, aktif ve başarılı bir şekilde yaşlanabilmesi için yaşlı bireylerin kendi yaşlanma ve sağlık algılarını nasıl değerlendirdiğinin ortaya konulması, veri temelli sosyal politikalar için gereklidir (WHO, 2023, s. 4-21).

Bu konuda sağlık iletişimi kritik bir role sahip olup sağlığın korunması ve geliştirilmesinde belirleyici kararların alınması için farklı iletişim stratejileri kullanarak bireyleri ve toplumları bilgilendirmeyi, farkındalık yaratmayı ve ikna etmeyi amaçlamaktadır (National Cancer Institute, 2009, s. 2; CDC, 2020). Özellikle sağlık iletişimi çalışmaları, toplumdaki sosyal normları değıştirecek algı, inanç ve tutumların etkilenmesini, bireylerin sağlık davranışıyla ilgili harekete geçirilmesini, topluma sağlıklı davranışların gösterilmesini, sağlıklı bilgi, tutum ve davranışların pekiştirmesini, sağlık hizmetlerine erişemeyen dezavantajlı bireylerin engellerini kaldırılmasında iş birliğini hedeflemektedir (NCI, 2009, s. 3). Bu konuda sağlık iletişimi, bireyin sağlığına ilişkin algı, tutum ve davranışlarında belirleyici olan zihinsel ve psikolojik süreçlerin ve bu süreçleri etkileyen faktörleri içsel düzeyde analiz etmekte; toplumsal düzeyde ise sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık tutum, karar ve davranışları, sağlık enformasyonunu kullanımlarında toplumun siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel açısından değerlendirilmesine odaklanmaktadır (Kreps, 2001, s. 64-65; Thomas, 2006, s. 3; Okay, 2020, s. 11-13)

Ancak bireylerin sağlığına ilişkin algı, tutum ve davranışlarını belirleyen zihinsel ve psikolojik süreçleri ortaya koyabilmek için, öncelikle kişilerin kendi sağlık ve yaşlanma algılarını nasıl hissettikleri, algıladıkları ve yorumladıkları belirlenmelidir. Ardından, bu algı, inanç ve tutumları etkileyecek, bireyleri sağlıklı davranışlara yönlendirecek ve sağlıklı kararlar almalarını sağlayacak iletişim stratejileri

geliştirilmelidir. İşte bu sebeple Türkiye’de yaşlı bireylerin sağlık ve yaşlanmalarına ilişkin zihinsel, psikolojik ve davranışsal süreçleri, bu süreci etkileyen faktörleri, ilişki yollarını inceleyen çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu doktora çalışmasının temel amacı, yaşlı bireylerin kendi sağlık ve yaşlanma algılarını ve bu algıları etkileyen veya onlarla ilişkili sosyo-demografik faktörler, eleştirel sağlık okuryazarlığı, algılanan fayda gibi diğer unsurları ortaya koymak, tutum ve davranışlarını incelemek; böylece, onların aktif, sağlıklı ve bağımsız yaşlanmalarını sağlayacak sağlık ve yaşlanma politikaları için bir kaynak oluşturmak ve yaşlı bireylerin içsel dünyalarından beslenen derinlemesine bir anlayış geliştirmektir.

Bu bağlamda, çalışma Türkiye’deki 65 yaş ve üstü bireylerin yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin algılama, tutum ve davranışların incelenmesi amacıyla aynı örneklem dahilinde 2 farklı nicel araştırmadan oluşmaktadır. Çalışmanın birinci ve ikinci bölümünde kapsamlı bir literatür incelemesi gerçekleştirilmektedir. Birinci bölümde öncelikle sağlık, hastalık ve yaşlılık kavramları, sağlığın boyutları, modelleri, sağlık iletişimi kapsam ve boyutları ele alınmakta, daha sonra tüm yönleriyle yaşlanma ve yaşlılık kuramları, yaşlanma ve sağlığa ilişkin öz algılama araştırmaları incelenmektedir. İkinci bölümde ise yaşlanmanın boyutları, dünyada ve Türkiye’deki yaşlıların genel durumları, yaşlanma politikaları, Türkiye’deki yaşlı yetişkinlerin sorunları, yaşlı bireylerin sağlık eşitsizlikleri, sağlık okuryazarlığı kapsamı, yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışları ve bilgi ve iletişim teknoloji kullanım pratikleri detaylı olarak ele alınmaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, Türkiye’deki yaşlı yetişkinlerin sosyo-demografik durumları, yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin öz algıları, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ve eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkileri ve bu değişkenlerin birbirleri üzerindeki etki yolları, ortalama karşılaştırma ve yol analizi yöntemiyle incelenmektedir. Böylece bu bölümde, yaşlı yetişkinlerin yaşlanma ve sağlık algıları ve bu algıları etkileyen belirleyicilere dair bulgulara ulaşılabacaktır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise yaşlı bireylerin yaşlanma ya da sağlıklarına ilişkin kullanım ve davranışları odaklanılmaktadır. Bu konuda yaşlı yetişkinlerin bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) kullanımları, sağlık enformasyon arama davranışlarının ne olduğu, bu kullanım ve davranışlarla sosyo-demografik özellikler arasındaki

ilişkiler incelenmektedir. Yine yaşlıların sağılıklarının geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacak sağılık enformasyon ve bilgi iletişim teknolojilerine yönelik tutum ve fayda algısının BİT kullanım pratikleri üzerindeki etkisi ile eleştirel sağılık okuryazarlık düzeyinin yaşlıların sağılık enformasyon arama davranışlarını nasıl etkilediğı analiz edilmektedir. Bunun sonucunda üçüncü bölümde yaşlı yetişkinlerin sağılık ve yaşlanma algıları ve ilişki faktörler analiz edilirken, dördüncü bölümde yaşlı bireylerin yaşlılık ve sağılıklarında belirleyici olabilecek kullanım ve davranışlar ortaya konmaktadır. Bu sayede çalışmanın bütünü, yaşlı bireylere yönelik algısal, tutumsal ve davranışsal bir anlayış geliştirilmesine imkân tanımaktadır.



1. BÖLÜM BELİRSİZLİK ÇAĞINDA SAĞLIK, HASTALIK VE YAŞLILIK

1.1 Sağlık İletişiminde Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamadan önce bu kavramların temel insan hakları açısından ele almak gerekir. Sağlık kavramına hak temelli bir yaklaşım, insanların ayrımcılığa maruz kalmadan eşit ve adil bir şekilde sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılarak, dezavantajlı bireylerin de sağlıklarının korunmasına imkân tanır. Bu sebeple modern yaşamda bireyin iyi olma halinin korunması ve geliştirilmesinde sağlık ve insan hakları birbiriyle derinden ilişkilidir (CESCR General Comment No.14, 2000; WHO, 2022). Bu noktada sağlık ve insan hakları arasında pozitif veya negatif olmak üzere birçok açıdan bağ bulunmaktadır. Öncelikle sağlık politikaları, programları ve uygulamaları; kamu sağlığı bağlamında insan hakları üzerinde bir etkiye sahiptir. İnsan hakları ihlalleri ise insanların sağlıkları üzerinde belirleyicidir. Bu iki boyut ise stratejik bir ilişkiyi ortaya koymaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile insan haklarının korunması arasında karşılıklı olarak birbirini olumlu ya da olumsuz besleyen temelden bir bağ bulunmaktadır (Mann, 1994, s. 12-13). Bu durum hukuki açıdan da birbirini desteklemektedir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM), bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde devletin pozitif yükümlülüklerinden olan sağlık hizmetleri ile ilgili yeterli imkân, şart ve tedavinin sunulmadığı durumlarda yaşam hakkının temelden ihlal edildiğine hükmetmiştir (Karakul, 2016, s. 179-198). Uluslararası insan hakları hukukunda ve ulusal düzeyde korunan sağlık hakkının içerik, konu ve kapsamının ne olduğunun açık bir şekilde tespit edilmesi sağlık hakkının korunması için hayati bir role sahiptir. Sağlık hakkının kapsam, yasal yükümlülüklerinin daha net tanımlanması ise, insanların sağlıklarının korunmasına destek olacaktır (Leary, 1994, s. 52). Bu bakımdan çalışmada önce sağlık hakkı daha sonra ise sağlık ve hastalık kavramlarını kapsamlı olarak ele alınmaktadır.

1.1.1 İnsan Hakkı Olarak Sağlık

Her şeyden önce sağlık, temel bir insan hakkıdır (WHO, 2020, s. 1). Bu insan hakkı diğerlerinden farklı olarak feragat edilemez, devredilmez bir niteliktedir ve yaşama hakkı ile doğrudan ilişkilidir (Döner ve diğerleri, 2015, s. 3; Kanadoğlu, 2015, s. 14; Metin, 2017, s. 48).

Sağlık hakkı, birçok uluslararası bildirge, şart ve sözleşme ile teminat altına alınmıştır. 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kurucu anayasasında sağlık hakkı, “İrk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanmak, her insanın temel haklarından biridir.” şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 2020, s. 1) Bu konuda Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25. maddesinde sağlık hakkı şu şekilde tanımlanmaktadır;

“Herkesin gerek kendisine gerekse ailesi için, beslenme, giyim, barınma, sağlık ve öteki sosyal hizmetler de içinde olmak üzere; sağlığını ve güvencini sağlayacak, uygun bir yaşam düzeyine hakkı vardır. İşsizlik, hastalık, dulluk, yaşlılık ya da geçim olanaklarından kendi isteği ve iradesi dışında yoksun kalma gibi durumlarda sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Analık ve çocukluk, özel koruma ve yardım görme hakkına sahiptir. Bütün çocuklar, evlilik içinde ya da dışında doğsunlar aynı sosyal korunmadan yararlanırlar.” (United Nations, 1948)

Sağlık hakkı sosyal haklar kategorisinde olup (Kanadoğlu, 2015, s. 12; Metin, 2017, s. 47), ikinci kuşak haklar olarak sınıflandırılmaktadır (Şahin, 2010, s. 711). Bu açıdan sağlık hakkı, devlete vatandaşları için yapması gereken pozitif ve negatif yükümlükler vermektedir (Döner, 2015, s. 5; Kanadoğlu, 2015, s. 14). Bu sebeple ekonomik, sosyal ve kültürel hakların eşit bir şekilde uygulanmasında devletin asli bir sorumluluğu vardır. Devletlerin bu sorumlulukları, sağlık hakkı açısından saygı duyma, koruma ve yerine getirmedir (OHRCa, 2023; Zengin, 2009, s. 47-48). Yine devletlerin bireylerin sağlıklarının korunmasındaki yükümlülüklerini yerine getirmeme, ihmal etme ya da yeterli tedbirlerin almama durumları da diğer hak ve özgürlüklerin ihlaline yol açmaktadır (Karakul, 2017, s. 55).

Ekonomik, toplumsal ve kültürel haklar sözleşmesinin 12. maddesinin 1. fıkrasında ise sağlık hakkı “herkesin, ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkı” olarak tanımlanmış ve aynı maddenin 2. fıkrasında bu sağlık hakkının korunması için taraf devletlerin yapması gereken yükümlülükler şu şekilde sıralanmıştır;

“Bu Sözleşme’ye Taraf Devletlerin, bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirler şu amaçlara yönelik olacaktır, s. (a) Ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarının düşürülmesini ve çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlamak; (b) Çevresel ve sınıai sağlık şartlarının her yönüyle iyileştirilmesi; (c) Salgın, yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü; (d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması”

Benzer şekilde Avrupa Birliği'ne (AB) üye ülkelerde yaşayan insanların sahip olduğu tüm kişisel, sivil, siyasi, ekonomik ve sosyal hakları belirleyen (European Parliament, 2023), Avrupa Temel Haklar Şartı’nın 35 maddesinde “Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalar tarafından belirlenen koşullar altında, koruyucu sağlık hizmetlerine erişim ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Tüm birlik politikalarının ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında insan sağlığının yüksek düzeyde korunması sağlanacaktır” şeklinde sağlık hakkı korunma altına alınmıştır (European Union, 2012).

Sağlık hakkının uluslararası ve ulusal düzeydeki yasalarda yer alması, devletlerin yükümlülükleri olan sağlık hakkına saygı gösterme, insanların bu haklarının korunması ve yerine getirme ya da bir başka ifadeyle sağlık hakkının kullanılması açısından önemlidir. Ancak sağlık hakkının uygulanmasında devletlerin bu yükümlülüklerinin yanında beslenme, sanitasyon, barınma, yaşam kalitesinin arttırılması gibi sosyo-ekonomik diğer değişkenlerin de dahil edilmesi ile birlikte geniş yükümlülükleri kapsar (OHCHR Fact Sheet No. 31, 2008, s. 4). Bu sebeple sağlık hakkının tek başına hak olarak tanınmasının yanında, sağlık hakkına erişim ve sağlık uygulamalarının nasıl yapılacağına dair net çerçevelerin de çizilmesi gerekir. Uygulamaya ilişkin müphem yaklaşımlar, devletlerin anayasa ve yasalarındaki bu hakkı, uygulanması imkânsız ya da ütöpik bir duruma sokma ihtimali de bulunmaktadır (Nampewo ve diğerleri, 2022, s. 10-11).

Sağlık hakkına ilişkin olarak, herkesin sağlıklı olması gerektiği, bu hakkın yalnızca uzun dönemde elde edilebileceği, sadece sağlık hizmetlerini kapsadığı ya da devletlerin finansal zorluk durumunda bu alanda adım atmama meşruiyetine sahip olduğu gibi yanlış kabuller bulunmaktadır (OHCHR, 2023). Sağlık hakkı, sağlıklı olma hakkı olmayıp devletlerin sağlık hakkının kullanılması için gerekli “en yüksek standartları” koruma, sağlama ve kolaylaştırmasını kapsamaktadır. Yine sağlık hakkı

hem özgürlükleri hem de hakları içerir. Bu bakımdan kişinin sağlıklı bedeni üzerindeki hakimiyeti, özgürlüğü; her türlü sağlık hizmetinden faydalanması ise, hak boyutuna işaret eder (CESCR General Comment No.14, 2000, s. 3).

Sağlık hakkı, belirli bir program ve politika ile sınırlı olmayıp, uzun vadeli ve sürekli geliştirme ve iyileştirmeye açıktır. Devletlerin kısa vadeli salt amaç ve sonuç odaklı kararlarının yanında uzun vadeye yayılmış stratejiler de gerektirmektedir. Yine, devletlerin finansal kaynak yetersizliği, sağlık hakkı yükümlülüklerinden kurtulmalarına olanak tanımamaktadır. Devletlerin mevcut finans ve alt yapı kaynakları ve kalkınma düzeylerine göre sağlık hakkı yükümlülüklerini ve temel asgari şartlarını sağlamaları gerekmektedir (OHCRC Fact Sheet No. 31, 2008, s. 5).

Sosyal ve kültürel hak olarak sınıflandırılan sağlık hakkı, birinci kuşak haklara göre kategorik olarak sınıflandırılmakta ve ikincil değerde bir hak olarak değerlendirilmektedir. Halbuki insan hakları açısından birincil ya da ikincil kuşak haklar arasında bir derecelendirme yapmak mümkün değildir. Tüm bu haklar başta yaşam hakkı olmak üzere birbirlerine bağlı ve ilişkilidir (Şahin, 2010, s. 714)

Uluslararası anlaşmalarla benzer olarak Türkiye’de de sağlık hakkı yasalarla korunmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. maddesinde sağlık hakkı şu şekilde tanımlanmaktadır:

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (T.C Anayasası, 1981).

Türkiye de Avrupa Temel Haklar Şartı’ndaki gibi sağlık hakkını sosyal ve kültürel hak olarak kabul etmiş ve vatandaşların sağlıklarının korunmasında devletin sorumluluk ve görevlerini net bir şekilde tanımlamıştır. Burada önemli nokta, anayasada sağlık hakkı doğrudan tanımlanmamış, devlet sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu kılınmıştır (Döner ve diğerleri, 2015, s. 13). Sağlık hakkı, hem ekonomik, toplumsal ve kültürel haklar sözleşmesinde hem de Türkiye

Cumhuriyeti anayasasında kaynakların verimliliği ölçüsünde uygulanmaktadır (Kol, 2015, s. 144; Şahin, 2010, s. 721-753). Bu bakımdan “devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürme” sorumluluğu kapsamlı bir yükümlülük olarak tanımlanmıştır. Ancak uygulamada anayasanın 65. maddesi kapsamında, mevcut ekonomik imkân ve şartlar dahilinde bu sorumluluk değerlendirilmektedir (Döner ve diğerleri, 2015, s. 14; Kanadoğlu, 2015, s. 16). Bu durumda anayasa sağlık hakkı açısından kapsamlı ancak uygulamada idareye geniş taktir yetkisi vermekte (Kol, 2015, s. 144), sağlık hakkını sınırlamakta ve uygulanmasını zorlaştırmaktadır (Arslan, 2015, s. 54; Şahin, 2010, s. 721-754).

Sağlık hakkı, diğer tüm insan haklarının uygulanabilmesi için zorunlu bir haktır. Bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve mevcut sağlık hak ve hizmetlerin eksiksiz bir şekilde faydalanması insan onuruna uygun bir yaşam için gereklidir (WHO, 2022). Bu noktada sağlığın ve hastalığın ne olduğu, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hangi boyut ve gerekliliklere ihtiyaç olduğunun tespit edilmesi için önemlidir. Sağlık ve hastalık kavramlarına bakış, insan sağlığına yönelik tedavi, politika ve stratejilerini de belirlemektedir. Dolayısıyla sağlık iletişiminde de öncelikle sağlık hakkının içeriğine ve konusuna dair önemli çıktılar sağlayacak sağlık ve hastalık kavramlarının tanım ve kapsamı, sağlık ve hastalığa yönelik pozitif ve negatif yaklaşımlar, model ve boyutların kavramsal çerçevesinin çizilmesi gerekmektedir.

1.1.2 Sağlık ve Hastalık Kavramı

Kavramların etimolojik geçmişleri, bütüncül ve derinlikli bir anlayış için kolaylaştırıcı ipuçları sunabilmektedir. Sağlık kavramı, eski İngilizcede “hælp; bütünlük, bir bütün, sağlam veya iyi olma, hælan; iyileştirmek” anlamına gelen kelimelere dayanmaktadır. Yine fiziksel sağlığın yanında refah, mutluluk, esenlik dileme anlamlarına da gelmektedir (Online Etymology Dictionary, 2023). Hastalık kelimesi ise 14. yüzyıl başlarında eski Fransızcada eksiklik, yokluk; rahatsızlık, sıkıntı; bela, talihsizlik anlamlarına gelen “desaise” kelimesinden türemiştir (Online Etymology Dictionary, 2023). Fransızcadaki “Dis-ease” kelimesi ise hareket kabiliyetinin, serbestisinin olmamasını işaret eder (Boyd, 2000, s. 9). Türkçede sağlık, “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat”; hastalık ise,

“organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla fizyoloji görevlerinin bozulması durumu, sayrılık, maraz, ‘esenlik’ karşısı” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Derneği, 2023). Sağlığın ve hastalığın etimolojik kökenleri ve sözlük tanımları, geçmişteki sağlık bakışıyla insanın hayatta kalmasına, bütünlük ve sağlamlığına ilişkin odağı yansıtmaktadır.

Öte yandan, sözlük anlamlarında görüldüğü gibi hastalık kavramı, rahatsızlık ile birbiri yerine sıkça kullanılmakta ve karıştırılmaktadır. Bu bakımdan hastalığın kavramsal çerçevesinin net çizilmesi için yaygın olarak birbirleri yerine kullanılan hastalık ve rahatsızlık kavramlarını tanımlamak yerinde olacaktır. Rahatsızlık (illness), bireyin kendisinde beklediği ya da algıladığı performanstaki düzensizlikler olup kişinin yaşadığı özgün bir deneyimdir. Hastalık ise “modern tıbbi bilimsel paradigma içerisinde insandaki işlevsel ve yapısal anormallikler” olarak tanımlanmaktadır (Eisenberg, 1975, s. 9). Hastalık ve rahatsızlık kavramlarının arasındaki bu temel farkı normativite oluşturur. Sağlık “işlevsel bir normallik” olarak tanımlandığında; hastalık, modern tıbbın normatif yargıları, değerleri, istatistiki rakamlardaki sapmaları, “doğal olmayan” anormallikleri temsil eder (Boorse, 1975, s. 60). Rahatsızlık ise bireylerin kendi bedenleriyle olan ilişkileridir (Boorse, 1975, s. 62). Hastalık, evrensel düzeyde insanların fiziksel ve biyokimyasal parametrelere dayalı durum ve şartlarının, nesnel hastalıklarının, (ill-health) patolojik bir varlık olarak tanımlanmasıdır (Helman, 1981, s. 548). Bu sebeple hastalık, patolojik bir süreçken, rahatsızlık insanın içsel yaşadığı bir duygudur (Boyd, 2000, s. 9-10). Daha basit bir ifadeyle hastaların doktora giderken hissettikleri, doktora anlattıkları rahatsızlıklarıdır, doktorun bu rahatsızlıkları teşhis etmesi ise hastalıklardır (Eisenberg, 1975, s. 9; Helman, 1981, s. 548-549).

İnsan yaşamında hayati bir role sahip sağlık, bireylerin deneyimleri, dünya görüşleri ve yaşadıkları toplumların kültürleri ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık ve hastalık anlayışları da kültürel açıdan farklılıklar göstermektedir (Okay, 2020, s. 1). Bir başka ifadeyle kültür, toplumların sağlık anlayışının oluşmasında temel ve belirleyici bir role sahiptir (Mao, 2017). Bu açıdan, sağlık ve hastalığa ilişkin inanış, tutum ve davranışlar da kültürel miras belirleyicidir (Çınarlı, 2019, s. 13). Öyle ki aynı toplumda doğan bireylerin kültürel çeşitliklerinden kaynaklı sağlık ve hastalık yaklaşımları farklı olabilmektedir (Wright ve diğerleri, 2012).

Benzer şekilde, modern tıbbi pratiklerle elde edilen test sonuçlarının yorumlanmasından, doktorların hastalara yaklaşımına, sağlık hizmetlerinin alınma biçimleri kültür temelli ülkeden ülkeye değişmektedir (Napier ve diğerleri, 2014, s. 1609) Bu sebeple Batı biyomedikal yaklaşımında sağlık ve hastalık kavramlarına virüs, mikrop, kan testleri eşlik ederken Güneydoğu Asya’da Hmong halkı, hastalıkların kötü ruhlar tarafından getirildiğine inanmakta, Meksikalı göçmenler sağlık sorunlarında doğa üstü, ruhani güçler tarafından getirildiğine ilişkin kadercı bir yaklaşım sergileyebilmektedir (Wright ve diğerleri, 2012). Bu noktada modern sağlık ve iyilik halinin tanımlanmasında çok kültürlülüğün temsil edilebilmesi için tıp ve sosyal bilimlerin etkileşimiyle daha fazla sosyo-kültürel faktörlerin ve kültürel değişkenlerin temel alınması da önerilmektedir (Napier ve diğerleri, 2014, s. 1633-1634). Böylece homojen kabul edilen nüfus gruplarının kesişimsellik perspektifiyle sağlık durumunu etkileyen diğer sosyal belirleyici faktörler de dikkate alınacaktır (Kapilashrami ve Hankivsky, 2018, s. 2589).

Öte yandan her insan için hayati bir role sahip olan sağlık ve hastalığın evrensel boyutu da ön plana çıkmaktadır. Bu açıdan herkes için bir sağlık anlayışı için birçok sağlık tanımı, tartışma ve geliştirme çabaları sürmektedir. Günümüzde sağlık ve hastalık kavramına ilişkin tıp ve sosyal bilimler alanında uzlaşılmış bir tanım bulmak zordur (Amzat, 2014, s. 21). Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından evrensel düzeyde kabul görmüş bir sağlık tanımı bulunmaktadır. 1948 yılında DSÖ’nün anayasasında kabul edilen tanıma göre sağlık, “Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2020). Bu bakımdan sağlık kavramı, bütüncül bir yaklaşımla insan yaşamının bütün boyutlarını dikkate almaktadır.

DSÖ’nün sağlık tanımının detaylı olarak ele alınması ve tartışılması günümüz sağlık yaklaşım ve anlayışına ilişkin önemli ipuçları, süregelen tartışma ve eleştirilerin ortaya konulmasını sağlayacaktır. Öncelikle vurgulamak gerekir ki 20. yüzyılda yapılan DSÖ’nün sağlık tanımı, sağlık kavramına kapsamlı ve geniş bir perspektiften bakması açısından dönemine göre yenilikçidir. DSÖ sağlık kavramını hastalık odaklı, biyolojik dar bir perspektiften ele almamış ve sağlığı fiziksel, zihinsel ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu bakımdan DSÖ, insan sağlığını bütünsel bir

iyilik hali üzerinden tanımlayarak, sağlığı etkileyen birçok çevresel ve sosyal değişkenleri de dikkate almaktadır (Çınarlı, 2019).



Şekil 1.1 Sağlığın Bileşenleri

Kaynak: Amzat, 2014, s. 22

DSÖ'nün tanımında insan sağlığı fiziksel, sosyal ve zihinsel olmak üzere 3 bileşenin inşasından oluşan “tam bir iyilik hali” olarak tanımlanır. Fiziksel iyilik hali, tanımın fizyolojik ve biyolojik bileşeni olup insanın sağlıklı olup olmadığının tespit edilmesinde en önemli biomedikal kriterlerden biridir. Sosyal iyilik hali ise belirli bir toplum ve sosyal ağ içerisinde çeşitli rollerde yaşayan insanın bunlara cevap verdiği davranışsal boyutuna işaret etmektedir. Zihinsel iyilik hali ise bireyin psikolojik, duygusal ve zihinsel durumuyla ilişkilidir (Amzat, 2014, s. 22). DSÖ, sağlığı bu 3 bileşenin tam bir iyilik halinde olması olarak kabul etmektedir.

Buna karşın DSÖ'nün sağlık tanımına ilişkin geçmişten günümüze kapsamlı eleştiriler getirilmekte (Callahan, 1973; Boorse, 1975; 62; Jadad, 2008; Jadad, 2008; Huber, 2011; Larson, 1999;), sağlık kavramı farklı bağlam, boyut ve perspektiflerle tanımlanmakta (Cylus, 2020; Frenk, 2014; Oleribe, 2018; Turchi, 2022), bu yeni sağlık tanımlamaları ise kavramsal açıdan eleştirilerek yeniden üretilmektedir (Shilton, 2011; Tallini, 2011). Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlığa yönelik her yeniden tanımlama çabası; bireysel, toplumsal ve evrensel düzeyde dinamik ve etkileşime açık olan sağlık

ve hastalık kavramının kapsam ve alanının genişleyip derinleştiğini göstermektedir. Her yeni sağlık kavramsallaştırması ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık politikalarının daha iyi anlaşılmasına olanak tanımaktadır (Svalastog, 2017, s. 434).

DSÖ'nün sağlık tanımına yönelik en temel eleştiri, “tam iyilik halinin” muğlak bir ifade içerdiği ve sağlığa ilişkin belirsizlikler oluşturduğu vurgulanmaktadır. Bu durum tam iyilik halinin nasıl sağlanacağına dair ciddi soru işaretleri bulunmaktadır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali ifadesinin ise bireyin iyilik hali ile sosyal iyilik arasındaki ilişki ve etkileşimi net ifade etmediği vurgulanmıştır (Huber, 2011, s. 1; Çınarlı, 2019). Callahan'a (1973) göre DSÖ'nün geniş sağlık tanımı, bir taraftan sorumlulukları ve bireylerin özgürlüklerine ilişkin sınırları belirsizleştirmekte, sağlığı mutluluğa ulaşmanın bir parçası olarak görmektedir. Yine tıbbın siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel boyutlardaki değiştirici bir rolünün olmaması tanımın diğer kısıtlarından biridir. Ayrıca mevcut “tam iyilik halinin” hoşnutsuz bireylerin de “hasta” olarak etiketlenmesine, tıbbi tahakkümün artarak sağlık arayışının sürekli her şeyi tüketen bir mükemmellik beklentisine sokabileceği belirtilmektedir (Callahan, 1973, s. 80-87).

DSÖ'nün sağlık tanımına ilişkin bir diğer eleştiri de sağlığın bir durum olarak tanımlanmasıdır. DSÖ'nün belirttiği “fiziksel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali” öncelikle bireyin bir organizma olarak öznel değerlendirilmesine işaret etmektedir. Bu bakımdan bireyin algıladığı sağlık ve öznel parametrelerinin bir norm ve evrensel standart tanım olarak ele almanın mümkün olmadığı belirtilmektedir (Turchi ve diğerleri, 2022, s. 717). Benzer şekilde, Turchi ve arkadaşlarına göre (2022) göre bireyin öznel değişkenlerine dayalı bir iyilik hali, nomotetik bir yaklaşımla ele alındığında, ulaşılması mümkün olmayan bir sağlık kavramsallaştırması ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan sağlık kavramının tanımlamadan önce sağlığın nasıl inşa edilebileceğine odaklanılarak nomotetik ve idiyografik bilimlerin etkileşimleriyle sağlığın kapsamlı epistemolojik temelleriyle nasıl geliştirileceğine odaklanması yerinde olacaktır (Turchi ve diğerleri, 2022, s. 719-720).

Günümüzde DSÖ'nün sağlık tanımında belirttiği “fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak ya da “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması” gibi zıt iki uçlu tanımlamaların ötesinde, dünyanın mevcut değişkenleri, şartları ve

uygulamaya dair belirsizliklerden yola çıkarak mükemmel bir tanım yerine mümkün ve görece uygulanabilir yaklaşımlar da önerilmektedir. Bu alternatif yaklaşımlardan birini sunan Canguilhem, sağlık kavramını bilimin istatistiki ya da mekanik raporlarının dışında “bireyin çevresine uyum sağlama ve adapte olabilme yeteneği” olarak tanımlamaktadır. Buna göre, sağlığın bir özellik değil insanların bireysel şartlarına göre geliştiğini belirtir. Burada çevreye uyum sağlama ise yaşadığı canlı ve cansız gezegen, toplum ve şartlarına uyum sağlayabilme, etkileşime girebilme kabiliyeti ile ilişkilendirilmektedir (Canguilhem’den aktaran The Lancet, 2009, s. 781).

Canguilhem’in temel tezlerin biri de şudur; sağlıkta toplumsal istatistiklerin oluşturduğu norm ve normal yoktur, bireysel uyum yeteneği söz konusudur (Canguilhem’den aktaran Horton, 1995, s. 317-319). Bireylerin biyolojik normlarının göreceli olması, normal ve patolojik olanın tanımlanmasını zorlaştırmaktadır (Canguilhem, 1991, s. 181). Bu betimsel sağlık felsefesi, günümüzün belirsiz risk toplumunda herkesin tam iyilik hali ve refahının, nasıl uygulanabileceğine dair soru işaretlerine alternatif bir cevap arayışlarından biridir.¹ Genomun insan sağlığı üzerindeki rolünün tespit edildiği günümüzde, insanın biyolojik, zihinsel ve sosyal açısından dünyadan izole bir yapıda bir standart olarak kabul etmek mümkün olmadığı için çevresel şartlara uyum yeteneği sağlığa yönelik bireysel, özgürleştirici ve küresel sağlığa yönelik eylem ve politikalarda ortaklık sağlayabileceği de savunulmaktadır (The Lancet, 2009, s. 781). Bunlara ek olarak Larson (1999), DSÖ’nün sağlık tanımına ilişkin yapılan 70’li ve 90’lı yıllar arasındaki eleştirileri; iyi olma halinin belirsiz olması (Bice, 1976), sağlık tanımının çok geniş olması (Pannenberg, 1979), sosyal refahın net tanımlanmaması (Patrick, 1993), sağlığın patolojik bir yaklaşımla ele alınarak (Breslow, 1972), çoğunluğun hasta ve bakıma muhtaç olarak ele alınması şeklinde aktarmıştır.

DSÖ’nün sağlık tanımına alternatif olarak farklı sağlık tanımları da yapılmaktadır. Huber (2011) sağlığı “uyum sağlama ve kendi kendini yönetme becerisi” olarak kavramsallaştırmıştır. Burada insanın bireysel adapte olabilme yetkiline odaklanılmaktadır. Leonardi (2018) ise sağlığı “kişinin kendi rahatsızlık ve

¹ Bu doktora çalışmasında, bireylerin sağlıklarının geliştirilmesindeki algı ve tutum odaklı içsel faktörlere odaklanılmaktadır. Sağlıktaki tam iyilik haline yönelik sağlık iletişiminde farklı aaliz düzeyleri bulunmaktadır. Bkz. Kreps, 2001, Thomas, 2006.

esenlik durumlarıyla başa çıkma ve bunları yönetme kabiliyeti. ...sağlık, her türlü çevresel olaya istenilen duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri verebilme ve istenmeyenlerden kaçınma yeteneği” (Leonardi, 2018, s. 742) olarak tanımlar. Bu alternatif tanımlar, tıbbi indirgemeciliğe düşmeden, çevresel ve sosyal değişkenlere odaklanarak farklı yaklaşımlar sunmaktadır.

Günümüzün modern teorik sağlık tanımlarının dışında dijital ekosistem ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte uzman olmayan bireylerin sağlık anlayışları da sağlığı tanımlamak konusunda dikkate alınmaktadır. Bu noktada, dijital çağda insanlar sağlığı, bütüncül bir yaklaşımla, bireysel, pragmatist bir deneyim olarak değerlendirmektedir. Burada sağlık kavramı, bireyin salt kendisinin değil, aile ve çevresini de içeren, beklentilere göre değişkenlik gösteren yüksek bireysel bir deneyim olarak algılama eğilimindedir (Svalastog, 2017, s. 434).

1.2 Sağlık: Negatif ve Pozitif Tanımları

Batı tıp yaklaşımında uzun yıllar sağlık; bakteriler, mikrop ve zararlı organizmaların yok edilerek hastalıkların önlenmesi ve yok edilmesi olarak kabul edilmiştir. Sağlığın negatif tanımı, hastalıkların olmaması üzerinden ele alınmaktadır. Ancak bu negatif tanım, hastalıklarla mücadele edilmesi ve hastalıkların yok edilmesi ile sağlığa kavuşmanın aynı şey olmadığını göz ardı etmektedir (Van Spijk, 2002, s. 210). Daha basit bir ifadeyle, sağlığın negatif tanımlanması, “hastalık ve rahatsızlıkların” olmamasıdır. Sağlığın pozitif tanımında ise DSÖ’nün tanımladığı gibi sağlık “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak kabul edilir (Naidoo ve Wills, 2016, s. 4) Bu bakımdan pozitif sağlık tanımı, negatif sağlık tanımını da kapsayacak şekilde insanın bütüncül iyilik haline odaklanmaktadır.

Sağlığın pozitif tanımı, bireyin hastalık odağından çıkarak iyi olma halinde belirleyici olan çevresel ve sosyal faktörlerin de sağlığın birer bileşeni olduğu kabul eder (Çınarlı, 2019, s. 19). Bu durum sağlığın negatif tanımlanmasındaki salt hastalık odaklı, patolojik yaklaşım yerine insan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlığın birbirleriyle etkileşim içerisinde olan çok boyutlu bir yapı olarak

değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu açıdan sağlığın pozitif tanımı, sağlığın tüm boyutlarının dikkate alması bakımından önemlidir.

1.3 Sağlığın Boyutları

Günümüzün dinamik ve değişken şartlarının yaşandığı dijital toplumda, insan sağlığının korunması ve geliştirilmesi karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Sağlığın boyutları, insanın “tam iyilik halinin” nasıl sağlanacağını, hangi yapı ve boyutların birbirleriyle etkileşim içerisinde eşzamanlı çalışması gerektiğini göstermesi bakımından anlamlıdır. İlk olarak DSÖ, sağlık tanımında belirttiği gibi insanın tam iyilik halinin fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak gerçekleşebileceğini söyleyerek sağlığın 3 temel boyutuna işaret etmiştir (DSÖ, 2020). Buna göre kişinin sağlıklı olarak ifade edilebilmesi için fiziksel, zihinsel ve sosyal boyutlarını içeren bir iyilik hali gereklidir (Amzat, 2014, s. 22).

Sağlığın bu 3 temel boyutuna, dördüncü bir boyut olarak spiritüel (ruhsal) sağlık boyutu da eklenmiştir. Spiritüel sağlık, bireyin günlük yaşamda kendi potansiyelini, çevresi ve dünyaya ilişkin hayatın anlam ve amaçlarının farkına varmasını, kendisinin tatmin olmasını sağlayan manevi varoluşsal bir durumdur (Dhar, 2013, s. 3). Spiritüalizm, insanın biyolojik ve duysal bir varlık olmasının ötesinde daha büyük bir şeyin bir parçası olmanın verdiği duygu, his ve inançlardır (Spencer, 2012, s. 1). Kişinin kendisi ve yaşamına karşı günlük farkındalık (mindfulness) pratikleri; stresin, anksiyetenin (Gotink, 2015; Yobas ve diğerleri, 2012), acının azalması (Veehof, 2016), uyku kalitesinin artması (Rusch ve diğerleri, 2019), obezite ve sigara bağımlılığıyla mücadele üzerinde (Cavicchioli ve diğerleri, 2018; O'Reilly ve diğerleri, 2014) pozitif etkileri olduğu tespit edilmiştir.

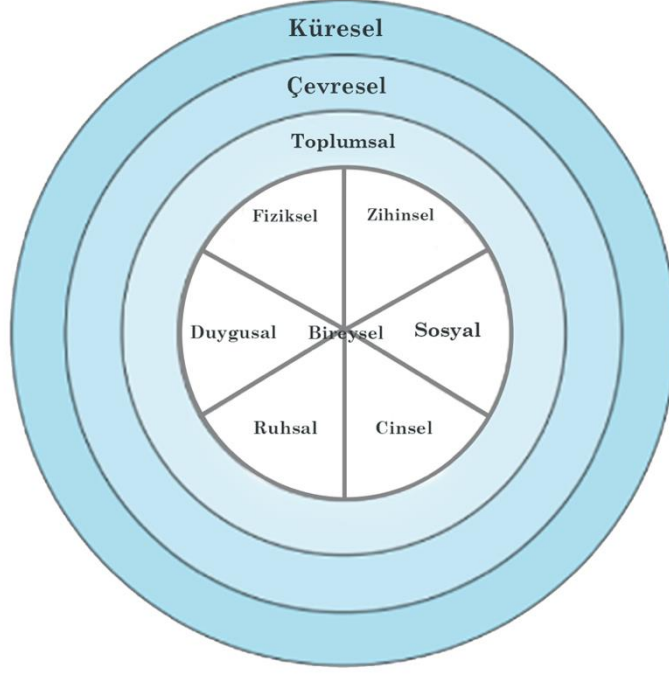
İyilik halinin dinamik ve çok boyutlu bir şekilde sürdürülmesini amaçlayan holistik sağlık yaklaşımı da spiritüel boyutun, sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal boyutları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu belirtmektedir. Şekil 1.2’de görüldüğü gibi dinamik ve çok boyutlu holistik sağlık modeline göre hayatın anlamı ve değerlerine dayanan iyi bir ruhsal sağlık, kişinin duygusal ve sosyal sağlığa ulaşması için itici bir güç oluşturur. Duyguları deneyimleme ve ifade etme becerisi olarak tanımlanan duygusal sağlığın olumlu düzeyde olması sosyal ilişki kalitesini

etkileyerek sosyal sağlığa katkı sağlar. Yüksek düzey bir spirüel, duygusal ve sosyal sağlık ise insanın fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarını olumlu etkileyebilmekte ve entelektüel düzeyine katkı sağlamaktadır (Hawks, 2004, s. 14). Bu modelde sağlık; fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve entelektüel olmak üzere beş boyutuyla ele alınmaktadır. Benzer şekilde, sağlığın bu boyutlarına ek olarak Stoewen, iyilik halinin geliştirilmesi ve sağlığın korunması için iş tatmini, hedef ve ödülleri içeren mesleki, bireysel finans kaynakları ve yönetimine ilişkin finansal boyutu ve insanın yaşadığı dünyayla ilişkisini kapsayan çevresel boyutları da eklemiştir (Stoewen, 2017, s. 862).



Kaynak: (Naidoo ve Wills, 2016, s. 5)

Naidoo ve Wills (2016) ise sağlık boyutlarını bireysel, toplumsal ve küresel düzeyde sınıflandırarak insanın sağlığı üzerinde belirleyici olabilecek katmanları çok kapsamlı bir şekilde ele almıştır. Toplumsal sağlık, kişinin sağlığı ve yaşadığı toplum arasında inşa edilmektedir. Sağlığın çevresel boyutu ise bireyin yaşam kalitesini belirleyen yaşadığı yer, ulaşım şartları, sanitasyon gibi fiziki çevresini işaret edilmektedir. Küresel sağlık ise dünyanın kaynaklarının dengeli kullanılarak sorumlu tüketim çerçevesinde sürdürülebilirliği sağlamaya odaklanmaktadır (Naidoo ve Wills, 2016, s. 5). Şekil 1.3'te gösterildiği gibi kişinin sağlığında bir taraftan bireysel düzeydeki fiziksel, zihinsel, sosyal, cinsel, ruhsal, duygusal durumu etkili olmaktadır. Kişinin kendi aile ve sosyal çevresinin dışında, toplumsal boyuttaki sağlık sistemi, toplumun kalkınmışlık durumu gibi şartlar doğrudan ya da dolaylı olarak insan sağlığının korunmasında öne çıkmaktadır.



Şekil 1.3 Sağlığın Boyutları

Kaynak: Naidoo ve Wills, 2016, s. 5

Tüm bu boyutlar, bir taraftan sağlığın kapsamının ne kadar geniş olduğunu gösterirken diğer taraftan sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinin de karmaşık olduğunu göstermektedir. Yine sağlığın bu boyutları, insan sağlığında bir öncelik ya da yakınlık/uzaklık derecesi belirtmeyip herhangi bir boyuttaki olumsuz değişim, sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak riske atabilmektedir.² Sağlığa ilişkin tüm bu boyutlardan yola çıkarak sağlık anlayışlarını, davranışlarını açıklamak ve planlamak için temel sağlık modelleri kullanılmaktadır.

1.4 Sağlık Modelleri

Teorik bir çerçeve sunan sağlık modelleri, kavramların anlaşılması, uygulamaların pratiğe dönüştürülmesi ve sağlığın korunmasındaki temel süreç ve yaklaşımları açıklaması açısından değerlidir (Engel, 1977, s. 380). Günümüzde birçok farklı sağlık modeli geliştirilmiş olmasına rağmen kapsayıcı temel sağlık modelleri, halen

² Bu konuda yakın dönemde pandemi ile ilgili yapılan çalışmalar, Covid-19 hastalığına ilişkin risk algısının sağlığa yönelik davranışları değiştirdiği, duyguları ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Bkz. Jose, 2021; Nie, 2022).

güncelliğini korumaktadır. Bu sebeple yeni tasarlanan sağlık modellerini de bu anahtar modellerin şemsiyesi altında toplamak mümkün olmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde sağlık kavramına ilişkin modellere yer verilmiş, sağlık iletişimde kullanılan modeller ise takip eden bölümlerde ele alınacaktır.

1.4.1 Biyomedikal Model, Tıbbileştirme ve “Healthism”³

Batıda Rönesans döneminde kiliselerle bilimin beden zihinden ayrı bir unsur olarak incelenebilmesi konusundaki “uzlaşyla” başlayan biyomedikal model, bugün batı toplumlarının, bilimsel ve tıp geleneğinin sağlık ve hastalıklara ilişkin anlayış ve davranışlarını kuşatan bir yapıya dönüşmüştür (Engel, 1977, s. 382). Biyomedikal model, hastalığın tamamen ölçülebilir biyokimyasal ve nörofizyolojik değişkenler, değişkenlere ve ilkelere göre tanımlanması, teşhis ve tedavisine dayanır. Bu sebeple hastalığın psikolojik, sosyal ve davranışsal boyutlarını dışlar, insan bedenine bir makine gibi yaklaşır. Buna göre insan bedeni bir makine, hastalıklar makinenin bozulması, doktorlar ise makineyi tamir edenler şeklindeki basit düşünce kabul görmektedir (Engel, 1977, s. 379-382). Böyle bir tanımlama insan beden ve zihninin ayırarak psikolojik, sosyal ve kültürel belirleyicilerin dikkate alınmadan tıbbin konuşmasını sağlar.

Biyomedikal model, insan hastalıklarının biyokimyasal sistemdeki bozulmaları hem moleküler biyoloji hem de genomlardan fenotiplere kadar detaylı inceleme, model ve haritalamalarla tespit edilmesine odaklanmaktadır. Özellikle günümüzde biyomedikal modelin yeni araç ve teknolojilerle hastalıkların tedavisi ve önlenmesi için kullanılmasında genetik çalışmalar sürdürülmekte, modelin yeni ihtiyaçlara göre geliştirilmesine çalışılmaktadır (National Research Council, 1998, s. 10).

Biyomedikal model ile sağlığa patolojik bir yaklaşım, insan sağlığına ilişkin tıbbi söylemin egemen bir hal almasına neden olmaktadır. Bu konuda Zola’nın (1972) belirttiği gibi tıp, siyasi ve dini güç otoritelerinden bağımsız olarak günlük yaşamda sağlığa ilişkin mutlak yargılarıyla yeni bir otorite haline gelmiştir. Bu durum, tıbbın,

³ İlk olarak Crawford (1980) tarafından kavramsallaştırılan ve Türkçeye “sağlıkçılık” olarak çevrilen (Delibaş vd., 2020, s. 73) ancak literatüre bu şekilde yerleşmeyen “heathism”, sağlığın geliştirilmesini teşvik eden bir yaşam tarzı olarak ele alınmakta ve “*Kişisel kontrol ve değişim ile birlikte yüksek sağlık bilincini teşvik eden bir ideoloji*” olarak tanımlanmaktadır (Crawford, 1980, s. 368).

insan yaşamı üzerinde “sağlıklı” ve hastalıklı” etiketleriyle, karar, kural ve uygulamalarıyla yeni bir sosyal kontrol aracına dönüşerek sağlığın ve yaşamın tıbbileştirilmesine neden olmaktadır (Zola, 1972, s. 2010-214).

Günlük yaşamda doğum, ölüm, hamilelik gibi doğal süreçlerin tıbbın yetki alanına girmesiyle birlikte sosyal pratikler de tıbbileştirilmektedir. Tıbbi bilimsel bilginin etkinliğin artması, medikal uzmanlığın, ilaç ve biyoteknoloji sektörünün gelişmesi ve artan tüketim, tıbbileştirmenin yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Frawley, 2015, s. 1-2). Tıbbileştirme temelde, tıbbi olmayan normal durum ve olguların genelde “rahatsızlık ya da bozukluk” ifadeleriyle tıbbi çerçeve ve dille kullanılması olarak tanımlanır (Conrad, 1992, s. 209). Bu tanımın yanında tıbbileştirmenin karmaşık doğasından kaynaklı olarak makro ve mikro düzeylerde birçok farklı tanımsal kategorisi bulunmakta ve bu her bir kategori tıbbileştirmenin deneysel çalışmalarda kullanılan boyutunu göstermektedir (van Dijk ve diğerleri, 2020, s. 330-331).

Tıbbileştirmenin gücü, şeyleri, durumları ve davranışları tanımlayabilme otoritesinden gelmektedir. Sosyo-kültürel boyutu da bulunan tıbbileştirme, böylece kavramsal, kurumsal ve etkileşimsel düzeylerde tıbbi bir sosyal kontrol aracına dönüşmektedir (Conrad, 1992, s. 2010-216). Benzer şekilde, artan tıbbileştirmeye ilaç endüstrisi ve ilaç şirketleri patentli ve yüksek karlı ilaçlarını, karmaşık süreçlerle insanlara daha fazla tükettirmeye çalışarak farmasötikleşmeye neden olmakta ve tıbbileştirmenin kapsamını daha da genişletmektedir. Farmasötikleşmenin oluşmasında ilaç endüstrisinin ve sigorta şirketlerinin kar odaklı doktorlarla etkileşimi aşırı ilaç kullanımına yönlendirerek ilaç talebini arttırmaktadır (Bell ve diğerleri, 2012, s. 779-781). Bu durum insanı farmasötik bir hedef haline getirmektedir (Møllebæk, 2021). Bu konuda Kaczmarek (2019), tıbbileştirme ve aşırı tıbbileştirme şeklinde kavramsal bir ayrıma giderek aşırı ilaç tüketimi, aşırı teşhis, iatrojenik durumların sorun ve risk teşkil ettiğini belirtirken aşırı tıbbileştirmenin tespit edilebilmesi için pragmatik düzeyde bir ayrımın mümkün olduğunu savunmaktadır. Tıbbileştirmenin sosyal kontrol dışında sınırlı olumlu yönü ise uzman olmayan bireylerin, tıbbi bir çerçeveye ele alınması bireylerin hastalıklarına ilişkin bir meşruiyet sağlayarak damgalanmayı engelleyebilmektedir (Frawley, 2015, s. 14).

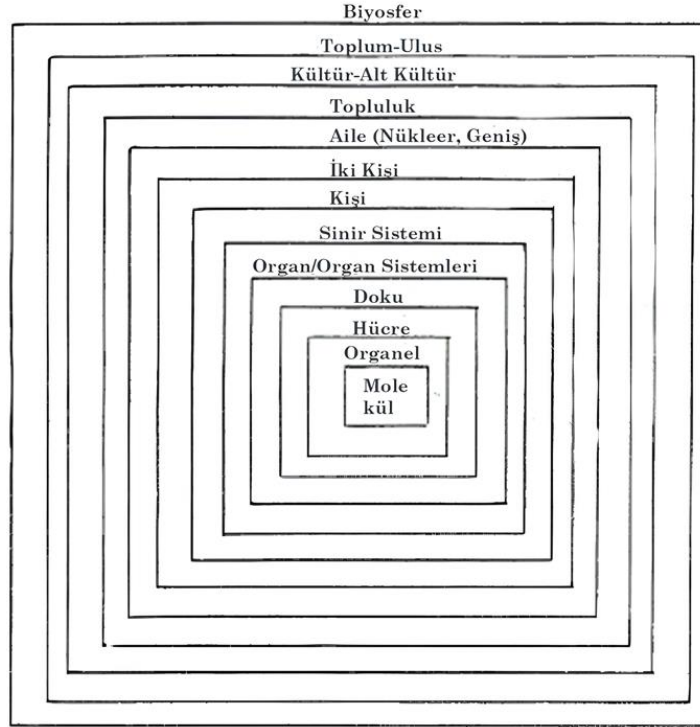
Tıbbileştirmenin günlük yaşam içerisinde 1970’li yılların sonunda yeniden şekil değiştiren “sağlık bilinci” ve Amerikan neoliberal ekonomi politikalarının etkisiyle bireysel düzeydeki karşılığı ise “healthism” olmuştur. Tıbbileştirmenin bir uzantısı olarak sağlık sorunlarını çevresel ve sosyal boyutlarından soyutlandığı “healthism” yaklaşımında sağlığın geliştirilmesi ve korunması bireysel bir sorumluluk ve eylem alanı olarak kabul edilmektedir. 21. yüzyılda sağlıklı yaşam çerçevelemesiyle birlikte kapitalizm ve medyanın tüketimi arttırmasına olanak tanımakta, sağlığın geliştirilmesi yaşam tarzı pazarlamasıyla sunulmaktadır. Bu nedenle obezite sorunu için diyet programları, fit kalabilmek için spor ve beslenme program yayınları yapılırken obezitenin sosyo-ekonomik faktörleri, kamusal sorumluluk ve sosyal değişkenleri gözden çıkarılmaktadır (Crawford, 2006, s. 407-411). Halbuki sağlığın gelir durumu, yaşam şartları gibi sosyal eşitsizliklerinden sıyrılarak bireysel sorumluluk olarak kabul edildiği “sağlıkçılık”, şişmanlık konusunda beden çeşitliliği değerlendirmelerinin karşısında, tüm kronik hastalıkların ana nedeni olarak görülerek ahlaki bir sınıflandırmaya yol açmaktadır (Mackert ve Schorb, 2022, s. 5). Tüm bunların yanında günlük yaşamın giderek daha fazla tıbbileştirilmesi de sağlık harcamalarının milyarlarca dolar artmasına (Conrad ve diğerleri, 2010, s. 1946-1947), ilaç firmalarının hastalık yaratmalarına (Kaczmarek, 2022), aşırı teşhis ve tedaviyle yüksek ilaç tüketimine (Lubowitz ve diğerleri, 2022) neden olmaktadır.

1.4.2 Biyopsikososyal Model

Medikal modelinin salt beden ve hastalık odaklı yaklaşımına karşı biyopsikososyal model, hastalık teşhis ve tedavisinde fizyolojik parametrelerin yanında psikolojik, sosyal ve kültürel değişkenleri ve bunların birbirleriyle olan etkileşimini dikkate alan bir yaklaşımdır (Schmidt, 2007, s. 163-164). Böylece beden, zihin ve ruh bileşenlerinin bir arada dikkate alınarak “bütün bir insan” holistik bir şekilde incelenebilmektedir (Gatchel ve diğerleri, 2020, s. 2). Modeli tasarlayan Engel’e göre (1977), biyopsikososyal model, insan hastalıklarının neden ve nasıl ortaya çıktığını ve bu hastalıkların sosyal bağlamını tespit edebilmek için kültürel, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla birlikte ele alınması gereken bir yaklaşımdır.

Sağlık sistemi, karar alıcılar, uygulayıcı sistemler ve hekimler nezdinde biyomedikal model egemendir. Medikal modelin dili, uygulama ve süreçlerine hâkim

olan tıpta, biyopsikososyal modelin pratikte nasıl uygulanacağına dair doktorlar için daha somut uygulama yönergelerine ihtiyaç vardır. Klinik uygulamalarda modelin nasıl kullanılabileceğine ilişkin çalışmasında Engel (1981), Şekil 1.4'te görüldüğü gibi biyopsikososyal modeli, sistem teorisinden faydalanarak hiyerarşik bir şemayla açıklamaktadır. Engel'in bu tasarımı, insanın sağlık ve hastalığındaki rol oynayabilecek birbirine bağlı ve ilişkili bu sistemleri göstermesi bakımından ön plana çıkmaktadır. Buradaki her bir parça bir üstün bileşeni olmakla birlikte kendi içerisinde bir sisteme sahiptir (Engel, 1981, s. 104-106). Modele göre doktorlar her hastanın biyopsikososyal durumunu tespit edebilmek için insan/psikolojik düzeydeki mevcut verilerle, alttan gele biyolojik ve üstten gelen sosyal düzeydeki verileri entegre eder (Farre ve diğerleri, 2017, s. 3). Böyle bir tasarım, hastalara insan düzeyinde yaklaşan doktorlar için hastalıkların teşhis ve tedavisi için çoklu bilimsel analiz birimleri de sunabilme potansiyeline sahiptir.



Şekil 1.4 Biyopsikososyal Model Bileşenleri

Kaynak: (Engel, 1981, s. 104-106)

Öte yandan biyopsikososyal modele ilişkin eleştiri ve tartışmalar da sürmektedir. Engel'in modelinin, model olmaktan ziyade geniş bir teori olduğunu ve modelin uygulamaya yönelik gereklilikleri sağlamadığı için test edilemeyeceği belirtmektedir (McLaren, 1998, s. 89-90). Yine hasta odaklı olması, modelin çok geniş

olması ve doktor ve hastalar için metodolojik bir önerisinin olmaması da eleştirilmektedir (Schmit, ve diğerleri, 2013, s. 266). Biyopsikososyal model, hastalıkların tedavisinden çok nedensel bir akışla hastalığın ne olduğunu açıklamaya çalışan kavramsal, teorik çerçeve olarak görülmekte, klinik tedavide yetersiz olarak ele alınmaktadır. Günümüzde indirgemeci ve düalist eski versiyon biomedikal model değil, tıbbi gelişim ve teknolojilerle yürütülen kanıta dayalı tedavi süreçlerinde kullanılan, psikososyal faktörleri de anlamaya çalışan yeni biomedikal modelin kavramsal anlayışını genişlettiği belirtilmektedir (Bolton ve diğerleri, 2019, s. 137-140).

Her ne kadar biyopsikososyal modelin klinik uygulamalarına yönelik çalışmalar olsa da sağlık maliyetlerinin arttığı, hasta muayene sürelerinin azaldığı günümüz sağlık sisteminde, hastalara biyopsikososyal modeli uygulamak bir lüks olarak görülebilmektedir (Engel, 1981; Engel, 1997). Bu konuda belirtmek gerekir ki biyopsikososyal model, tıp alanında benimsenmemiş, tıbbi eğitim ve pratiklerde yeterince kabul edilmemiştir (Farre, 2017, s. 4; Gatchel, 2020, s. 5; Sadigh, 2013, s. 364). Bu duruma çözüm olarak da medikal modelin dil ve parametreleriyle yeni bir köprü yaklaşım geliştirilmesi önerilmektedir (Lane, 2014, s. 1). Yine, allopatik tedaviyi tercih eden tıp topluluğu tarafından benimsenmeyen bu model için kronik ağrılarının tedavisinde tercih edilen ağrı tıbbi, davranışsal tıp ve sağlık psikolojisi disiplinleriyle sinerji içerisinde kullanılabileceği de diğer bir öneridir (Gatchel ve diğerleri, 2020, s. 5). Ancak bu önerinin de fizyoterapide biyopsikososyal modelin bel ağrılarının tedavi etmek ve açıklama da yetersiz kaldığı, bu sebeple yeni bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Mescouto, 2022, s. 8-9).

Tüm bu eleştirilere rağmen biyopsikososyal model, medikal modeli dışlamayan bir yaklaşımla içerisinde geniş bir yankı uyandırarak, sağlık profesyonelleri tarafından uygulama, eğitim ve araştırmaları etkilemektedir (Farre ve diğerleri, 2017, s. 4-5). Günümüzde İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların %20’si, ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki danışan hastaların %52’sini biyomedikal açıdan açıklanamayan semptomlara sahiptir (Bolton, 2022, s. 230). Bu sebeple psikiyatri disiplininde, kronik stres, ağrı algılaması gibi konulardaki uygulanan biyopsikososyal modelin tıbbın geneli için ileride uygulanabilme potansiyelinin artmakta olduğunu düşündürmektedir.

Aynı şekilde, biyopsikososyal model günümüzdeki hastalık ve ölümlerin yaşam tarzı, sağlık eşitsizlikleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Frazier, 2020, s. 2). Bu model, gerontoloji disiplini bağlamında ele alındığında yaşlanma ve yaşlılığın çok katmanlı ve boyutlu yapısına uygun bir şekilde yaşlılara dair derinlikli ve bütünsel yaklaşım ve çözümler elde edilebilmesi mümkün gözükmemektedir (Tufan, s. 2021b, s. 5). Ayrıca biyopsikososyal model, sağlık kavramına, biyomedikal yaklaşımı dışlamadan psiko-sosyal açıdan ele almak sağlığın sosyalleştirilmesini, tıp ve sosyal bilimler arasındaki etkileşimin gerekli olduğunu göstermesi bakımından da önemlidir (Çınarlı, 2019, s. 37-42). Bu durum, hastalıkların tedavisi, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde tıbbi yaklaşımla birlikte sağlık sosyolojisi, sağlık psikolojisi ve sağlık iletişimi disiplinlerinin katkısını da gerekli kılmaktadır.

1.5 1.5 Sağlık İletişimi ve Kapsamı

21. yüzyılda sağlık; artan iletişim ve etkileşim biçimleri, küresel olarak birbirini etkileyen siyasi, toplumsal ve çevresel ilişki düzeyleri, tıp ve sağlık bilimlerinin sosyal bilimlerle daha fazla etkileşime girmesine olanak tanımıştır. Sağlığın karmaşık ve holistik boyutları, sağlık bilimleri ve sosyal bilimler arasındaki sınırların belirsizleşerek etkileşimin daha fazla artmasına da olanak tanımaktadır (Çınarlı, 2019, s. 43). Özellikle son dönemde küresel düzeyde başta sağlık sistemi olmak üzere toplumsal yaşamın her boyutunu etkisi altına alan Covid-19 pandemisi, (Ciotti ve diğerleri, 2020, s. 382; Khanna ve diğerleri, 2020, s. 708-709;) sağlık iletişimine olan artan ihtiyacı daha belirgin hale getirmiştir (WHO, 2023a, s. 2). Günümüzde böyle bir durumda sağlık iletişimi, insan ve kamu sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmetleri ve politikalarının uygulanmasında hayati bir role sahiptir (WHO, 2023b, s. 1; WHO, 2023c).

Temelde sağlığına ilişkin enformasyonun doğru bir şekilde iletilmesi, anlaşılması olan sağlık iletişimi, farklı düzeylerdeki tedavi süreçlerinde ve sağlıklı davranışların benimsenmesinde kilit bir işleve sahiptir (Kreps ve Neuhauser, 2015, s. 3). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) ve ABD Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) sağlık iletişimini, “bireyleri ve toplumları bilgilendirmek, sağlıklarının geliştirilmesinde belirleyici olan kararları etkilemek için iletişim stratejilerinin

yaratılması ve kullanılması” olarak tanımlamaktadır (CDC, 2020; National Cancer Institute, 2009, s. 2). Yine NCI, Tablo 1’de ifade edildiği gibi sağlık iletişimi disiplinin yapabilecekleri ve yapamayacaklarını belirterek kapsamına ilişkin bir çerçeve sunmaktadır (NCI, 2009, s. 3).

Tablo 1.1 Sağlık İletişimi Kapsam ve Kapsam Dışı Alanlar

Kaynak: NCI, 2009, s. 3

Sağlık İletişimi Kapsamı
Sağlık konusu ve sorunu hakkında bilgi ve farkındalığı arttırmak.
Toplumdaki sosyal normları değiştirecek algı, inanç ve tutumları etkilemek.
Sağlık davranışıyla ilgili harekete geçirmek.
Topluma sağlıklı yetkinlik ve davranışları göstermek, örneklandırmek.
Bilgi, tutum ve davranışları pekiştirmek, davranış değişikliğinin faydasını göstermek,
Bir sağlık politikası hakkında görüş bildirmek, yanlış algı ve anlaşılmaları düzeltmek.
Bir sağlık politikasında sürekli bir değişimi sağlamak.
Sağlık hizmetlerine olan desteği arttırmak.
Sağlığa ilişkin kurumsal ilişkileri güçlendirmek.
Sağlık bakımına erişemeyen dezavantajlı bireylerin engellerini kaldırılmasında iş birliği yapmak.
Kapsam Dışı
Yetersiz sağlık hizmetlerini telafi etmek
Politika desteği olmadan karmaşık sağlık davranışlarında sürekli değişim elde etmek
Tartışmalı ve ön yargıları konularda tüm mesajları iletmede eşit derecede etkili olmak

Schiavo (2013) ise toplumdaki sağlık uzmanları, hastalar, politika yapımcılar gibi farklı paydaşları da dahil ederek sağlık iletişimini şu şekilde tanımlamıştır:

“Bireyleri, toplulukları, sağlık profesyonellerini, hastaları, politika yapımcıları, kuruluşları, özel grupları ve halkı etkilemek, meşgul etmek, güçlendirmek ve desteklemek amacıyla sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntemleri paylaşmak için farklı nüfuslara ve gruplara ulaşmakla ilgilenen çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır” (Schiavo, 2013, s. 9).

Hem sağlığın karmaşık doğasından kaynaklı hem de hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması sürecinin çok boyutlu ve çok disiplinli olmasından dolayı sağlık iletişimi birçok farklı bağlam ve şekilde tanımlanmaktadır (Kreps, 2001). Sağlık iletişimi tanımlarındaki bu farklılık, sağlığın geliştirilmesindeki çok yönlü odak

noktalarından kaynaklanmaktadır. Bu konuda Schiavo (2013) literatürdeki farklı sağlık iletişimi tanımlarındaki anahtar kelimelerden faydalanarak sağlık iletişimin rolleri üzerine kapsamlı bir sınıflandırma yapmıştır. Buna göre sağlık iletişimi, anlamları ve enformasyonu paylaşmayı, bireyleri, toplumları etkilemeyi, bilgilendirmeyi, kilit grupları motive etmeyi, bilgi alışverişinde bulunmayı, davranışları değiştirmeyi, katılım sağlamayı, sağlık açısından güçlendirmeyi, davranışsal ve sosyal sonuçlar elde etmeyi amaçlamaktadır (Schiavo, 2013).

Tarihsel gelişim açısından ele alındığında sağlık iletişimi disiplinin başlangıcı, Eski Yunan dönemindeki Hipokrat'ın yazılarına kadar götürülse de sosyal bilimlerde sağlık iletişimi disiplini çağdaş bir fenomen olarak karşımıza çıkar (Ratzan, 1996, s. 25). Modern sağlık iletişimi disiplinin gelişimi 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır. ABD'de İkinci Dünya Savaşı öncesinde sağlık ayrı bir değer olarak algılanmamış, refahın bir parçası olarak görülmüşken, savaş sonrası dönemde sağlık kişisel bir değer olarak önem kazanmıştır (Thomas, 2006, s. 39-41). Özellikle 70'li yıllarda disiplinin gelişmesinde yeni tıbbi model yaklaşımı, artan sağlık tüketimi, ABD'deki sağlık hizmetlerindeki ayrım, önleyici tedavinin ön plana çıkması ve sağlık hizmeti pazarlaması faktörleri etkili olmuştur (Okay, 2020, s. 16-18). Sağlık hizmetlerinin yayınlamasıyla önem kazanan disiplinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlığın geliştirilmesi üzerine ilk araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde psikoloji ve sosyoloji disiplinlerinin sağlık alanındaki çalışmalarından etkilenen iletişim akademisyenleri 1972'de International Communication Association (ICA)'na bağlı Terapötik İletişim Grubunu kurmuş, kısa sürede alana artan ilgiyle birlikte 1975 yılında ICA'nın Chicago'daki konferansında grubun ismi sağlık iletişimi olarak değiştirilmiştir (Kreps, Bonaguro ve diğerleri, 2003, s. 1-15).

Sağlık iletişimi alanında ilk bilimsel çalışma 1977 yılında ICA'nın "Communication Yearbook"da yayınlanmıştır (Ratzan, 1996, s. 26). İletişim akademisyenlerinin araştırmaları 1970'li yıllarda başlarken ilk hakemli bilimsel dergi 1989 yılında "Health Communication" adıyla çıkmış, ikinci hakemli dergi ise 1996 yılında "Journal of Health Communication" adıyla yayın hayatına başlamıştır (Çınarlı, 2019, s. 46; Freimuth, 2004, s. 2053). 1989 yılındaki ilk dergi daha çok sağlık iletişimi araştırmalarına odaklanırken, ikinci sağlık iletişimi dergisi sağlık hizmetleri sunumu, sağlığın geliştirilmesinde uygulamalı araştırmalara yönelmiştir (Kreps, Bonaguro ve

diğerleri, 2003, s. 1-15). Yine, kamuoyunun sağlıkla ilgili enformasyona olan ilgi ve talebinin artmasıyla birlikte 1993 yılında ABD Federal hükümeti CDC bünyesinde Sağlık İletişimi Ofisini kurmuştur (Ratzan, 1996, s. 26). 1997 yılında ise Amerikan Halk Sağlığı Derneği (APHA), sağlığın geliştirilmesi bölümünde sağlık iletişimini de dahil etmiştir (Freimuth, 2004, s. 2053).

Bu konuda güncel olarak ABD, sağlık iletişimi araştırmalarını teşvik etmek, sağlığın geliştirilmesi, halk sağlığı iletişimi ve sağlık okuryazarlığının artırılması amacıyla hem ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) İletişim Ofisi hem de APHA bünyesinde Sağlık İletişimi ve Bilişim Araştırma Şubesi'nde faaliyet göstermektedir (APHA, 2023; CDC, 2023;). Günümüzde tüm dünyada sağlık iletişimi çalışmalarına olan farkındalık giderek artmaktadır. Küresel olarak birçok devlet kurumu, sağlığın geliştirilmesi ve korunması amacıyla kendi bünyelerinde idari birimler kurmuştur. Böylece insanların daha kolay sağlık bilgilerine erişmelerine, tartışmalarına ve sağlık davranışlarının etkilenmesine olanak tanınmaktadır (Kreps, 2020, s. 4).

Günümüzde bireylerin sağlıklı ve iyi olma hallerini etkileyen iletişim sistemleri/ortamlarındaki sorunlar karmaşık bir yapıdadır. Sağlık iletişimi alanındaki araştırmacılar; sağlık hizmetleri, halk sağlığı ve sağlık enformasyonunu içeren bu kompleks iletişim ortamındaki sorunlara çözüm aramak için çok disiplinli, disiplinlerarası veya transdisipliner yollar aramaktadır. Özellikle sağlık ve bilgi teknolojilerindeki teknoloji kabulü ile sağlık enformasyonu ve sağlık çıktıları arasındaki çoklu ilişkileri inceleyen çalışmalar dikkat çekmektedir (Bao ve Lee, 2024; Luo ve diğerleri, 2024). Disiplindeki soru ve sorunlar ise “kişisel, kişilerarası, grup, örgütsel, medya, kültürel, sosyal sistemler gibi iletişim süreçlerindeki farklı sağlık bağlamları açısından iş birliğine dayalı çok boyutlu ve çok düzeyli bir şekilde incelenmektedir. Sağlığı etkileyen tüm bu boyutların kapsamlı bir şekilde ele alınması, kullanılması ve değerlendirilmesi sağlığın geliştirilmesinde yeni yöntem, yaklaşım ve uygulamalara da imkân tanıyacaktır (Kreps, 2020, s. 4; Cohen, 2021, s. 3-6).

1.5.1 Sağlık İletişimi Boyutları

Geniş bir araştırma ve uygulama alanına sahip sağlık iletişim disiplini farklı düzeylerde hızla gelişmekte, hükümetler, vakıflar, sağlık kuruluşları tarafından sağlık iletişimi projeleriyle desteklenmektedir. Sağlık iletişimi alanın bu gelişimi, sağlık hizmetleri, kamu sağlığının geliştirilmesi ve sağlığa yönelik hedeflenen çıktıların elde edilmesindeki merkezi rolüne dayanmaktadır (Kreps, 2001, s. 61-62). Sağlık iletişimi geniş bir araştırma alanı olarak sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında zengin iletişim kanallarıyla farklı düzey ve bağlamlardaki etkileşim düzeylerini incelenmektedir (Thomas, 2006, s. 3; Cohen, 2021, s. 3-6). Aşağıda Tablo 2’de gösterildiği gibi sağlık iletişimi akademisyenleri tarafından çeşitli şekillerde tasarlanan sağlık iletişimi analiz düzeyleri, sağlık iletişiminin teori, araştırma ve uygulamadaki kapsamını göstermesi açısından önemlidir.

Tablo 1.2 Sağlık İletişimi Analiz Düzeyleri

Analiz Düzeyi	Kapsam	Kaynak
İçsel/Zihinsel Düzey	Bireyin sağlığına ilişkin algı, tutum ve davranışlarında belirleyici olan zihinsel ve psikolojik süreçlere odaklanır.	Kreps, 2001, s. 64-65; Thomas, 2006, s. 3
Kişilerarası Düzey	Bireylerin sağlık çıktılarında sağlık hizmet sunucuları ve hastalar arasında ya da sağlık profesyonellerinin kendi aralarındaki ilişki ve iletişimi inceler.	Kreps, 2001, s. 64-65
Grup ve Sosyal Ağ Düzeyi	Sağlık ekipleri, destek grupları, bireylerin aile, ilişki çevrelerinin sağlık enformasyon paylaşımları, koordinasyon ve sağlık kararları üzerindeki rolünü ele alır.	Kreps, 2001, s. 64-65; Thomas, 2006, s. 3
Kurumsal Düzey	Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmet sağlayıcıları arasındaki kurumsal koordinasyon ve sağlık enformasyon paylaşımını kapsar.	Kreps, 2001, s. 64-65; Thomas, 2006, s. 3
Topluluk, Toplumsal Düzey	Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık tutum, karar ve davranışları, sağlık enformasyonunu üretimi, yayılması ve kullanımı, toplumun siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel açısından değerlendirilir.	Kreps, 2001, s. 64-65; Thomas, 2006, s. 3

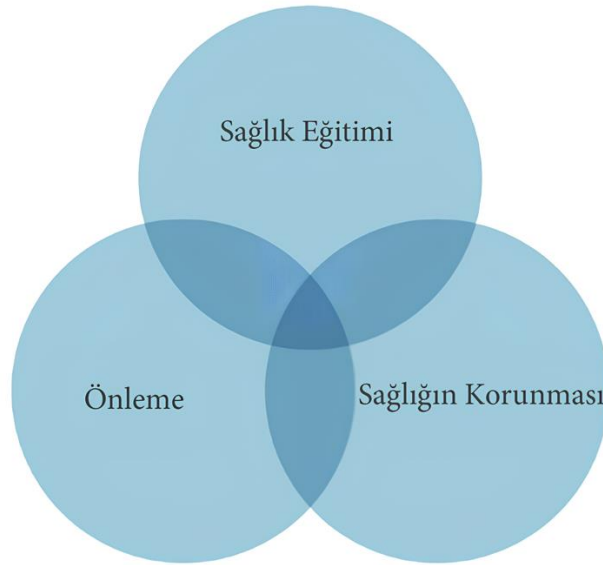
Sağlık iletişim araştırmalarını yukarıda gösterilen analiz düzeylerinin yanında temelde sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlığın geliştirilmesi yaklaşımları domine etmekte ve literatürde bu iki perspektif ön plana çıkmaktadır (Kreps, 2001, s. 70). Sağlık hizmetleri sunumu, daha çok sağlık hizmet ekipleri, doktor ve hasta arasındaki iletişim ve sosyal destek üzerine odaklanırken sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı bireylerin ve kamu sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesinde sağlık enformasyonun, mesajlarının ikna edici rolüne odaklanmaktadır (Kreps, Bonaguro ve diğerleri, 2003, s. 1-15). Sağlığın bütünsel olması sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlığın geliştirilmesi yaklaşımlarının birleştirilmesi gerekmektedir.

Sağlığın geliştirilmesinde sağlık hizmetlerinin sunumun rolü yadsınamayacağı gibi sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık çıktılarını belirlemede sağlığın korunması ve sağlık davranışları belirleyicidir. Bu yaklaşımlarla sağlık kuruluşlarının tanıtımını amaçlayan sağlık hizmeti pazarlaması ya da halkla ilişkileri çalışmalarını ise net bir şekilde ayırmak gerekir (Çınarlı, 2019, s. 44). Bununla birlikte, sağlık iletişimi alanında belirtilen analiz düzeylerinden farklı olarak sağlık hizmetlerinde iletişim, kişilerarası iletişim, kitle iletişimi, e-sağlık iletişimi, sağlık sistemlerinin yönetiminde iletişim, küresel sağlık iletişimi (Waisbord ve Obregon, 2012, s. 7) gibi farklı boyutları da incelenmektedir (Kreps, 2020, s. 4; Ratzan, 1996, s. 26;). Benzer şekilde, sağlık iletişimi; sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı, kitle iletişimi ve risk iletişimi boyutlarıyla da ele alınmaktadır (Çınarlı, 2019, s. 56-111). Bu çalışmada ise kuramsal olarak sağlık iletişiminde sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasında belirleyici olan sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı ve sağlığa ilişkin risk iletişimi boyutlarına odaklanılmaktadır.

1.5.2 Sağlık İletişiminin Sağlığın Geliştirilmesindeki Rolü

Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı, sağlığı biomedikal modelin önerdiği gibi salt sağlık uzmanlarının alanında çıkararak daha sosyal, politik ve çevresel bir perspektifle ele alınmasına imkân tanır (Çınarlı, 2019, s. 56). Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı, bireyin ve toplumların sağlığını, davranışsal seçimlerini ve sağlık çıktılarını etkileyecek tüm sosyal belirleyicileri dikkate almaktadır. Bu açıdan sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı, meslek dışı bakış açılarına öncelik veren bir sosyal sağlık modeline dayanmaktadır (Cross ve diğerleri, 2017).

DSÖ'ye göre sađlđın geliştirilmesi, “insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir. Bireysel davranışlara odaklanmanın ötesine geçerek çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahalelere yönelir” (WHO, 2023d) Sađlđın geliştirilmesi modelini tasarlayan Tannahill (1985) göre sađlđın geliştirilmesi sađlđın iyileştirilmesini sağlayan tüm aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Tannahill'in modeline göre sađlđın geliştirilmesi sağlık eğitimi, hastalıkların önlenmesi ve sađlđın korunması şeklinde 3 bileşene sahiptir. Öncelikle sağlık eğitimiyle sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılarını, bireylerin inanış, tutum ve davranışlarını etkileyerek iyi olma halini geliştiren iletişim faaliyetleri hedeflenmektedir. Modelin ikinci boyutu ise hastalıkların önlenmesidir (Tannahill, 1985, s. 167-168).



şekil 1.5 Sađlđın Geliştirilmesi Modeli

Kaynak: Downie, Fyfe ve Tannahill, 1990; Tannahill, 1985, s. 168; WHO, 2012, s.

DSÖ'e göre bu hastalıkların önlenmesi faaliyetleri 3 düzeyde gerçeşlemektedir. Birinci seviye önleme, bireyin hastalıklara karşı bağışıklık kazandırarak, beslenme ve çevre durumunun düzeltilerek iyilik halinin geliştirilmesi, ikincil önleme erken teşhis ve hızlı müdahaleyi içermekte, üçüncü önleme ise telafisi

mümkün olmayan hastalıkların uyum ve rehabilitasyon edilmesini kapsamaktadır (Noack, 1987, s. 18). Modelin üçüncü boyutu olan sağlığın korunması ise başta halk sağlığı olmak üzere bireyin hastalıklarının önlenmesi ve refahının artırılması için yasal, mali tedbirlerin alınması, kontrollerin yapılması ve politikaların geliştirilmesini gerektirmektedir (Tannahill, 1985, s. 167-168). Daha sonra Tannahill (2008) sağlığın geliştirilmesinde karar verici ve politika yapıcıların kanıta dayalı karar vermeleri için bir karar verme üçgeni tasarlamıştır. Buna göre sağlık sorun ve konusu ile ilgili karar vermeden önce etik prensipler, olası risk ve etkinlik, teorik varsayımlarla birlikte değerlendirilerek eyleme geçmelerini önermektedir (Tannahill, 2008, s. 387).

Pender (1990) ise tasarladığı sağlığın geliştirilmesi modelinde hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması boyutlarını sağlığın geliştirilmesinden ayırmakta ve bu bileşenlerin tamamlayıcı durumlar olduğunu savunmaktadır. Pender'in yaklaşımına göre sağlığın geliştirilmesi, iyi olma durumunu pozitif olarak arttıran davranış motivasyonu içerirken, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasını hastalıklardan kaçınma ve erken teşhisi içeren bir kaçınma motivasyonu olduğunu belirtir (Pender ve diğerleri, 2014, s. 5). Pender'in modeli sağlığı geliştiren davranışlardaki fayda ve engellerin tespit edilmesini, müdahalelerin etkilerini ve bireylerin sağlıklarını geliştirmesindeki değişkenlerin ortaya konulmasını amaçlayan çalışmalar için kullanılabilir (Aqtam ve Darawwad, 2018, s. 493). DSÖ ise sağlığın geliştirilmesinde Tannahill'in (1985) modelini dikkate almaktadır (WHO, 2012, s. 16).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel bir bileşeni olan sağlık eğitimi, bireylerin, toplumların ve hükümetlerin sağlık sorunlarıyla başa çıkabilmesinde, sağlıklı kamu politikalarının oluşturulmasında önemli bir role sahiptir. Bu sebeple sağlık eğitiminde sağlığın geliştirilmesi, beceri, güven ve motivasyonun teşvik edilmesi, bireysel risk faktörleri ve altta yatan sebepleri hakkında sağlık bilgisinin farklı iletişim araçlarıyla paylaşılması gerekmektedir (WHO, 2012, s. 13).

Günümüzde kitle iletişim araçları kadar bilgi iletişim teknolojilerinin hızla yaygınlaşmasıyla birlikte sağlığın geliştirilmesinde teknoloji temelli uygulamalardan da faydalanılmaktadır. Mobil sağlık olarak da adlandırılan bu uygulamalar mobil iletişim teknolojileriyle mesajlaşma, mobil uygulamalar, sosyal ağlar gibi geniş bir çeşitlilikte kullanılmaktadır (Willoughby, 2021, s. 367-369).

Özellikle hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve sağlığın geliştirilmesinde bilgilendirici SMS'ler, mobil uygulamalar aracılığıyla hatırlatıcılar, bildirimler geniş kitlelere sağlık enformasyonu paylaşarak halk sağlığının korunmasına olanak tanımaktadır. Bu konuda diyabet, astım, fiziksel sağlık, anne çocuk sağlığı, cinsel sağlık alanlarındaki mobil sağlık uygulamaları giderek ön plana çıkmaktadır (Holtz ve Buis, 2016). Ayrıca, mobil sağlık uygulamaları üzerine yapılan çalışmalar da sağlığın geliştirilmesinde, sağlık risklerinin önlenmesinde etkili ve faydalı olduğunu göstermiştir (Willoughby, 2021; Yang ve Van Stee, s. 2019). Yine bireylerin sağlığın geliştirilmesi yaklaşımının önemli bir bileşeni olan hastalıkların önlenmesi için hastalıklara ilişkin riskten kaçınma, riski azaltma ve tedbir alınması ve erken müdahaleye yönelik yönelik bir risk iletişiminin de yapılması gerekmektedir (WHO, 2012, s. 54).

1.5.3 Sağlığa İlişkin Risk İletişimi

Risk kavramının nasıl tanımlandığı ve ele alındığı riske yönelik çalışmaların çıkış noktasını, kavramsal ve yöntemsel çerçevesini belirlemektedir. Kavrama dair ortak bir tanım olmamakla birlikte risk, Oxford Advanced Learner's Dictionary tarafından “gelecekte bir zamanda tehlikeli ya da kötü şeylerin olma olasılığı” olarak ele alınmakta (Oxford Advanced Learner's Dictionary, 2022), Türkçe’de ise “Bir zarara uğrama olasılığı, zarar görme tehlikesi, çekince, dokunca” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Derneği, 2024). Riskin tanımında gerçekleşme durumu bir olasılık olmakla birlikte günümüzde risk kavramı, tehdit ve tehlike anlamlarında kullanılmaktadır.

Risk kavramı, doğa bilimciler tarafından realist bir yaklaşımla hesaplanabilir, nesnel bir olgu olarak ele alırken, sosyal bilimciler riskin, sosyal olarak nasıl inşa edildiği üzerine odaklanmaktadır. Riskin nasıl tanımlanacağı ve ölçüleceğine dair bu ayrım, doğa bilimciler olasılık hesaplamalarına dayalı teknik yöntemler kullanırken, sosyal bilimciler ise olay, durum ve süreçlerin insanların riskler hakkında nasıl düşüneceğini üzerindeki rolüne odaklanmaktadır. Bu durum, uzmanların riski ele alış biçimiyle bireylerin öznel risk algılaması arasındaki farklılığı ortaya koyması açısından da önemlidir (Mythen, 2008, s. 308).

Risk iletişimi, “sokaktaki insanın sağlık, güvenlik ve çevre ile ilgili bağımsız, bilgilendirilmiş bir şekilde yargıda bulunabilmesi için ihtiyacı olan enformasyonun temin edilmesi” (Morgan ve diğerleri, aktaran Çınarlı, 2016, s. 90) olarak tanımlanmaktadır. Covello (1992) ise risk iletişimini “ilgili taraflar arasında riskin niteliği, büyüklüğü, önemi veya kontrolü hakkında enformasyon alışverişi olarak” (Covello, 1992, s. 359) tanımlar. Bu enformasyon alışverişi, devlet kurumları, şirketler veya endüstri grupları, sendikalar, medya, bilim insanları, kamu yararına çalışan gruplar, topluluklar ve vatandaşlar arasında gerçekleşmektedir (Covello, 1992, s. 360).

Toplumda pestisit, toksik atıklar, sigara, bulaşıcı hastalıklar, emniyet kemersiz sürüş gibi çok çeşitli teknolojik, çevresel ve sağlık riskleri bulunmaktadır (Covello, 1988, s. 193). Risk türleri açısından sağlığa yönelik riskler, sağlık iletişimi disiplini içerisinde değerlendirilmektedir (Çınarlı, 2019, s. 111). Bununla birlikte geleneksel kriz risk iletişimi ile halk sağlığına yönelik risk iletişimi arasında farkı ortaya koymak gerekmektedir. Kriz risk iletişiminde sosyal, ekonomik, çevresel, endüstriyel, teknik birçok risk, halk sağlığı dahil, düzenleyici kurumlar tarafından yönetilirken, sağlığın geliştirilmesinde bireysel, toplumsal ve hükümet nezdinde süregelen riskli ve sağlıklı davranışlara odaklanmakta, sağlık durumunu iyileştirmeye ve eşitsizliklerin azaltılmaya çalışılmaktadır (Glik, 2007, s. 33-34).

Sağlığa yönelik risk iletişiminde mesajı gönderen taraf uzmanlar olsa da mesajın alıcı hedef kitlesi halktır. Halk, risklerle ilgili rasyonel ve pasif bir şekilde mesajı almamakta, aktif olarak sağlık enformasyonu kaynağını araştırmakta, sosyal bağlamda kendi çevresi ve ihtiyaçlarına göre sofistike enformasyonlara erişmekte ve değerlendirmektedir. Dolayısıyla sağlık risk iletişiminde güven, merkezi bir role sahip olup, risk iletişimin başarısı hedef kitlenin risk perspektifi ve algılamasına göre değişir. Sağlık alanındaki politika yapıcılarının ve uzmanların temelde bu farkı dikkate almaları gerekmektedir (Alaszewski, 2005, s. 101-104).

Yine, risk iletişiminde mesajın hedef kitleye etkili bir şekilde ulaşabilmesi için öncelikle hedef kitlenin dinlenmesi, mesajın teknik bir dilin dışında samimi, doğru, açık, şeffaf ve sade bir biçimde tasarlanması, diğer paydaşlarla risklerle ilgili iş birliği yapılması, medya ile paylaşılacak sınırlı anahtar mesajın hazırlanması ve risk iletişimi

planının dikkatli bir şekilde uygulanması gerekmektedir (Covello, 2003, s. 1-8). Böyle bir yaklaşım, risklerin krize dönüşmemesi için gerekli epistemolojik belirsizliklerin ortadan kaldırılmasına imkân tanımaktadır (Çınarlı, 2016).

Sağlığa yönelik risk enformasyonun yorumlanmasında bireylerin risk algılaması temel bir role sahiptir. Bireyin kendi sağlığına karşı tehdit algılaması, risk davranışını değiştirmesi için gerekli motivasyon için en önemli şarttır (Renner ve diğerleri, 2008, s. 150). Sağlığa ilişkin risk algılamalarının ortaya çıkarılması ve tespit edilmesi, bireylerin riskleri kabul etmesi, reddetmesi, risklerden korunması, sağlık davranışları ve gerekli müdahaleler için ön belirleyicilerdir (Renner ve diğerleri, 2015, s. 702). Bu sebeple sağlık risk iletişimi kampanyalarına başlanılmadan önce hedef kitlenin risk algılamasının tespit edilmesi hayati bir önem taşır (Schmälzle, 2017, s. 115).

İnsanlar risk algılamalarında sadece riski bir analiz aracı olarak değil bir duygu olarak da yaşamaktadır. Duygu olarak risk, insanların belirsiz ve tehlikeli durumlar karşısında hızlı ve içgüdüsel karar alınmasına neden olmaktadır (Slovic ve diğerleri, 2004, s. 21-22). Bu açıdan sağlık enformasyonun yanlış anlaşılması ya da yorumlanması sağlık davranışları ve sonuçları açısından yıkıcı ve zarar verici sonuçlar doğurmaktadır (Berry, 2004, s. 1).

Yakın dönemde yaşanan Covid-19 pandemisi, sağlık risk iletişiminin küresel seviyede ne kadar gerekli olduğunu ortaya koymuştur. Hükümetlerin kamuoyu nezdindeki iletişim hataları, halkın güveninin zedelenmesine ve kamuoyunun korkusunun ve kafa karışıklığının artmasına neden olmaktadır. Burada hükümetlerin en önemli rolü, kamuoyunu ve halkın sağlık riskinin önlenmesi için motive edilmesidir. Hükümetlerin pandemi gibi kamu sağlığı acil durumlarındaki etkili iletişimleri pandeminin yönetilmesi ve toplumların stabilize edilmesi için de gereklidir (Kim ve Kreps, 2020, s. 399). Aynı şekilde, çalışmalar sosyal medya platformlarından kanıta dayalı bilimsel bilgilerin kamuoyuyla paylaşılmasının sağlık kaygısının yönetilmesinde önemli olduğunu göstermektedir (Li ve diğerleri, 2020).

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde insan davranışı merkezi bir role sahiptir. İnsanların riskli hayat tarzındaki davranışları, sağlık durumlarını

etkilemektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar gelişmiş ülkelerdeki prematüre bebek ölümlerinin yarısı, alkol, hareketsizlik, riskli seks pratikleri gibi insanların hayat tarzı davranışlarından kaynaklanmaktadır (Baban ve Craciun, 2007, s. 45-46). Yine ABD’de milyonlarca insan alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı, kazalar, kötü diyet gibi değiştirilebilir riskli hayat tarzlarından yaşamlarını kaybetmiştir (Berry, 2004, s. 4-5). ABD’de önlenebilir sigara, yüksek tansiyon gibi riskli yaşam tarzları, bulaşıcı olmayan ölüm nedenlerinde önemli bir etkiye sahiptir (Danaei ve diğerleri, 2009; Li ve diğerleri, 2023). Elbette bu durumu, sadece bireysel bir tercih olarak yorumlamak doğru değildir. Bu davranışların birçoğu, sağlık eşişsizliklerinin önlenmesinde kilit role sahip sağlığın sosyal belirleyicileri ile de ilişkilidir (Coughlin ve diğerleri, 2020; Garcia-Codina ve diğerleri, 2019). Bu sebeple, sağlık sorunlarına salt bireysel bir sorumluluk penceresinden bakmak, sosyal boyutun göz ardı edilmesine neden olabilmektedir (Conrad, 1980). Türkiye’de ise dolaşım yolu hastalıkları, tümör ve solunum yolu hastalıkları ilk üç ölüm nedeni olmuştur (TK, 2023). Bu sebeple hem bireysel hem de halk sağlığı düzeyinde etkili bir risk iletişimi bu tür negatif sağlık sonuçlarının azaltılmasına, sağlığın korunması ve geliştirilmesine imkân tanıyacaktır. Bu konuda yaşlılara yönelik etkili bir risk iletişiminin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle yaşlı bireylerin kendi sağlık ve yaşlılıklarını nasıl algıladığının da ortaya konması gerekmektedir (Levy ve Myers, 2004).

1.6 Yaş, Yaşlanma Yaşlılık Kavramları

İnsanlar için yaşlanma ve yaşlılık her zaman belirleyici olmuştur. Zamanın kronolojik olarak geçmesi yaş olarak tanımlanırken, yaşlılık ise kronolojik olarak bir zaman dilimi ya da bir sınıflandırmaya karşılık gelir (Gordon ve Hubbard, 2022, s. 1). Bu sebeple yaşlılık bir olgudur ve kronolojik bir döneme işaret etmektedir. Yaşlanma ise kişinin doğumundan ölümüne kadar devam eden bir süreçtir (Akıncı, 2020, s. 1; Gültekin, 2020, s. 2).

Yaşlılık, tarihsel olarak zamana, mekâna ve kültüre göre değişmesi sebebiyle belirsiz bir dönemdir (Arpacı, 2016, s. 2; Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003, s. 9). Tarihsel olarak ortalama yaşam süresinin farklı olması sebebiyle yaşlılığın ne zaman başladığı da görecelidir (Tağman, 2021, s. 4). Antik yunanda ortalama yaşam süresi 23 yıl, Roma döneminde 35 iken (Tağman, 2021, s. 4), 19. yüzyıl başında ortalama yaşam süresi beklentisi 40’tan fazla değildi. Endüstrileşme ile birlikte ortalama yaşam süresi

dünya genelinde artsa da 1950’li yıllarda gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler arasındaki ortalama yaşam süresi beklentisi arasında uçurumlar vardı ve bölgeden bölgeye değişmekteydi (Roser, ve diğerleri, 2019). Günümüzde ise cinsiyet, ülke ve bölgelere göre değişmekle birlikte ortalama yaşam süresi 80 yaş ile birbirine yakındır (The Word Factbook, 2023). Tüm bu veriler, yaşlılığın değişkenliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Bugün, bir bireyin yaşlı olarak sınıflandırılmasında kronolojik yaşı temel alınmaktadır. Birleşmiş Milletler 65 yaş ve üzeri kişileri yaşlı olarak tanımlamaktadır (UN, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 60 yaş ve üzere kişileri (WHO, 2022c) ve Avrupa İstatistik Ofisi (Eurostat) ise 65 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak tanımlamaktadır (Eurostat, 2019, s. 9). Dünya nüfusunun giderek yaşlanması ile bu kronolojik sınıflandırmanın da alt kırılımları belirlenmiştir. Buna göre 65-74 genç yaşlılar, 74-84 orta yaşlılar ve 85 yaş ve üzeri aşırı yaşlılar olarak sınıflandırılmaktadır (Lee, 2018, s. 249) Yaşlılığın kronolojik yaş ile kategorize edilmesi, küresel bir standart oluşturulması, netlik sağlaması açısından kolaylık sağlamaktadır.

Öte yandan insan doğumundan ölümüne kadar devam eden yaşlanma, kronolojik bir kategoriye indirgenemeyecek kadar karmaşık bir süreçtir. Yaşlanma, biyolojik, kronolojik, nörolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok boyutuyla disiplinler arası bütüncül bir kavrayış gerektiren girift bir konudur (Ceylan, 2016, s. 2). Yaşlanma sürecinin bütünsel ve kapsamlı olarak tanımlanması için tüm bu boyutlarıyla birlikte ele alınmalıdır.

Ancak yaşlanma sürecini, kronolojik olarak tanımlama eğilimi daha yaygındır. Kronolojik temelli bir tanımlama ve yaşlı yetişkinlerin kronolojik yaşlarına göre tedavi ve reçeteleme aşırı ya da yetersiz ilaç kullanımına neden olmakta ve yaşlı ayrımcılığının da bir uzantısı olarak değerlendirilmektedir (Singh ve Bajorek, 2014, s. 1). Yine, kronolojik yaş, bir kategori oluşturmak için yeterli değildir. Bu konuda salt kronolojik bir yaş üzerinden yapılacak kırılmalı tanımlama ve tedavi yaklaşımı ise hem yaşlı bireylerin tedavisindeki özgün değişkenlerin yok sayılmasına hem de yaşlıların kırılmalı tespiti, ölçüm ve tedavisine yönelik yetersiz ve sığ kalmasına neden olmakta ve yaşlılık algısında sübjektif genelleme yapılmasıyla sonuçlanmaktadır (Gordon ve Hubbard, 2022, s. 2).

Yaşlanma, genetik, yaşam biçimi ve genel sağlık durumu gibi sebeplerle kişiden kişiye değişen özgün bir deneyimdir. Bu sebeple yaşlanma sürecinde, görülen fiziksel, zihinsel, psikolojik tüm değişiklikler kişiye özgüdür ve biriciktir (Levine, 2013). Aynı kronolojik yaşa sahip bireylerin de sağlık durumları heterojendir ve bilişsel, fizyolojik durum, sosyal ve çevresel etmenler, psikolojik faktörler gibi değişkenler sebebiyle genelleme yapılamaz (Gordon ve Hubbard, 2022, s.1-2). Bu sebeple bazı kişilerde ileri yaşlarda fiziksel ve zihinsel işlevlerde bir bozulma görülmeyebilirken, bazı kişilerde ise 40-50’li yaşlarla yaşlanmaya ilişkin belirtiler görülebilmektedir. Birçok sanatçı ve bilim insanının ileri yaşlarında en iyi eserlerini sunabilmektedir. Bu noktada, sağlıklı yaşlanma ile insanların fiziksel ve zihinsel işlevlerini korumaları mümkündür (Salur, 2018, s. 25).

Yaşlanmanın kişiye özgü ve biricik olması durumu, yaşlılık kavramı için de geçerlidir. Yaşlılığı, kronolojik bir dönem olarak tanımlamakta, yaşlılığın yine fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri dikkate alınarak uygulama ve politika geliştirilmesi gerekmektedir. Yaşlanma sürecinin her bir birey için özgün olması, yaşlılık dönemindeki her bir deneyimin de farklılaşmasına neden olmaktadır. Bu sebeple tek bir yaşlanma süreci ve yaşlılık dönemi yoktur. Her bireyin yaşlanma süreci ve yaşlılık deneyimi değişkendir (Duben, 2018).

Yaşlanma sürecinin doğal bir evresi olan yaşlılık, insanların zihinsel, fiziksel ve bilişsel kapasitelerini korumaya çalıştıkları bir dönemdir. Yaşlılık deneyimi kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, yaşlanma sürecindeki biyolojik, fizyolojik, nörolojik ve bilişsel değişim belirtilerinde benzerlikler görülebilmektedir. Bu konuda yaşlılıkla ilişkilendirilen yaygın hastalıklar iştme, görme kaybı, kronik hastalıklar ve demanstır olarak belirtilmektedir (WHO, 2022). Yine yaşlanmayla birlikte fiziksel sağlık, görme, iştme ve davranışlarda değişim olabilmektedir. Bu durum saçların beyazlaşması, cilt yapısının değişmesi gibi yaşlanma sürecinin doğal bir yanıdır. Bu sebeple, yaşlanmayla birlikte görülen bilişsel bozulma, sağlıklı yaşlanmanın doğal bir parçasıdır (Salur, 2018, s. 15).

Yaşlılık döneminin en önemli zorluklarından biri de bilişsel kayıp ve bozulmalardır. Yaşlanma ile birlikte dikkat, çalışma belleği, bellek, dil, akıl yürütme,

soyutlama, zihinsel esneklik gibi bilişsel yetilerde bozulmalar gerçekleşmektedir. Bu konuda yaşlıların bilişsel kayıplarından kaynaklı bu yeni duruma karşı çocukluk dönemindeki benzer şekilde bir adaptasyon ve esneklik gerektirmektedir (Salur, 2018, s. 18). Bununla birlikte Alzheimer, vasküler demans, frontotemporal demans, yaşlılık depresyonu gibi farklı bilişsel hastalıklar ya da nörolojik sorunlar da görülebilmektedir (Birinci, 2020; Kılavuz, 2021; Kıyılıoğlu, 2020).

Bugün, yaşlı yetişkinlerin hayatını derinden etkileyebilen bilişsel değişikliklere ilişkin geliştirilen yaklaşım ve çalışmaların en önemli sorunu norm ve normalin saptanamamasıdır. Bu konuda elde edilen örneklem ve veri setlerinde sağlıklı olarak ifaden bireylerin bile bilişsel işlevlerinde bozulmalar görülmesi olasılık dahilindedir. Bu sebeple yaşlanmanın bilişsel boyutuna ilişkin “normalin” saptanması başlıca tartışmalıdır. Tüm bunların yanında sağlıklı yaşam biçimi, beslenme, sosyal yaşam ile sağlıklı bir bilişsel yaşlanma mümkündür (Salur, 2018, s. 18-25). Yine yaşlıların, biyoritimlerinin korunmasını sağlayacak gece-gündüz evrelerini yaşamalarını sağlamak, beslenme düzenleriyle uyku düzenlerini korunması yaşam kalitelerinin iyileştirilmesini de desteklemektedir (Canbeyli, 2018, s. 42). Yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin tüm bu karmaşık değişkenler ve girift faktörler, disiplinler arası bir alan olarak gerontoloji disiplini tarafından kapsamlı bir şekilde incelenmektedir.

1.7.1.7 Tüm Yönleriyle Yaşlanma ve Yaşlılık: Gerontoloji Kavramı ve Kapsamı

Yunancada “yaşlı adam anlamına gelen geron, 'büyümek, olgunlaşmak veya yaşlanmak' anlamına gelen 'gerh' kelimelerinden türetilen” (Apak, 2020, s. 35) gerontoloji, yaşlanmanın ve yaşlılığın bilimidir (Kalınkara, 2021, s. 8-10; Tufan, 2021a, s. 9; Yazıcı, 2014, s. 21). Bu bakımdan yaşlılık olgusu üzerine çalışan gerontoloji, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik, kültürel ve toplumsal boyutlarını ele almakta; yaşlılık araştırma, çözüm, öneri ve politika geliştirilmesinde diğer disiplinlerden faydalanmaktadır (Kalınkara, 2021, s. 11). Bir başka ifadeyle, insanın doğumundan ölümüne kadar biyopsikososyal bir süreç olan yaşlanma olgusu üzerine çalışan gerontoloji, yaşlanma süreçleri ve sorunlarındaki biyolojik, klinik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve toplumsal tüm boyutlarını inceleyen, açıklayan,

yapılandıran bir bilim dalıdır (Kalınkara, 2021, s. 8-10; National Council Research, 1987; Tufan, 2021a, s. 12; Tufan, 2021b, s. 5).

Şekil 1.6’da gösterildiği gibi yaşlanmanın çok yönlü olması sebebiyle Gerontoloji, birçok alt dallara sahiptir. Yaşlanma süreci biyopsikososyal model bağlamında ele alındığında insanların yaşlanma süreçlerindeki biyolojik ve fizyolojik yönünü biyoloji, geriatri, gerontopsikiyatri, psikolojik yönü gerontopsikoloji, sosyal boyutunu ise sosyal gerontoloji disiplini incelerken tüm bu disiplinlerin uygulama alanlarına ilişkin çalışmalar uygulamalı gerontoloji tarafından gerçekleştirilmektedir (Tufan, 2020, s. 25; Tufan, 2021a, s. 9).

Tablo 1.3 Gerontoloji Alt Dalları ve Uygulama Alanları

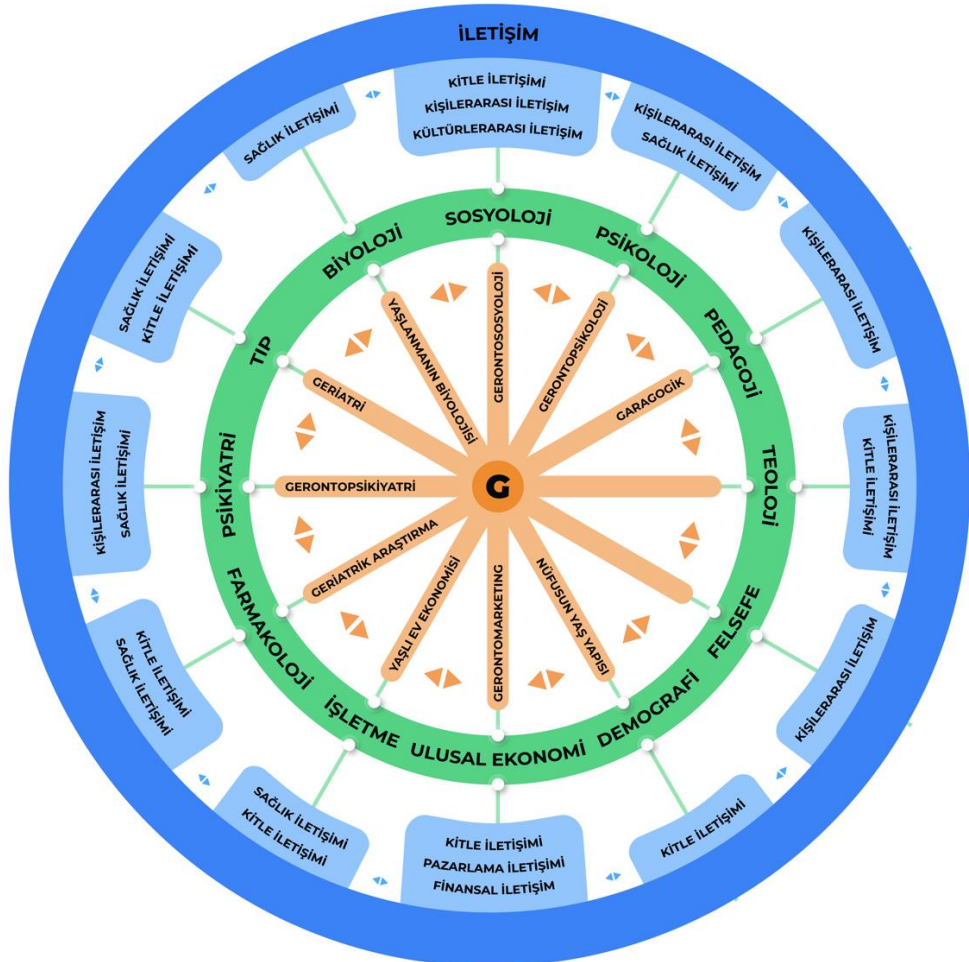
Kaynak: Tufan, 2020, s. 25; Tufan, 2021a, s. 9

Gerontoloji Kolları	Gerontolojik uygulama alanları
Sosyal Gerontoloji Gerontopsikoloji Geragoji (Yaşlı Eğitimi) Geriatri Gerontopsikiyatri Yaşlanmanın Biyolojisi Uygulamalı Gerontoloji	Sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, bakım hizmetleri, yaşlı hastanın tıbbi, gerontolojik yaşlı bakımı, geronteknoloji, ergonomi, yaşlı turizmi, şehir planlamacılığı, mimarlık, yayıncılık, teoloji, felsefe, demografi, ulusal ekonomi, sosyal politika, işletmecilik, farmakoloji

Tüm bunların yanında yaşlanma ve yaşlılık ile ilgili gerontoloji biliminin yanında diğer bilim ve disiplinler de araştırmalar gerçekleştirmektedir. Bu bakımdan interdisipliner ve multidisipliner bir alan olan gerontoloji, yaşlanmanın ve yaşlılığın toplumdaki tüm boyutlarını, diğer bilim ve disiplinlerle etkileşim içerisinde çalışmaktadır (Tufan, 2020, s. 25). Gerontolojinin interdisipliner ve multidisipliner boyutu; yaşlanma süreçleri ve yaşlılığın ne kadar geniş bir bilimsel alanda ilişki ve etkileşim içerisinde olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Yine bu durum yaşlanmaya ilişkin açıklama, araştırma, çözüm ve yapılandırmaların karmaşıklığını ve zorluğunu da işaret etmektedir.

Çok boyutlu ve katmanlı yapıya sahip olan yaşlanma ve yaşlılığa dair derinlikli ve bütünsel yaklaşım ve çözümler elde edilebilmesi için ise tüm bu disiplinlerin sınırlarının ötesine geçen transdisipliner çalışmalara ihtiyaç olduğu da vurgulanmaktadır (Tufan, s. 2021b, s. 5).

Öte yandan, gerontolojinin disiplinlerarası ve çok disiplin yapısı vurgulanırken mevcut model ve diagramlar içerisinde iletişim disiplinine ver verilmediği gözlemlenmektedir (Kalınkara, 2021, s. 19-22; Tufan, 2020, s. 25) Halbuki Şekil 1.7’de ifade edildiği gibi gerontoloji, iletişim disiplininin birçok alt disipliniyle doğası gereği çalışmaktadır. Bu konuda başta bireylerin birbirleriyle olan sözlü ve sözsüz tüm mesaj alışverişleri ve etkileşimlerine, diyalog çerçevesinde karşılıklı anlayışın ve anlamın inşa edilmesinde odaklanan kişilerarası iletişim disiplini (Burleson, 2010, s. 150; DeVito ve DeVito, 2022, s. 4; Jensen ve Trenholm, 1992) gerontolojinin tüm alt disiplinleri için hayati bir role sahiptir. Bununla birlikte gerontopsikoloji, gerontopsikiyatri, tıp alanlarında yaşlı bireylerinin biyolojik, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlıklarının geliştirilmesi için sağlık iletişimi önemli bir role sahipken, gerontolojinin hedeflediği amaçları ve çıktıları duyurması, ikna etmesi ve iletişime geçebilmesi amacıyla kitle iletişimi, finansal iletişim ve kurumsal iletişim alt disiplinlerine de ihtiyaç bulunmaktadır.



Şekil 1.6 Multidisipliner ve İnterdisipliner Bir Alan Olarak Gerontolojinin İletişim Disiplinleriyle Etkileşimi

Kaynak: Kalınkara, 2021 ve Tufan, 2020’den esinlenerek tasarlanmıştır.

Yine sosyal gerontoloji ve gerontososyoloji disiplinin toplumları, yapı ve sistemlerin yaşlanma ve yaşlı bireyler üzerindeki rolünün incelenmesi sürecinde (Martinson ve Berridge, 2015; Marshall ve Clarke 2007 ; Tufan, 2004), farklı zaman ve mekanlardaki toplumları ortak iletişim süreçlerindeki kültürel tercih ve paternlerinin de dikkate alınması kültürlerarası iletişimi zorunlu kılmaktadır (Carbaugh, 1990 , s. 151). Bu durum yaşlılık ve yaşlanmanın kültürel bağlamlar ve tercihlerde nasıl anlamlandırıldığı, yorumlandığının ele alınması, yanlış anlama ve yorumlamaların da önüne geçilmesine katkı sağlayacaktır. Tüm bu açılardan genel bir çerçevede değerlendirildiğinde ise iletişim disiplini gerontolojinin yaşlılık ve yaşlanmanın biyolojik, fiziksel, ruhsal, sosyal ve toplumsal yönlerinin incelenmesi, yaşlı bireylerle iletişim, etkileşim ve karşılıklı anlayışın inşa edilmesinde belirleyici ve anlamlı bir role sahiptir.

Bunların yanında, Gerontoloji kavramıyla sıkça karşılaştırılan diğer bir kavram ise Geriatri'dir. Yaşlı sağlığının korunması, yaşlanma süreçlerinin bir parçası olarak mevcut hastalıklarının tedavi ve rehabilite edilmesine yönelik çalışmalar yürüten Geriatri, “yaşlı tıbbı” olarak tıp alanının bir alt branşıdır (Kalınkara, 2021, s. 17). Yaşlanmayla birlikte bireyin biyolojik, fizyolojik, duygusal ve psikolojik değişiklikleri, deri, solunum sistemi, kardiovasküler, gastrointestinal, endokrin, kas, sinir sistemleri, immun ve duyu fonksiyonları ile psikolojik değişiklikler meydana gelebilmektedir. Yaşlılık dönemindeki birbirini etkileyebilen bu değişiklikler ise yaşlanmaya bağlı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmekte ya da yaşlıların yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Özellikle kronik hastalıklar, fiziksel, zihinsel ve sosyal yeti kayıpları yaşlanmaya bağlı görülen sağlık sorunlarıdır (Göçer ve Öcal, 2021, s. 7-17).

Yine, yaşlanmanın kendisi bir hastalık olmayıp yaşlı sağlığına yönelik değişimlerle hastalık semptomları birbirine karıştırılabilmektedir (Dişçiğil, 2020, s. 5). Yaşlıların şikayetleri, çevresi ve sağlık profesyonelleri tarafından yaşlanmanın bir sonucu olarak değerlendirilebilmekte ve dikkate alınmadığı durumlar oluşmaktadır. Yaşlıların tedavi süreçlerini aksatan bu durumun önüne geçilmesi, yaşlı yetişkinlere

uygun sağlık yaklaşımının tespit edilmesi geatrik değerlendirme ve uygulamalarıyla sağlanabilmektedir (Sütlü, 2022, s. 1-5). Bu sebeple yaşlıların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitelerinin arttırılmasında önemli bir role sahip olan geriatriinin, yaşlı sağlığı için rolü büyüktür.

Öte yandan, yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesinde yaşam boyu benimsenen yaşam tarzı, yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemlidir. Yine sağlığın gerekliliği olan “tam iyilik” halini etkileyen birçok bireysel, sosyal nedenlerin olması geriatri disiplinin yanında yaşlı sağlığına ilişkin çok boyutlu ve aktörlü bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır (Dişcigil, 2020, s. 3-7).

1.8 1.8 Yaşlanma/Yaşlılık Teori ve Yaklaşımları

Teoriler, kümülatif bilimsel bilginin gelişimi ve ampirik bulgulara ilişkin neden ve nasıl sorularına cevap bulma, tahmin ve genelleştirme için önemlidir. Bu, zamanla oluşan bilimsel bilginin farklı perspektiflerinin entegre edilmesine de imkân tanır (Bengtson ve Settersten, 2016, s. 2-4). Yaşlanma süreçleri ve yaşlılık dönemini ise biyolojik, psikolojik ve sosyolojik perspektiften açıklayan birçok farklı teori ve yaklaşım bulunmaktadır. Biyolojik teoriler, fizyolojik değişimlere, psikolojik kurumlar bireyin davranış ve çıktılarına odaklanırken psiko-sosyal ve sosyolojik kuramlar, insanın toplumla, sistem ve sosyal etkileşimini incelemektedir (Kalınkara, 2021, s. 27). Tüm bu kuram ve yaklaşımlar, yaşlılıktaki neden ve sonuç ilişkilerinin makro ve mikro düzeylerde ya da bunların birbirleriyle olan ilişkinini açıklanmasına olanak sağlarken, her bir teori ve yaklaşımın odak ve analiz düzeyinin farklı olması da yaşlanma ve çıktılarına ilişkin zengin bir perspektifin oluşmasına imkân tanımaktadır.

1.8.1 Aktivite/Etkinlik Kuramı (Activity Theory)

Havingvurst ve arkadaşları tarafından (1953) geliştirilen aktivite kuramı kişilerin yaşlılık öncesi tutum, davranış ve sosyal rollerine dayanmaktadır. Bu kurama göre kişilerin başarılı bir şekilde yaşlanabilmeleri, orta yaş dönemindeki değer, tutum, sosyal yetkinlik, davranış ve aktivitelerinin mümkün olan en uzun süre korumalarının

ve bırakılan ya da kaybedilen sosyal yetkinlik ve aktivitelerin yerine ikame başka aktivitelerle devam ettirilmesine bağlıdır (Havighurst, 1961, s. 8) Bireyin orta yaş dönemindeki sosyo-ekonomik durumu, sağlık durumu, aile, iş, arkadaş ilişkilerine bağlı doyumlarının yaşlılık döneminde devam ettirilmesi önemlidir (Havighurst, 1963, s. 299-300). Aktivite kuramı, aktif yaşlıların aktif olmayanlara göre daha fazla tatmin olduğuna, dolayısıyla orta yaş dönemindeki aktivitelerin devam ettirildiği ölçüde yaşlıların memnun olacaklarını varsaymaktadır (Tekin, 2020, s. 17-18). Burada yaşlıların toplumsal katılımına odaklanılmakta, bireyin hayatındaki rol ve sorumluluk ve aktivitelerin devam ettirilmesinin haz sağlayacağı belirtilmektedir.

Havingvurst ve Albrecht (1953), yaşlıların mutluluklarına ilişkin araştırmalar gerçekleştirmiştir. Buna göre orta yaşta mutlu olan bireylerin yaşlılık döneminde de mutlu oldukları, kişilerin kronolojik yaşından bağımsız kişinin uyum kabiliyeti, hissettiği yaş ve sosyal onay düzeyinin yaşlıların mutluluklarında belirleyici olduğu belirtilmiştir (Demir, 2021, s. 36-37). Aktivite kuramı, bireyin yalnızlaşmasına karşı çıkarak günlük yaşamda aktif bir yaşlılık dönemiyle insanların yaşam doyumlarının devam edebileceğini savunur. Yaşlanmaya pozitif bir yaklaşımla ele alan bu kurama göre bireyin toplumsal katılımı benlik duygusunun pekişmesine, üretken bir şekilde toplumla bütünleşmesine imkân tanımaktadır (Büyükyörük ve Say Şahin, 2020, s. 265). Bununla birlikte aktif yaşlanma sürecinde modern toplumdaki yaş ayrımcılığı, sosyo-ekonomik durumun değişmesi ve emeklilik kaynaklı sosyal rol, sorumluluk ve katılımın azalmasına karşın yeni rol ve aktivitelerin bulunmasını önerilmektedir (Kalınkara, 2021, s. 29-30). Böylece kaybedilen rollere karşılık yeni roller kazanılmasının yaşlılık döneminde başarılı yaşlanma için bir denge sağlayacağı savunulmaktadır (Şentük, 2022, s. 103-105).

1.8. 2 Yaşamdan Geri Çekilme/İlişki Kesme Teorisi (Disengagement Theory)

Cumming ve Henry (1961) tarafından aktivite kuramına bir tepki olarak doğan yaşamdan geri çekilme teorisi, modern toplumdaki bireyin durumunun nasıl olduğuna odaklanmaktadır. Yaşlanmanın negatif yönüne odaklanan bu kurama göre yaşlılık döneminde hem birey hem de toplum birbirinden karşılıklı olarak uzaklaşmakta, geri çekilmekte bu durum biyolojik, fizyolojik ve sosyal yaşlanmanın doğal bir sonucu

olarak görülmektedir (Bengtson, 2016, s. 102; Kalıncara, 2021, s. 31; Rowe ve Cosco, 2016, s. 613). Kurama göre bu geri çekilme süreci hem yaşlı birey hem de toplum için faydalı olarak görülür. Yaşlılar, yaşamdan geri çekilerek kendi daha sakin, huzurlu, etkileşimin azaldığını kabul ederek psikolojik denge ve uyuma ulaştıklarını, toplumun ise yaşlı bireylerden üretkenlik baskısının ve sosyal rol beklentilerinin azalmasının gençlere yeni rollerin aktarılmasına olanak sağlayarak toplumsal dinamiklerin sürdürülebileceği iddia edilmektedir (Büyükyörük ve Say Şahin, 2020, s. 264; Demir, 2021, s. 31-32). Bir başka ifadeyle yaşamdan geri çekilmek orta yaşın başarı ve üretkenlik baskılarına karşı bir özgürlük getirdiği savunulmaktadır (Bengtson, 2016, s. 102; Tekin, 2020, s. 17). Aktivite teorisinin aksine, bu kuram göre başarılı yaşlanabilme bireyin aktif yaşamdan geri çekilmesine ve bunu kabullenme arzusuna bağlıdır (Havighurst, 1961, s. 8).

Yaşamdan geri çekilme kuramına karşı ciddi eleştiriler bulunmakta ve günümüzde büyük oranda kabul görmemektedir (Dowd, 1975, s.). Bu konuda kuram, yaşlanma sürecinde bireysel ve kültürel değişkenliğin dikkate alınmamasından kaynaklı eleştirilmektedir. Kişinin yaşlılık dönemindeki daha içsel olacağı ve yaşamdan geri çekileceği önermesinde bireysel tercih ve farklılıklar göz ardı edilmektedir. Bazı insanlar yaşamdan geri çekilmeyi tercih ederken diğer insanlar tercih etmeyebilmektedir. Bu sebeple sosyal izolasyon genellenabilir bir durum olmayıp birçok yaşlı aktif yaşamına devam etmektedir. (Büyükyörük ve Say Şahin, 2020, s. 265; Kalıncara, 2021, s. 31). Bununla birlikte her toplumdaki yaşlı yetişkinlerin yaşamdan geri çekilmedikleri, kültürel farklılıkların olması sebebiyle kuram evrensel bir geçerliliğe sahip olduğunu söylemek mümkün değildir. Son olarak yaşlılar homojen bir grup olmayıp ciddi sağlık sorunu yaşayanlar, sağlık sorunu olmadan sosyal ve fiziksel yaşantısına devam edenler, emekli ya da çalışan gibi birçok farklı özgün durumlara sahiptir. Buradaki geri çekilmenin psikolojik mi yoksa sosyal bir çekilme olduğuna ilişkin bir ayrımın da yapılması gerekmektedir (Demir, 2021, s. 33).

1.8.3 Modernleşme Teorisi (Modernization Theory)

Toplumsal düzeyde modernleşme, sanayileşme ile artan yaş ayrımcılığı ve yaşlıların sosyal statülerindeki değişimleri açıklayan modernleşme teorisi, yaşlı

yetişkinlerin geleneksel toplumdaki deneyime bağlı bilgi ve sosyal statülerinin değer kaybettiğini ve zayıfladığını savunmaktadır. Cowgill (1974) tarafından makro düzeyde toplumsal değişimle yaşlılığın nasıl anlamlandırıldığına odaklanan bu kurama göre modern toplumda şehirleşmeyle birlikte geleneksel aile ilişkileri zayıflamakta, sanayileşme yaşlıların üretim süreçlerindeki kontrolünün kaybetmesine neden olmakta ve bu durum algılanan sosyal statü ve toplumsal faydalarını değersizleştirmektedir (Cowgill, 1974a, s. 1-3; Cowgill, 1974b).

Modernleşme teorisi, toplumun modernleşmesinin bir dilemması olarak sağlık ve ekonomik şartların gelişmesi, teknoloji ve şehirleşmenin artmasıyla birlikte yaşlı yetişkinlerin sosyal konum, prestij ve statülerini olumsuz etkilendiğini savunmakta, modernleşme sürecinin tamamlanamamış kırsal, geleneksel toplumlarda ise yaşlıların sosyal konumlarını korudukları, modernleşmenin bir sonucu olarak yaşlılığın problem olarak algılandığı belirtilmektedir (Goldstein ve Beall, 1981, s. 48-49). Bu bakımdan kuram; yaşlıların sosyal konum, statü ve değerleri ile modernleşme arasında bir ters ilişki kurmakta, toplumdaki kentleşme, sağlık, ekonomi ve teknoloji açısından gelişmişlik arttıkça yaşlılara verilen değer azaldığı vurgulanmaktadır (Büyükyörük ve Say Şahin, 2020, s. 268). Cowgill'in bu teorisini algılanan sosyal statü ve modernleşme arasındaki ilişkiyi inceleyen kütürlerarası çalışmaların bazılarının bulguları desteklerken (Rudnev ve Vauclair, 2022, s. 14), bazı çalışmalarda modernleşme ve yaşlıların algılanan sosyal statüsü arasında olumlu ya da olumsuz bir ilişki kurulamamıştır (Palmore ve Manton, 1974; Vauclair ve diğerleri, 2014; Vauclair ve Rudnev, 2022, s. 3278).

Makro düzeyde bir kuram olarak modernleşme teorisi, toplumsal değişimlerin yaşlanma ve yaşlı yetişkinler üzerindeki rolünün incelenmesine odaklanması açısından ön plana çıkmaktadır. Ancak bu kurama ilişkin karşıt eleştiriler de bulunmaktadır. Öncelikle kuramda belirtilen sosyal statü, prestij gibi kavramların neyi kapsadığı ve ne anlama geldiği net bir şekilde açıklanmamıştır (Goldstein ve Beall, 1981, s. 48-49). Özellikle gelişmemiş toplumlarda yaşlıların statüsünün ve değerinin korunduğu üzerine net bir tablo çizmek mümkün değildir, geleneksel toplumların bazılarında yaşlılara değer verilirken, birçok toplumda da yaşlılar ölüme terk edilmekte, öldürülmekte ya da kurban edilmektedir (Kalınkara, 2021, s. 35). Yine yapılan çalışmalar, gelişmiş modern toplumlarda 65 yaş ve üstü nüfusun artmasıyla yaşlıların

statülerinin daha olumlu algılandığı ortaya konmuştur (Swift, Abrams ve Lamont, 2022, s. 169).

Öte yandan, kültür ve bağlamsal faktörler de toplumda yaşlanma ve yaşlıların algılanmasını etkilemektedir (Rudnev ve Vauclair, 2022, s. 15). Her ne kadar aşırı basitleştirme riski barındırsa da batı ve doğu toplumlarının kültürel dinamiklerinin farklı olmasından kaynaklı yaşlı yetişkinlere ilişkin algılamalar farklıdır. Doğu toplumlarında yaşlı yetişkinlere daha fazla saygı gösterilirken batı toplumunda bireysel kültürle yaşlılar daha negatif bir algıya sahiptir (Swift, Abrams ve Lamont, 2022, s. 169). Yine Müslüman toplumların daha dindar olması ve Kur'anı Kerimin emredici rolünün de etkisiyle yaşlılara yüksek bir statü verildiği gözlemlenmiştir (Rudnev ve Vauclair, 2022, s. 16).

1.8. 4 Süreklilik Kuramı (Continuity Theory)

Atchley tarafından (1989) geliştirilen süreklilik teorisi, orta yaşlı ve yaşlı bireylerin hayatlarındaki zamanla gelen değişime karşı geçmiş yaşamdaki içsel ve dışsal yapılarının koruyarak ya da sürdürmeye çalışarak toplum tarafından gelen baskılara karşı bir sosyal uyum ve onaylanma stratejisi geliştirdiğini savunur. Bu teoriye göre yaşlılar geçmiş yaşantısıyla kurdukları içsel ve dışsal süreklilikler, hedeflerinin belirlenmesi ve uyum kapasitesinin sürdürülmesi sayesinde yaşlanmayla gelen bireysel ve toplum baskısına karşı bir strateji geliştirerek normal yaşlanma sürecini devam ettirmektedir (Guedes ve Melo, 2022, s. 1171). Kişinin içsel sürekliliği benlik, kimlik algısı, duygu, deneyim, tercih ve eğilimlerle sağlanmakta, dışsal sürekliliğini ise toplumdaki roller, sorumluluklar, alışkanlıklar, tanıdık kişilerle yapılan etkileşimlerle korumaktadır. Tüm bu içsel ve dışsal süreklilik ise bireyin geçmiş yaşantısı ile mevcut durumu arasındaki bireysel değerlendirmesiyle gerçekleşmektedir (Atchley, 1989, s. 183-185). Bu teorik bakış açısından yola çıkıldığında insanların geçmişteki kişisel özellikleri, karakteri ve davranış biçimleri, yaşlılık döneminde de bir uyum stratejisi olarak devam etmektedir. Bu sebeple insanların bütünleşmiş bir kişilik geliştirmeleri ve bunu devam ettirmeleri başarılı ve normal yaşlanmalarının anahtarıdır (Kalıncara, s. 2021, s. 37).

Süreklilik teorisinde normal yaşılanan kişiler, finansal, beslenme, barınma, sağlık, bakım eğlence ve sosyal ihtiyaçlarını bağımsız bir şekilde yerine getiren, kalıcı bir kimlik ve benliğe sahiptir. Bu ihtiyaçlarını karşılayamayan kişiler ise patolojik yaşılanmaktadır. (Atchley, 1989, s. 184). Kuram; süreklilik kavramının aynılık anlamına gelebilmesi, yaşılanmanın doğal bir sürekli değişim getirmesiyle süreklilik kavramının çerçevesinin net çizilememesinden kaynaklı eleştirilmektedir (Demir, 2021, s. 39).

1.8. 5 Rol Kaybetme Kuramı (Rol Theory)

Rol kaybetme teorisi, bireylerin yaşılanma süreçlerindeki yaşadıkları rol kayıpları ve bunların sonuçlarına odaklanmaktadır (Guedes ve Melo, 2022, s. 1171). Bireysel özelliklere, tarih, kültür ve zamana göre değişebilen roller, insanların sosyal konumlarını (anne, baba, patron, müşteri) ve bu konumlarına göre davranışlarını belirlemekte, toplumla ilişkisini ve belirsiz durumlarda nasıl davranılacağı konusunda yardımcı olmaktadır (Aartsen ve Hansen, s. 2020). Bu kurama göre birey, sosyal rolleri ile etkileşime girmekte, kişinin değer, tutum ve inançlarını sosyal çevresindeki rolleri belirlemektedir. Bu sosyal roller ise kişinin sosyal çevresi ve psikolojik süreçleri arasında bir köprü görevi görmekte, yaşılanmayla gelen rol kaybı ise kişinin benlik saygısını azaltmaktadır (Kalınkara, 2021, s. 38). Rosow'un (1974) belirttiği gibi yaşılanma ile gelen değersizleştirme, stereotipleştirme, toplumsal dışlanma, rol kaybı ve rol belirsizliği gibi sonuçlar, yaşlı yetişkinlerin hayatlarını olumsuz etkilemektedir. Emeklilik, eşin ölmesi ya da eşten boşanma, emeklilik sonrası düşük gelirle yaşam stilinin zarar görmesi gibi nedenlerle gelen rol kaybı, yaşlıların sosyal çevresini, prestijini ve statüsünü olumsuz etkilemektedir. Bu rol kayıpları, kişilerin morallerinin bozulmasına, sosyal kimliklerinden yoksun kalmalarına ve psikolojik dengelerinin bozulmasına, anksiyeteye neden olmaktadır. Yaşlılık dönemindeki sosyal rollere ve beklentilere ilişkin bu belirsizlik ve boşluk bireylerin özel ve kişisel tanımlamalarıyla doldurulmalıdır (Rosow, 1974, s. 7-11). Öte yandan rol kaybetme teorisi, rol kaybına ilişkin kültürel ve bireysel farklılıkları dikkate almaması, yaşılanmanın negatif yönüne odaklanması, erkek egemen toplumlara ilişkin çıkarımlar sunması nedeniyle de eleştirilmektedir (Demir, 2021, s. 44). Bununla birlikte süreklilik teorisinde savunulduğu gibi bireylerin öğrendiklerine ve önceki deneyimlerine dayanarak yeni

roller üstlenebilecekleri olasılığını dikkate alınmaması nedeniyle de eleştirilmektedir (Guedes ve Melo, 2022, s. 1173).

1.8.6 Yaşam Boyu Gelişim Teorisi (Life-Span Theory) ve Yaşam Seyri Yaklaşımı (Life-Course Approach)

Baltes ve arkadaşlar tarafından (1970) geliştirilen yaşam boyu gelişim teorisi, temelde gelişimin sadece yetişkinlik dönemine ait bir süreç olmadığını, yaşamın bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi her döneminde kendine özgün öncelikli ontogenetik gelişim gündemi, adapte süreçleri ve mekanizmalarıyla yaşam boyu devam ettiğini savunur. Bu sebeple gelişimin yeniden tanımlanması gerektiğini, klasik olarak gelişimin yaş ile değil, hafıza ve benlik kimliği gibi zihin ve davranış arasındaki süreç ve mekanizmaların incelenerek yaşam boyu devam eden gelişimin gözlemlenebileceği belirtilmektedir. Psikoloji disiplininde sıkça kullanılan yaşam boyu gelişim teorisi, gelişim sekanslarının oluşturulması, erken ve geç gelişim dönemleri arasındaki bağların kurulmasına, gelişim faktörlerinin ortaya konulmasını ve bireyin yaşam boyu gelişimini şekillendiren biyolojik ve çevresel zorluk ve fırsatların ortaya çıkarılmasını da amaçlamaktadır (Baltes, Lindenberger ve Staudinger 1998, s. 1029-1030). Gelişimde bireysel farklılıklara, benzerliklere ve plastisiteye odaklanan yaşam boyu gelişim teorisindeki bütüncül yaklaşım, bireyi bir sistem olarak ele alır ve yaş dönemlerini ve gelişim durumlarını tanımlayarak yaşam boyu gelişimin bir modelini sunmaktadır. Bu teoriye ilişkin tüm yaklaşımlar ise yaşam boyu gelişimsel psikolojisi disiplininde kavramsallaşmaktadır. (Baltes ve Goulet, 1970, s. 3-4; Baltes, Staudinger ve Lindenberger, 1999, s. 472-473).

Yaşlanma açısından ise gelişimin doğasını düzenlemede hiçbir yaş dönemi üstünlüğe sahip olmayıp Bireyin yaşam boyu devam eden ontogenetik gelişimi, kayıp ve kazançlarla ve esneklik düzeyi ile ilişkilidir (Baltes, 1987, s. 613). Bireyin ileriki yaşlarındaki gelişim ve değişimlerin nasıl ele alınacağına ve oluşan farklılıklarına da odaklanan bu yaklaşımda “kayıpsız kazanç, kazançsız bir kayıp” (Baltes ve diğerleri, 1998, s. 1030) olmayacağı görüşü hakimdir Bu sebeple yaşlılık ve yetişkinlik gibi hayatın belirli bir dönemini bütüncül bir kazanç ya da kayıp olarak değerlendirmeden, kazançların maksimize edilmesi, kayıpların minimumda tutulmasına

odaklanılmaktadır. Kişinin başarılı bir şekilde yaşlanması ise bireysel ve toplumsal öncelik, motivasyon ve şartlara göre kapasitesini seçim, telafi ile optimize edebilmesine bağlıdır. Bir başka ifadeyle, bireyin yaşlanma sürecinde motivasyon ve yetkinliklerine odaklanarak bir seçim yapması, kaybolan yetkinlik ve kapasitelerin yerine ise yeni kapasiteler ile adapte olarak gelişimde bir optimizasyonu sağlanması hedeflenmektedir (Baltes ve Baltes, 1990, s. 21-23).

Öte yandan başta sosyoloji, gerontoloji, antropoloji, demografi ve gelişim psikolojisi disiplinleri tarafından çalışılan yaşam seyri teorisi/yaklaşımı ise (life-course theory), nadiren yaşam boyu gelişim teorisi yerine eş anlamlı olarak kullanılmakla birlikte sosyolojik temelli daha geniş ve ayrı bir teoridir (Elder ve diğerleri, 2003, s. 4).

Sosyal gerontoloji ve yaşlanma sosyolojisi alanlarında teorik çerçeve olarak geniş biçimde kullanılan yaşam seyri yaklaşımı, yaşlı bireylerin mevcuttaki sorunlarının anlaşılabilmesinin, değişen tarihsel bağlamı da göz önünde bulundurarak yaşamlarının önceki dönemlerindeki psikolojik ve sosyal faktörleri, durum ve değişkenlerin dikkate alınmasına bağlı olduğunu savunur (Bengtson, 2016, s. 110). Yaşlıların bireysel durumlarını ve gelişimlerini ise sosyo-ekonomik durum, sosyal statü, aile ilişkileri gibi tarihsel ve yapısal faktörler etkilemektedir (Cain, 1964, s. 1-299). Elder'a göre (1974) yaşam seyri teorisi beş paradigmatik prensibe dayanmaktadır. Buna göre a) insanın gelişimi ve yaşlanması hayat boyu devam eden bir süreçtir, b) tarihsel ve sosyal sorun ve fırsatlar karşısında bireylerin tercih ve eylemleri yaşamlarının inşasında belirleyicidir, c) bireylerin yaşamlarını tarihsel bağlam ve mekanlar etkilemekte ve şekillendirmekte, d) yaşam geçişleri, olayları ve davranışsal kalıpların sonuçları kişinin yaşamındaki zamanlamaya göre değişmekte ve e) farklı hayatlar birbirlerine aile ve diğer sosyal ilişki ağlarıyla birbirine bağlı olup sosyo-tarihsel etkiler bu ilişkiler üzerinden deneyimlenmektedir (Elder, 1974; Elder ve diğerleri, 2003, s. 10-13; Bengtson, 2016, s. 111).

Sosyal bilimlerdeki boylamsal çalışmalarda önemli bir dayanak noktası haline gelen yaşam seyri yaklaşımı, kohort analizler ve boylamsal nicel veri toplamada altın standart olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte yaşam seyri yaklaşıma ilişkin mevcut çalışmaların hedeflerine ulaştığını ve rutinleştğini savunanlar, mikro

düzeydeki nedensel ilişkileri açıklamada ve veri toplamada katkıları olduğunu ve duraksamaya girdiğini belirtenler ve son olarak yaşam seyri araştırmalarının halen çok boyutlu, birikimli ve ilerici bir alan olarak yeni metodolojilerle önemli sonuçlara ulaşabileceği görüşünü paylaşan sosyal bilimciler bulunmaktadır (Mayer, 2009, s. 415-416). Tüm bu farklı bakış açılarına rağmen yaşam seyri yaklaşımı, hem makro düzeyde sosyal, siyasi, ekonomik yapılar, kurumlar ve sistemler hem de mikro düzeyde yaşlıların ve yaşlanmak olan bireylerin nedenlerini ve makro yapılarla olan ilişkilerini ortaya çıkarması bakımından önem arz etmektedir (Akış ve Yaylagül, 2021, s. 282). Türkiye’de ise daha çok sosyoloji disiplininde ön plana çıkan yaşam seyri yaklaşımına dayalı, kesitsel, retrospektif çalışmalara ilgi artmakla birlikte sınırlı düzeydedir. Arun’un da belirttiği gibi (2018) yaşam seyri yaklaşımı “yaşı bireysel bir iyelik olarak görmenin ötesinde sosyal yapının da bu iyeliğe katkısını” (Arun, 2018, s. 83) incelemektedir.

Bu iki teorinin bazı kesişim alanlarının olması, teorilerinin entegre edilerek daha bütünsel bir yaklaşım çabaları nedeniyle bu çalışmada birlikte ele alınmıştır. Psikoloji ve sosyoloji disiplinleri tarafından kullanılan her iki teori de yaşlanmayı bir süreç olarak tanımlamakta, tarihsel ve sosyal sorunları dikkate almakta, yaşam boyu biriken kümülatif avantaj ya da dezavantajların etkisine, bireyin yaşlanma sürecinde karşılaştığı şartlara, belirleyicilere, yaşlılık dönemindeki esneklik ve uyuma odaklanmaktadır (Baltes ve Baltes, 1990; Elder, 1974; Elder ve diğerleri, 2003, s. 10-13). Bu teorilerin yaşlanmaya ilişkin bütünsel, esnek ve süreç temelli olması, çalışmamızdaki araştırmaların kuramsal çerçevesini oluşturmaktadır.

1.8.7 Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Diğer Kuramlar

Yaşlanma ve yaşlılık dönemine ilişkin makro ve mikro düzeyde farklı diğer kuramlar da bulunmaktadır. Bu kuramların bir kısmı sosyal inşacı, çatışmacı kuram ya da sembolik etkileşimcilik yaklaşımlarından etkilenecek şekilde ortaya çıkmıştır. Çalışmada tüm kuramlara yer vermek mümkün olmamakla birlikte yaşlanmaya ilişkin bu kuramlara dayanan teori ve yaklaşımlar ele alınacaktır.

Her toplumdaki farklı insan, grup ve toplulukların güç, çıkar ve fayda mücadelelerine odaklanan çatışmacı kuram, sürekli rekabet ve çatışma içerisindeki toplulukların birbiri üzerindeki rol ve ilişkilerini incelemektedir. Marx, Hegel,

Gramsci gibi düşünürlerden etkilenen kuram, toplumsal alanı, eşitsizlik, baskı ve bağımlılığın sürdürdüğü bir mücadele alanıdır (Tekin, 2020, s. 24). Bu kurama göre toplumun üst sınıfındaki gruplar, kendi çıkarlarına göre diğer grupları baskı altına almaktadır. Buradaki çatışma unsuru sadece ekonomik olmayıp toplumdaki her türlü statü ve güç mücadelesini ele almaktadır. (Şentürk, 2022, s. 116). Bu bakımdan çatışmacı kuram, toplumsal düzenden kimlerin faydalandığını, hangi şart ve kuralların geçerli olduğunu incelemektedir (Kalıncara, 2021, s. 40). Kapitalist ve sanayileşmiş toplumlardaki yaşlıların sınıf, cinsiyet, ırk, etnik köken ve sosyal statü gibi faktörlerden kaynaklı sosyal eşitsizliklere odaklanan çatışmacı kuramda, toplumsal yapının ve politikaların yaşlılar üzerindeki etkileri, yaş temelli hiyerarşiler, üretken olmayanın “değersiz” kabul edildiği bir bakış açısı eleştirilmektedir tanınmaktadır (Büyükyörük, Say Şahin, 2020, s. 272). Gerontolojik açıdan ise yaşlanma ve yaşlılığın açıklamasında ve tartışılmasında politik ekonomik teori ve yaş tabakalaşması kuramı çatışmacı kurama dayanmaktadır.

Gerontoloji disiplinine alternatif ve eleştirel bir perspektif sunan politik ekonomik teori, yaşlanma ve yaşlılık politikalarındaki belirleyici toplumsal yapıları incelemektedir. Politik ekonomik teori, devletin kurumsal yapıları, politikaları ve sınıf ilişkileriyle yaşlı bireyler üzerinden nasıl bir bağımlılık ve eşitsizlik ürettiğini vurgulamaktadır (Estes, SwanveGerard, 1982, s. 159). Toplum içerisinde yaşlı bireylerin durumlarına makro düzeyde bakan politik ekonomik kuram, yaşlıların bağımlılık durumlarını yaratan faktör ve koşulları, siyaset, ekonomi ve kültür gibi toplumsal yapılar ve politikalarla ilişkisini ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu kurama göre sosyal sistemler ve kurumlar, politik ekonomik durum yaşlıların hayatları üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir (Kalıncara, 2021, s. 40; Şentürk, 2022, s. 118) Bu açıdan eleştirel gerontologlar tarafından kullanılan kuram, yaşlı emekli kadınların erkeklere göre gelirinin az olması, yaşlı azınlıkların diğer yaşlı bireylere göre daha az tasarruflarının olması gibi bireysel düzeydeki sosyo-ekonomik statünün yarattığı sosyal ve sağlık eşitsizliklerine de odaklanmakta ve yaşlılar için refah sisteminin sosyal politika ve yapısal değişimlerle mümkün olacağını savunmaktadır (ChongveGu, 2022, s. 1229-1233).

Yine çatışmacı kurama dayanan diğer bir yaklaşım da yaş tabakalaşması teorisi. Riley (1971) tarafından geliştirilen yaş tabakalaşması teorisi temelde

“bireyin belirli bir toplumun değişen yaş yapısı içindeki konumu, onun davranış ve tutumlarını nasıl etkiler?” sorusu üzerinden kronolojik yaşı temel almakta, toplumdaki belli bir dönemdeki yaşayan farklı yaş tabakalarını, bu tabakaların rollerini, maruz kaldıkları sosyo-kültürel olayları şartları ve değişimleri incelemektedir. Bu teoriye göre bireyin yaşı bir süreç ve yapı olup toplumda sosyal rollere girmesine, rol değiştirmesine imkan tanır. Bu sebeple aynı dönemdeki ve kohorttaki genç, orta yaş ve yaşlı gibi yaş tabakalarındaki bireylerin benzer rol ve davranışları gerçekleştirmeleri beklenmektedir (Riley, 1971, s. 80-81) Bir başka ifadeyle kuram, kohort merkezli aynı yaş grubundaki bireylerin tarihsel, sosyal geçmişlerinin benzer olmasından kaynaklı yakın dünya görüşünü, davranış ve yaklaşımları paylaştıkları önermesine dayanmaktadır (Büyükyörük, Say şahin, 2020, s. 275). Yine bu teoriye göre aynı yaş tabasındakiiler “homofili” bir değer paylaşımı söz konusuyken, farklı yaş tabasındaki genç ve yaşlı bireyler, toplumda karşılıklı olarak sosyalleşerek birbirlerine katkıda da bulunabilmektedir (Riley, 1974, s. 89).

Yaşlanmaya ilişkin açıklanan bu makro teorilerin yanında sembolik etkileşimcilik gibi birey ve toplumun birbirleriyle olan etkileşimine odaklanan mikro düzeyde yaklaşımlar da bulunmaktadır. George Herbert Mead tarafından geliştirilen sembolik etkileşimcilik yaklaşımında birey, diğer insanlarla ve toplumla olan etkileşimi sonucunda elde ettiği dönüşümlere göre bir benlik geliştirmektedir (Büyükyörük, Say şahin, 2020, s. 268; Kalınkara, 2021, s. 40).

Mead’ın insan resminde benlik, merkezi bir role sahiptir. Kişi, benliği aracılığıyla kendini algılamakta, kendiyle ve çevresiyle etkileşime geçmektedir. Toplumdaki bireylerin birbirleriyle olan etkileşimleri ise sembolik ve sembolik olmayan bir şekilde gerçekleşmektedir (Bluberi, 1966, s. 535-538). Sembollerin merkezde olduğu bu yaklaşımda dil, sosyal olarak anlamın oluşmasında aracı bir role sahiptir. Sembolik etkileşim ise bireylerin toplumda birbirlerini söz ve eylemlerini yorumlamasına ve nasıl davranılacağına dair işaretleri de içermektedir (Mead, 2012, s. 56). İnsan, toplumdaki etkileşimler aracılığıyla toplumsal rollerini öğrenmekte, değiştirmekte ve geliştirmektedir. Bu bakımdan toplumdaki genç ve yaşlılığa ait roller de bu etkileşimin sonucunda öğrenilmektedir (şentürk, 2022, s. 122).

Sembolik etkileşimciliğin devamı niteliğindeki diğer bir kuram ise etiketleme teorisidir. Suç ve sapkınlıkta sosyal etiketlemenin rolünü inceleyen etiketleme kuramı,

sapkınlık farklı nedenlerle gerçekleşse bile kişinin olumsuz stereotiplerle bir kere etiketlenmesi, kişide bu durumun kalıcı hale gelmesine ve farklı sorunlara yol açmaktadır (Benburg, 2019, s. 1-3). Bu teoriye göre insanların benlik algıları, toplumsal etkileşim yoluyla elde ettikleriyle ya da atfedilen etiketler üzerinden oluşmaktadır (Büyükyörük, Say Şahin, 2020, s. 269) Bireyin toplumda olumlu ya da olumsuz etiketlenmesi, kişinin belirli bir süre sonra o etiketi benimseyerek etiketlenen role girmesiyle sonuçlanmaktadır (Özmen veErdem, 2018, s. 188). Kişinin “eğitimsiz, bilgisiz, suçlu ya da sapkın” gibi etkileşime dayalı tekrarlı etiketlenmeleri sonucunda kişi etkilenmekte ve yaşamını buna şekillendirmektedir. Bu kuram bağlamında yaşlı bireyler de toplumla olan etkileşimi, yaşlı yetişkinlere ilişkin yapılan atıf, sıfat ve değerlendirmelere göre kendi benlik, kimlik ve değer anlayışını geliştirmektedir. Toplumdaki yaşlılara ilişkin “pasif, hayattan kopuk, bağımlı” gibi olumsuz etiketler, yaşlı yetişkinlerin davranışlarını üzerinde de belirleyici olabilmektedir (Şentürk, 2022, s. 126-129).

Etkileşimcilik yaklaşımından etkilenen diğer bir kuram ise sosyal değiş tokuş/alış-veriş teorisidir. Dowd (1975) tarafından geliştirilen bu kuramın temel varsayımı, toplumdaki bireylerin, grupların etkileşimleri maddi ve maddi olmayan ödüllerin maksimize edilmesine ve maliyetlerin ise azaltılmasına dayanmaktadır. Buna göre bireyler arasındaki etkileşim, karşılıklı olarak ödül ve maliyet çerçevesinde bir dengenin kurulmasıyla gerçekleşmekte, karşılıklı değiş tokuş esasında sürdürülmektedir. Değiş tokuşun temelinde güç paylaşımı ve aktarımı bulunmaktadır. Bu teoriye göre yaşlıların gelirlerinin azalması, sağlıklarındaki bozulmalar ve sosyal çevrelerindeki kayıplar sonucunda sosyal etkileşim zamanla azalmakta ve nihai olarak değiş tokuş sürecinde güç kaybı yaşayan yaşlı bireylerin sosyal güvenlik ve emeklilik karşılığında toplum ve sisteme itaat etmeleri beklenmektedir. Bu sebeple yaşlanma, güç ve prestij odağında bir alış-veriş süreci olarak tanımlanmaktadır (Dowd,1975, s. 586-587).

Tüm bu teorilerin yanında yaşlanma ve yaşlılık sürecini biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan açıklamaya çalışan makro ve mikro düzeyde çeşitli teoriler de bulunmaktadır. Bu çalışmada yaşlanmayı psiko-sosyal ve sosyal açısından ele alan kuramlara yer verilmiştir.

Tablo 1.4 Yaşlanma Kuramlarına Karşılaştırmalı Bakış

Kuram	Temel Önerme	Eleştirel Noktalar	Kaynaklar
Aktivite/Etkinlik Kuramı	Bireyin orta yaş dönemindeki değer, tutum ve sosyal yetkinliklerini yaşlılık döneminde devam ettirmelidir.	Bireyin farklı bireysel ve kültürel tercihleri göz ardı edilmektedir.	Havighurst, 1961; Tekin, 2020; Büyükyörük & Say Şahin, 2020
Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi	Yaşlılık döneminde bireyin ve toplumun birbirinden karşılıklı olarak uzaklaşmalıdır.	Kültürel ve bireysel değişkenlerin dikkate alınmaması; toplumsal dinamiklerin genelleştirilememesi.	Cumming & Henry, 1961; Rowe & Cosco, 2016; Kalinkara, 2021
Modernleşme Teorisi	Modernleşme, yaşlıların sosyal statülerinin ve rollerinin zayıflamasına neden olmaktadır.	Sosyal statü ve prestij gibi kavramların net tanımlanmaması; yaşlanmayı sadece modernleşme açısından ele alma.	Cowgill, 1974; Büyükyörük & Say Şahin, 2020; Rudnev & Vauclair, 2022
Süreklilik Kuramı	Bireyin geçmiş yaşantılarının devam ettirilmesiyle sosyal uyum sağlanabilir.	Süreklilik kavramının net tanımlanmaması ve kuramın ampirik çalışmalarda yeterince test edilmemiş olması.	Atchley, 1989; Kalinkara, 2021; Guedes & Melo, 2022
Rol Kaybetme Kuramı	Yaşlanma ile bireyin rol kayıpları yaşaması ve bunun olumsuz sonuçları vardır.	Kültürel ve bireysel farklılıkların dikkate alınmaması, yaşlanmanın negatif yönlerine odaklanması.	Rosow, 1974; Demir, 2021; Guedes & Melo, 2022
Yaşam Boyu Gelişim Teorisi	Gelişim, yaşam boyunca devam eden bir süreçtir, belirli bir dönem diğerinden eksik ya da üstün değildir.	Yaşlanmanın doğal bir sürekli değişim getirmesiyle süreklilik kavramının çerçevesinin net çizilememesi.	Baltes, 1970; Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Lindenberger, 1998

Yaşam Seyri Yaklaşımı	Yaşam boyunca sosyal ve tarihsel bağlamda bireyin gelişim süreçlerini etkileyen birçok faktör vardır.	Mikro düzeydeki nedensel ilişkilerin açıklanmasında ve veri toplamada sınırlamaların bulunması.	Elder, 2022; Bengtson, 2016; Swift, Abrams & Lamont, 2022
Çatışmacı Kuram	Toplumdaki farklı grupların güç, çıkar ve fayda mücadelelerine odaklanır.	Bireysel tercihleri ve kültürel çeşitliliği yeterince dikkate almama, odak noktasının sınıf çatışmaları olması.	Tekin, 2020; Kalıncara, 2021; Şentürk, 2022
Politik Ekonomik Teori	Yaşlı bireylerin durumlarına makro düzeyde bakarak sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri ele alır.	Sosyal politikaların yaşlılar üzerindeki etkilerini değerlendirirken sadece politik ekonomik odaklanma.	Estes, Swan & Gerard, 1982; Kalıncara, 2021; Chong & Gu, 2022
Yaş Tabakalaşması Teorisi	Bireyin kronolojik yaşının toplumdaki davranış ve rol beklentilerini belirlediğini savunur.	Homojen olmayan yaş gruplarının genelleştirilmesi; bireysel farklılıkların göz ardı edilmesi.	Riley, 1971; Büyükyörük & Say Şahin, 2020
Sembolik Etkileşimcilik	Bireyin, toplumla etkileşimi sonucunda benlik geliştirdiğine odaklanılır.	Etkileşimlerin bireysel varyasyonlarını yeterince açıklayamama; sembolik olmayan etkileşimlerin göz ardı edilmesi.	Mead, 2012; Büyükyörük & Say Şahin, 2020; Kalıncara, 2021
Etiketleme Teorisi	Bireyin toplumsal etkileşim yoluyla atfedilen etiketler sonucunda kendini algılama biçimi şekillenir.	Etiketlerin birey üzerindeki etkilerinin karmaşıklığı; sosyal bağlamın yeterince ele alınmaması.	Benburg, 2019; Büyükyörük & Say Şahin, 2020; Özmen & Erdem, 2018

Bu çalışmada ele alınan yaşlanma kuramlarının her biri yaşlanma ve yaşlılığın bir dönemine odaklanmakta, yaşlılık dönemindeki durum ve olayları belirli bir perspektiften ele almaktadır. Elbette kuramların birbirleriyle benzer ve çatışan yönleri bulunmaktadır. Aktivite ve süreklilik kuramları, bireyin yaşlanma sürecinde aktif kalmasının önemini vurgulamakta, bireylerin toplumsal rollerini sürdürmesine odaklanırken, Sembolik etkileşimcilik ve etiketleme teorileri ise bireylerin toplumla olan etkileşimleri sonucunda geliştirdikleri benlik ve kimlik anlayışlarını incelemektedir. Bununla birlikte modernleşme ve politik ekonomik teoriler, makro düzeyde yaşlanmanın toplumsal ve ekonomik bağlamda nasıl şekillendiğini

incelemektedir. Öte yandan, yaşlanma sürecine ve yaşlılık dönemine zıt perspektiflerden yaklaşan kuramlar da vardır. aktivite kuramı, yaşlıların aktif kalmasının önemini vurgularken, yaşamdan geri çekilme teorisi, yaşlı bireyin toplumsal rollerden çekilmesinin doğal bir süreç olduğunu savunmaktadır.

Çatışmacı Kuram ve Sembolik etkileşimcilik ise toplumsal yapı ve birey ilişkilerini farklı şekilde ele almaktadır. Çatışmacı Kuram, toplumsal sınıf ve güç mücadelesine odaklanırken, sembolik etkileşimcilik, bireyin toplumsal etkileşimler yoluyla benlik geliştirmesini ele almaktadır. Yaşlanma ve yaşlılık, çok boyutlu ve katmanlı bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla derinlikli ve bütünsel yaklaşım ve çözümler elde edilebilmesi için yaşlanma kuramlarına bütünsel bakılması (Tufan, s. 2021b, s. 5) ancak yaşlanmanın hayat boyu devam eden doğal bir süreç olduğu farkındalığıyla ele alınması gerekmektedir. İşte bu sebeple çalışmamızın kuramsal dayanak noktasını, yaşlanmaya hayat boyu devam eden bir süreç olarak ele alan yaşam boyu gelişim ve yaşam seyri yaklaşımları oluşturmaktadır.

1.9 Yaşlanma, Yaşlılık ve Sağlık Algılamaları

Yaşlanma ve sağlık algılamalarına geçmeden önce algı kavramı, tutum ve davranış ilişkileri ile bireyin benlik ve öz algılarından bahsetmek yerinde olacaktır. Algı, çevredeki uyaranlar aracılığıyla “duyusal bilginin hem duyular tarafından algılanan ham veriler hem de önceki deneyimler kullanılarak yorumlanması” (Hine, 2019), dünya hakkındaki bilgilerin analiz edilmesi, anlamlı hale getirilmesi, dış çevrenin idrak edilmesi sürecidir (Law, Martin, 2020; Allaby, 2015). Yine Kent’in (2006) tanımına göre “Beynin duyu organlarından aldığı bilgileri yorumladığı ve anlamlandırdığı zihinsel süreç olan” (Kent, 2006) algı, zihni uyaranların yapı ve doğasının yanında algılayan kişinin hem psikolojik hem de fizyolojik özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir. Bu açıdan algılama, kişinin dünyayı duyusal olarak anlamlandırdığı, yorumladığı, bir süreç olup hem de bu sürecin sonunda kişinin nasıl analiz ettiği, yorumladığı, gördüğü veya anladığının bir sonucu olarak sahip olduğu, elde ettiği fikir, inanç ve imajların toplamıdır (Cambridge Dictionary, 2024; Oxford Advanced Learner’s Dictionary, 2024). Çalışma boyunca yaşlanma ve sağlık algılamaları ele alınırken, kişilerin algılama süreçleri değil, nasıl yorumladıklarına, anlamlandırdıklarına odaklanılmaktadır.

İnsan yaşamında kişinin benlik algısından başlayan tüm şeylere ilişkin algıları, tutum ve davranışları ile yakın ilişkilidir. Algılar, önceki tutumlarla olan ilişkisine göre sonraki tutumlarda aracı bir role sahipken, tutumlar davranışlarda belirleyicidir (Faizo, 1984, s. 509-5139.) Bu açıdan mevcut tutumlar ve kişinin bu tutamlara erişilebilirliği, algıları yönlendirmekte ve etkilemektedir (Fazio, 1986, s. 2010, s. 213). Bu sebeple, kişinin beklentileri ve algıları, sosyal etkileşimi etkileyerek algılarla uyumlu bir davranış tepkisi yaratabildiği ortaya konulmuştur (Fazio, 1981). Bu sebeple bireylerin yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin algılamalarının ortaya konulması, tutum ve davranışlara yönelik de ipuçları sağlayacaktır.

1.9.1 Öznel Yaşlanma ve Yaşlanmaya İlişkin Öz Algılama

Bireyin kendi yaşlanmasına ilişkin öznel deneyimlerin, algı ve tutumlar sosyal gerontoloji, yaşam boyu gelişim psikolojisi, yaşam boyu yaklaşımını temel alan sosyoloji disiplinlerindeki akademisyenler tarafından uzun yıllardır çalışılmaktadır (Bennett, Eckman, 1973; Diehl ve diğerleri, 2021, s. 155). Bu sebeple kişinin yaşlanmaya ilişkin algıları temelde psiko-sosyal bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlanmaya İlişkin Öz Algılar (Self-Perception of Aging), yaşlı yetişkinlerin kendi yaşlanmalarına ilişkin sahip oldukları inanışları, beklentileri, yaşlanmaya yönelik tutumlarıdır. Yine kavramsal olarak öznel yaşlanma (subjective aging) ve yaşlıların yaşlanmaya ilişkin kendi tutumları (Attitude Toward Own Aging) da yaşlanma algıları literatürü içerisinde değerlendirilmektedir (Diehl ve diğerleri, 2015, s. 94-95; Velaithan ve diğerleri, 2024, s. 1). Bununla birlikte kişinin yaşamı boyunca kendi yaş ve yaşlanma süreçlerine ilişkin görüşlerini, düşüncelerini, kendi yaşlanmasını nasıl algıladığı, yorumladığı ve değerlendirdiğini gösteren (Westerhof, 2018; Westerhof, 2023, s. 147) öznel yaşlanma kavramı; yaş kimliği (öznel yaş), yaş farkındalığı, bireylerin kendi yaşlanmaya karşı tutumları ve yaşlanmaya ilişkin öz algıları kapsayan şemsiye bir kavram olarak ele alınmaktadır (Diehl ve diğerleri, 2015, s. 9-12; Vaartio-Rajalin, 2023, s. 639; Westerhof ve diğerleri, 2023, s. 149).

Öznel yaşlanma kavramı ile ilişkili diğer bir bileşen ise öznel yaştır. Öznel yaş, bireyin kronolojik yaşından bağımsız, “kendinizi kaç yaşında görüyorsunuz ya da hissediyorsunuz” sorusunun cevabıdır (Diehl ve diğerleri, 2021, s. 159). Yaşlı yetişkinlerin kendi yaşları ile ilgili algı ve değerlendirmelerine ilişkin ilk çalışmalarda öznel yaş ve kronolojik yaş karşılaştırması çalışmalarda yoğun bir şekilde kullanılmıştır (Kastenbaum, 1972). Kronik yaşla ters oranlı olan öznel yaş, bireyin kronolojik yaşı arttıkça daha fazla gençleşme eğilimi göstermektedir (Goldsmith, Heiens, 1992, s. 312; Galambos ve diğerleri, 2005, s. 546). Öznel yaş ile ilgili yapılan çalışmalar, öznel yaştan psikolojik ve fiziksel yaş yansıttığı, iyi bir fiziksel sağlığın genç öznel yaştan belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir (Kotter-Grühn, 2015, s. 88). Ancak yapılan çalışmalar öznel yaş ile yaşlanmaya ilişkin öz algılar arasında ise düşük bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. (Diehl ve diğerleri, 2014, s. 96).

Bunların yanında, 1970’li yıllardan beri öznel yaşlanma ile ilgili çalışmalar söz konusu olmakla birlikte teorik ve ampirik açıdan uzun yıllar akademik ilgi gösterilmemiş (Diehl ve diğerleri, 2015, s. 5-8), son yıllarda yeni kavramsal ve teorik yapılar ve ampirik çalışmalar gerçekleştirilmeye başlanmıştır. (Diehl ve diğerleri, 2010; Hummert, 2011; Diehl ve diğerleri, 2014) Öte yandan öznel yaşlanmaya göre yaşlanmaya ilişkin öz algılama kavramı (self-perception of aging) kullanımı ve ilgili ampirik çalışmalar literatürde daha yaygın bir yere sahiptir (Diehl ve diğerleri, 2014, s. 100; Diehl ve diğerleri, 2015, Diehl ve diğerleri, 2021, s. 159; Westerhof ve diğerleri, 2023, s. 158). Bu çalışma ise öznel yaşlanmanın ilişkili tüm boyutlarına değinmekle birlikte yaşlı yetişkinlerin yaşlanmaya ilişkin öz algılarına odaklanmaktadır.

Bireylerin yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin algılarının iki boyutu bulunmaktadır. Birinci boyut, yaşlı yetişkinlerin kendi yaşlanma süreçlerine ve yaşlanan kişilere ilişkin öz algıları (self-perception of aging) ve ikinci boyutsa ise toplumdaki bireylerin yaşlanma süreci ve yaşlı yetişkinlere ilişkin toplumsal görüş, inanışlarını içeren algıları kapsamaktadır. Bu iki boyut birbirleriyle etkileşim içerisinde olup toplumdaki yaşlı yetişkinler ile ilgili görüş, inanış, olumlu/olumsuz stereotip düşünceler, yaşlı yetişkinlerin kendi yaşlanmalarına ilişkin öz algılarını etkilemektedir (Levy ve diğerleri, 2002a, s. 499-500; Levy ve Leifheit-Limson, 2009).

Yaşlı yetişkinlerin yaşlanmayla ilgili bu tutum ve algıları bireysel faktörlerin yanında ait olduğu toplumdaki yaşlanma ile ilgili stereotip düşüncelerin zamanla içselleştirilemesiyle oluşmaktadır (Levy ve diğerleri, 2002a, s. 499-500). Gençlik yıllarında yaş stereotiplerinin sorgulanmadan otomatik olarak kabul edilmesi, yaşlılık döneminde bu basmakalıp düşüncelerin içselleştirilmesine neden olmakta ve yaşlı bireyleri bu yaşlılık stereotiplerine karşı savunmasız bırakmaktadır (Levy ve diğerleri, 2002b, s. 261). Bu sebeple, bireyin, yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin öz algılarının oluşmasında içerisinde yaşadığı toplumla olan stereotip etkileşimi belirgin bir role sahiptir.

Leyvy'in (2009) teorip somutlaştırma teorisine göre (Stereotype Embodiment Theory), belirli bir toplumun üyesi olan birey, toplumda yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin inanış, görüş ve stereotipleri yaşamı boyunca içselleştirmekte, bilinç dışı düzeyde, kontrol, niyet ve farkındalık olmaksızın kişinin hayatında örtük bir şekilde işlemekte ve etkilemektedir (Levy ve diğerleri, 2002c, s. 51-57) Yaşlanma sürecinin başlamasıyla birlikte bireyin yaşlılıkla ilgili artan öz-alakası (self-relevance) ise daha önce gençlik ve yetişkinlik döneminde içselleştirilmiş basmakalıp yargıları ise öz-stereotip yargılara dönüştürmektedir (Levy, 2003, s. P203-P205). Bireyin kendi yaşlanmasıyla ilgili içselleştirilen bu öz-stereotipler ise psikolojik, fizyolojik ve davranışsal çıktılar oluşturmakta ve bilişsel ve fizyolojik sağlığı etkilemektedir. (Levy, 2003, s. P203-P205; Levy, 2009, s. 3-5; Levy, Zonderman, Slade ve Ferrucci, 2009, s. 296-297). Yine bu konuda yapılan çalışmalarda, olumsuz yaşlanma stereotiplerine maruz kalan yaşlı yetişkinlerin bilinç dışı şekilde el yazılarında daha fazla olumsuz yaşlılık imgesi bulunmuştur (Levy, 2000). Çalışmadaki birinci araştırmanın kuramsal zeminini somutlaştırma teorisine dayalı bir şekilde tasarlanmıştır.

Yaşlanmaya ilişkin öz algılar, bireyin mevcut ve gelecekteki fiziksel, psikolojik, bilişsel sağlığının belirleyicisidir. Kişinin yaşlanmaya ilişkin olumlu ya da olumsuz öz algısının, sağlığın birçok boyutunu ve iyilik halini geliştirdiğine ilişkin bulgular elde edilmiştir (Levy, 2002a; Wurm ve diğerleri, 2013, s. 1; Wurm, Benyamini, 2014) Bununla birlikte hem yaşlanma hem sağlık algıları, bireylerin gelecekteki sağlıklarına ve iyi olma hallerine ilişkin öngörüler sunmaktadır. Yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle ilişki olmasına ve birçok sağlık çıktıları üzerindeki etkilerine rağmen literatürde bu çalışmaları alanları genellikle ayrı ayrı çalışılmıştır.

Halbuki bireyin kendi yaşlanma sürecine uyguladığı negatif yaşlanma algılarının birçok sağlık üzerindeki çıktısı olmakta, bu durum öznel sağlık durumu ile ilgili faktörlerle örtüşmektedir (Wurm ve diğerleri, 2017, s. 4-6; Benyamini ve Burns, 2020, s. 477-478). Bu sebeple öncelikle öznel sağlık ve sağlık algıları kavramı ele alınacak daha sonra yaşlanma ve sağlık algılarına ilişkin çalışmaların bulguları paylaşılacaktır.

1.9.2 Öznel Sağlık Durumu, Algılanan Sağlık ve Sağlık Algıları

Sağlık algısı, bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıklarını, değerlendirdiklerini, kendilerini sağlıklı ya da hasta olarak algılamalarına olanak tanıyan sağlıklarına ilişkin duygu, düşünce ve inanışlarını yansıtmaktadır (Connelly, 1989, s. S100, Henchoz, 2008, s. 282). Kişinin kendi sağlığına ilişkin algısı ve değerlendirmesi literatürde sağlık algısı (health perception), algılanan sağlık (perceived health), öz-algılanan sağlık (self-perceived health), sağlığa ilişkin öz algılar (self-perception of health) kavramlarıyla tanımlanmaktadır (Henchoz, 2008, s. 282, Eurostat, 2021, Eurostat, 2022, Shields, Shooshtari, 2001). Yine, sağlık algısının ölçülmesinde kişinin kendi sağlığını puanlaması, değerlendirmesi ve raporlamasından dolayı da kendi kendine değerlendirilen/raporlanan/puanlanan sağlık (self-assessed/reported/rated health) kavramları da kullanılmaktadır (Van Doorslaer ve diğerleri, 2003; Miilunpalo, 1997).

Bireylerin kendi sağlıklarını algılama düzeyleri ile hekimlerin gözlem ve teşhisleriyle oluşan fiziksel sağlık durumları arasında farklılar gözlemlenmektedir. Hastaların kendi sağlıklarına ilişkin algıları, hekimlerin hastaların sağlığı ile ilgili algılarına göre düşük kalmaktadır. Sağlık algısı daha düşük hastaların ise sağlık hizmetlerine başvurma ve tedavisi maliyetleri daha yüksek olmaktadır. Bu durumun oluşmasında hekimin hastalığın tüm spektrumunu ele alarak genel sağlığa odaklanması, hastanın ise mevcut iyi oluş halinin bozulmasına odaklanması neden olarak gösterilmektedir (Connelly, 1989, s. S107-109). Bununla birlikte, eğitim düzeyi, daha fazla sağlık hizmetine erişim imkânı ve sosyal şartlar, kişinin kendi sağlığına yönelik farkındalığı artırırken, tersi bir durum sağlıkla ilgili sorunların bildirimini azaltmakla birlikte mevcut hastalık oranlarının azlığını göstermemektedir. Bu noktada kişinin kendi sağlık algıları ve bakış açısı; sağlık hizmetleri, tedavi imkânı gibi sosyal bağlamla birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Sen, 2002, s. 861).

Bireylerin sağlık algısı düzeyleri, kişiden kişiye göre de değişmektedir. Aynı genel sağlık durumuna sahip iki kişi, farklı sağlık algılarına sahip olabilmektedir. Sağlık algısı, bireyin yaşamında fiziksel, sosyal ya da mesleki birçok alandaki eylem ve davranış ve performansını etkilemesi sebebiyle önemli bir konudur (Connelly, 1989, s. S100). İnsanların kendi sağlık algılama biçimleri, bireysel, sosyo-demografik, çevresel, ve kültürel şartlardan etkilenmektedir (Eurostat, 2021). Yine psikolojik faktörler ve sıkıntılar, fiziksel olarak sağlıklı bir bireyin sağlığı ile ilgili endişe duymasına ve iyilik halini bozan semptomlar görmesine neden olabilmektedir.

İnsanların algılanan sağlık düzeylerinin farklı olmasında birçok faktör ve belirleyici bulunmaktadır. Eurostat'ın (2021) AB ölkelerindeki algılanan sağlık düzeylerine ilişkin gerşekleştirdiği şalışmaya göre ölkeler arası yaş gruplarına göre sağlık algısı düzeyi farklılaşmakta, erkekler, kadınlara göre sağlık durumlarını daha olumlu algılamaktadır (Eurostat, 2021). Yine Eurostat'ın (2022) benzer bir şalışmasında eğitim ve gelir düzeyi yüksek bireyler, sağlık durumlarını daha yüksek bir düzeyde iyi ve çok iyi şeklinde algılamakta, cinsiyet temelli sağlık algısı farkı ise en fazla Litvanya ve Letonya'da gözlemlenmektedir (Eurostat, 2022). Litvanya ve Letonya'daki cinsiyet eşişsizliği, sadece sağlık alanında değil, iş hayatında, güç, gelir düzeyi gibi birçok farklı alanda da devam etmekte ve bu ölkeler cinsiyet eşişliği endeksinde AB ortalamasının altındadır (European Institute Gender Equality, 2023).

Öte yandan kişilerin yaşı arttıkça sağlık durumunu iyi algılama oranı ve sağlık algısı düşmektedir (Eurostat, 2021). Ancak yaşlı yetişkinlerin hem nesnel sağlık durumu hem de algılanan sağlık düzeyi düşerken, sağlık algısı ile fiziksel sağlık arasındaki bağ zayıflamakta, yaşlı yetişkinler fonsiyonel ve bilişsel kayıplarına rağmen sağlık durumlarını tatmin edici düzeyde değerlendirmektedir. (Henchoz, 2008, s. 283). Bu durumun oluşmasında yaşlı bireylerin yaşlanma süreçleri arttıkça fiziksel sağlıklarından çok, sağlıklarının psikolojik, duygusal veya ruhsal yönlerine odaklanmakta, sağlıklarının durumunu değerlendirirken sosyal ilişkileri ve faaliyetleri ön plana çıkmaktadır (Borawski ve diğerleri, 1996, s. 168; Idler ve diğerleri, 1999, s. 458).

Yaşlı yetişkinlerin algılanan sağlık durumlarının en temel belirleyicisi hastalık semptomları olmaktadır. Yaşlı yetişkinler, genç yetişkinlere göre kendi sağlık durumlarını daha olumlu algılamaktadır. Özellikle eğitim seviyesi yüksek ve az semptoma sahip yaşlı bireylerin kendi sağlık durumlarını daha iyi algılamaktadır (Cockerham, 1983, s. 349). Bunların yanında yaşlı yetişkinlerin sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirmelerinde kalp hastalıkları, solunum ve kas iskelet gibi kronik rahatsızlıkları belirleyici olmakta (Hoeymans, 1999, s. 501), algılanan sağlık durumunu kötümser bir şekilde değerlendiren yaşlılar, sağlık durumlarını iyimser olarak değerlendirenlere göre ölüm risklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Borawski ve diğerleri, 1996, s. 168). Tüm bu açılardan ele alındığında yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve beklentilerinin ortaya konulmasında algılanan sağlık durumlarının, yaşlanma algıları ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

1.10 Kavramdan Kanıt: Öznel Yaşlanma, Yaşlanma ve Sağlığa İlişkin Öz Algılama Araştırmaları

Bireyin yaşamı boyunca kendi yaşlanmasına ilişkin görüşleri, tutumları, nasıl algıladığı ve yorumladığını dayanan öznel yaşlanma ve öznel yaşlanmanın literatürdeki ana bileşenlerinden biri olan yaşlanmaya ilişkin öz algılar, bu algıların sağlıkla ilişkili çıktılara dair kesitsel, boylamsal, tek boyutlu ya da çok boyutlu bir perspektifle çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Westerhof, 2018; Westerhof ve diğerleri, 2014; Westerhof ve diğerleri, 2023). Bu çalışmada, kapsamlı ve holistik bir bakış sunması için yaşlanmaya ilişkin öz algılar, öznel yaş ile sağlık çıktıları arasındaki ilişki ve etkiyi gösteren araştırma bulguları, yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki ilişkiler ve sağlık algıları ve sağlık çıktılarına dair çalışma sonuçları paylaşılacaktır.

Yaşlanmaya ilişkin algıların farklı bağlamlardaki etkileri ve ilişkileri konusunda birçok çalışma gerçekleştirilmiştir. Yaşlanmaya ilişkin öz algılar (YÖA), yaşlı bireylerin yaşam kalitesini, sağlıklarının farklı boyutlarını iyi oluş hallerini etkilemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar, olumlu yaşlanma algısı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiş, olumlu yaşlanma algısının yaşam kalitesini arttırdığı ortaya konulmuştur (Velaithan ve diğerleri, 2024, s. 1).

Benzer şekilde olumlu öz yaşlanma algısına sahip yaşlı yetişkinlerin, olumsuz yaşlanma algısına sahip bireylere göre 7,5 yıl daha uzun yaşadığı (Levy ve diğerleri,

2002b), olumlu yaşlanma algısına sahip bireylerin bağımsız bir şekilde hayatlarını sürdürmelerine imkan tanıyan işlevsel sağlıklarının, uzun vadede olumsuz yaşlanma algısına sahip bireylere göre daha iyi olduğu (Levy ve diğerleri 2002a), olumlu stereotiplerin bilişsel ve fiziksel sağlığı pozitif yönde etkilediği (Levy, 2003), tespit edilmiştir. Öyle ki yaşlı yetişkinlerin sahip oldukları negatif stereotiplerin örtük bir şekilde olumlu stereotiplere dönüştürülmesinin ve olumlu stereotiplerin bilinçaltında içselleştirilmesinin; bellek, epizodik hafıza, öz yeterlilik ve hatırlama performansını iyileştirdiği (Levy, 1996; Hess ve diğerleri, 2004), yaşlanmaya ilişkin kültürel temelli farklı bakışların da hafıza kaybı düzeyinde belirleyici olduğu (Levy ve Langer, 1994) ortaya konulmuştur. Bunların yanında bilişsel açıdan olumlu sağlık algısına sahip yaşlı bireylerin demans hastası olma olasılığı, olumsuz algıya sahip yaşlı bireylere göre %50 daha az olup, bu durum olumlu sağlık algısının koruyucu bir faktör olarak ortaya çıktığını göstermektedir (Levy ve diğerleri, 2018). Burada önemli olan mevcut koşulların destekleyici, doğal stereotip sunumlarının yapıldığı ve kişinin olumlu düşüncelere sahip olması, olumsuz stereotiplere karşı koymasına yardımcı olmaktadır (Strickland-Hughes ve West, 2021).

Olumlu yaşlanma algısı, koruyucu sağlık davranışları ve sağlık durumları üzerinde de etkiye sahiptir. Bu konuda yapılan çalışmalar, olumlu yaşlanma algısına sahip bireylerin dengeli beslenme, egzersiz ve düzenli sağlık kontrolleri, tarama, aşılarla katılım gibi daha fazla koruyucu sağlık davranışı sergilediği (Levy ve Myers, 2004; Silva-Smith ve Benton, 2021), düzenli ilaç kullanımlarını ve uyumlarını sağladığı (Hou ve diğerleri, 2016), sigara ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışları azalttığı (Villiers-Tuthill ve diğerleri, 2016), yeme davranışı ve sağlıklı beslenme davranışını teşvik ettiği (Klusmann ve diğerleri, 2019), yaşlı bireylerin yaşlanmaya ilişkin olumlu görüşleri ise fiziksel olarak daha aktif olmalarını sağladığını göstermektedir (Catrinel ve diğerleri, 2014).

Tam tersi bir durumda ise yaşlılık dönemindeki olumsuz yaşlanma algıları ölüm riskini arttırmakta (Sargent-Cox, 2014, s. 168), ciddi bir rahatsızlık geçiren bireylerin yaşlanmaya ilişkin olumsuz algıları, sonraki koruyucu sağlık davranışlarını ve stratejilerini olumsuz etkilemekte (Wurm, 2013), olumsuz yaşlanma stereotipleri yaşlı yetişkinlerin hem öz-yeterliliğini hem de sağlıklarını geliştirici davranışların

azalmasına, bellek performansının olumsuz etkilenmesine (Levy ve diğerleri, 2012) neden olmaktadır (Yeom, 2014).

Hayat boyunca öğrenilen ve içselleştirilen olumlu ve olumsuz stereotiplerin uzun vadede farklı sağlık çıktı ve sonuçları olmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar, olumlu yaşlanma stereotiplerine sahip olmanın farklı etnik gruplarda da benzer şekilde (Levy ve diğerleri, 2008) kardiovasküler stres riskini azaltırken (Levy ve arkadaşları, 2000b), erken yaşlarda olumsuz stereotiplere maruz kalan bireylerde ise ileriki yaşlarda artan strese bağlı olarak kardiovasküler sorunların görülme olasılığının arttığı (Levy ve diğerleri, 2009b) tespit edilmiştir. Bu durum, yaşlanmaya ilişkin algıların uzun vadede fiziksel, bilişsel ve psikolojik sağlık üzerindeki etkisini göstermesi bakımından önemlidir.

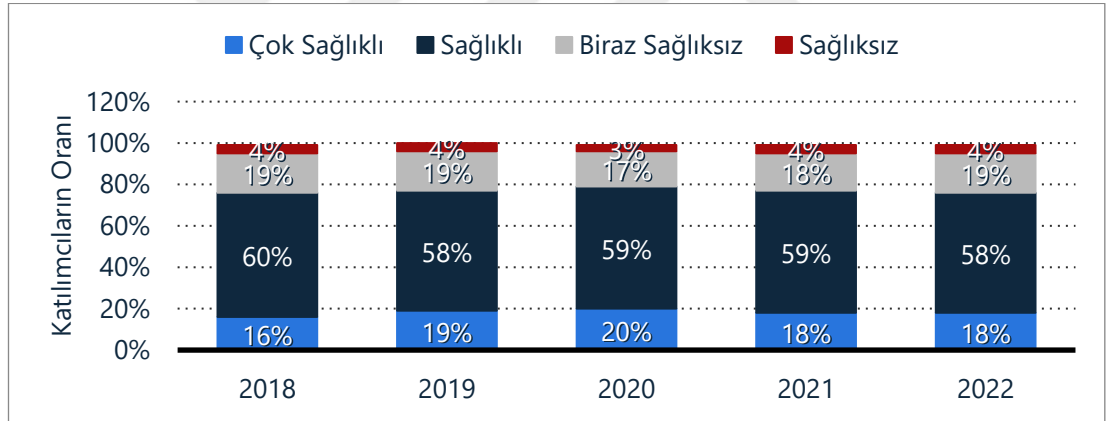
Bireylerin sağlıklarına ilişkin öz algıları da yaşları, yaşam tarzları ve geçirmiş oldukları yaygın hastalıklardan ve risk faktörlerinden etkilenmekte, bireyin sağlık algısı mortaliteyi ön görmekte kötü sağlık algısı ölüm oranlarıyla ilişkilendirilmektedir (Idler ve Kasl, 1991, s. S55; Raño-Santamaría, 2022). Yine bireylerin farklı kişilik özellikleri de iyilik halini (Cloninger, 2011, s. 24), sağlık algısını etkilemekte, deneyime açık olma ve dışadönük olmak iyi sağlık algısı ile ilişkilendirilirken nevroitiklik olumsuz sağlık algısıyla bağdaştırılmaktadır (Goodwin ve Engstrom, 2002, s. 385). Yaşlılık, düşük fiziksel aktivite, sigara içmek (Kaleta, 2009) kötü uyku kalitesi (Dalmases, 2019), kötü sosyo-ekonomik faktörler, sağlık hizmetlerinden yoksunluk, sosyal izolasyon ve ruh sağlığı algılanan sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (Shaaban ve diğerleri, 2022, s. 15).

Algılanan sağlık, bireylerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini göstermesi açısından önemlidir. Dünya genelinde 39 ülkeden katılımcıyla yapılan bir algılanan sağlık çalışmasına göre 2022 yılında katılımcıların %58'i sağlıklı olduğunu, yüzde 18'i ise çok sağlıklı olduğunu belirtmiştir. Şekil 1.8'de gösterildiği gibi yetişkinlerin genel sağlık algısını gösteren bu oran ise 2018-2022 yılları arasında küçük oransal değişimler hariç benzer kalmıştır (WIN, 2023).

Yine, 2023 yılında McKinseyve Company tarafında dünya genelinde yapılan sağlıklı yaşlanma çalışması ise kronolojik yaş artışıyla birlikte yaşlı yetişkinlerin

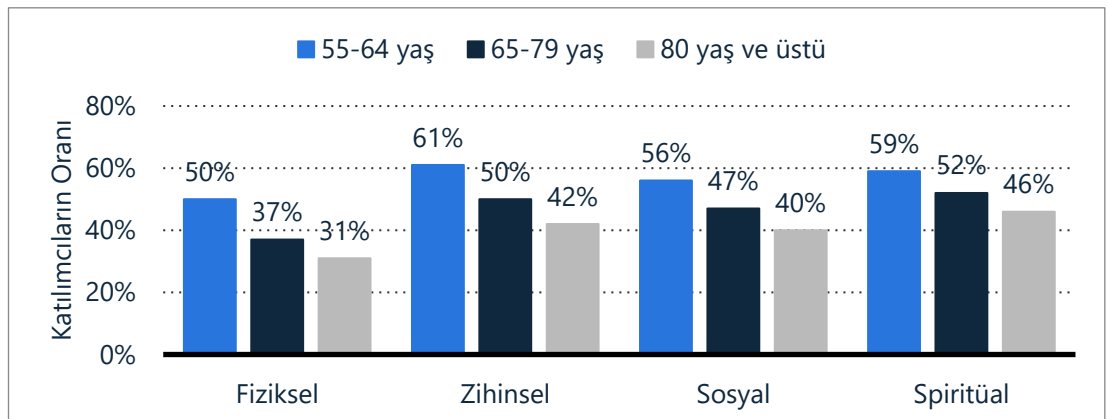
fiziksel, zihinsel, sosyal ve spritüel sağlık algılarında düşüş gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Ancak Şekil 1.9'da belirtildiği göre 80 yaş ve üzeri yaşlı yetişkinlerin yüzde 46'sı ruhsal sağlıklarının iyi ya da çok iyi olduğunu belirtirken bu oran diğer yaş gruplarında daha düşük belirtilmiştir (McKinsey ve Company, 2023a).

Çalışmada dünyadaki yaşlı yetişkinlerin sağlık algıları üzerinde gelir düzeyi belirleyici olmuştur. Gelir düzeyi yüksek ülkelerdeki yaşlı yetişkinlerin, gelir düzeyi düşük ve orta seviyedeki ülkelere göre fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal sağlık algıları daha düşük çıkmıştır. Bu durum beklenen yaşam süresi ile ters orantılı çıkmış, daha fazla gelir düzeyi ve yaşam beklentisine sahip ülkelerdeki sağlık algısı düşük tespit edilmiştir. Elbette ülke bazındaki benzerliklerin yanında yaşlı yetişkinlerin sağlık algılarını, hayat amaçları, fiziksel aktivite alışkanlıkları, stresi yönetebilme, sosyal katılım, gönüllülük çalışmaları, diğer insanlarla etkileşim gibi birçok faktör etkilemektedir (McKinsey ve Company, 2023b).



Şekil 1.7 2018'den 2022'ye Dünya Çapında Yetişkinlerin Genel Sağlık Algısı

Kaynak: (WIN, 2023)



Şekil 1.8 2023 Dünya Geneline Sağlık Boyutlarına Göre Yaşlı Yetişkinlerin Sağlık Algısı

Kaynak: (McKinsey ve Company, 2023a)

Öte yandan, literatürde sağlık algıları ile yaşlanma algılarını ayrı ayrı birey üzerindeki etkileri çalışılmakta birlikte sağlık ve yaşlanmaya ilişkin algıların birbirleriyle ilişkisi, yeterince çalışılmamıştır (Benyamini ve Burns, 2019, s. 477). Bu konuda Westerhof ve arkadaşları (2014), öznel yaşın mortalite üzerindeki etkisinde sağlık algısının aracı bir role sahip olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir çalışma ise sağlık algılarının yaş algılarının mortalite üzerindeki etkisinde aracı rolü üzerine yapılan çalışmada aracılık ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (Benyamini, Burns, 2020, s. 484).

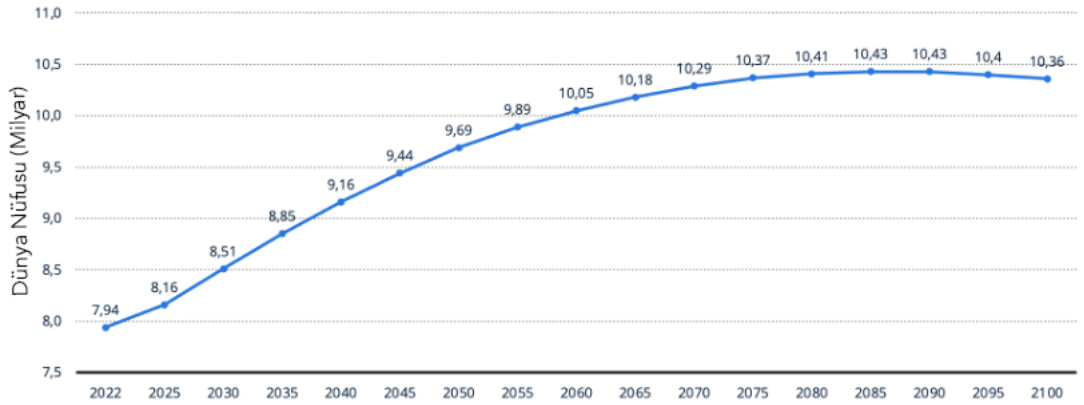
Yakın dönemde farklı bir çalışma ise, yaşlanma algısının algılanan sağlık üzerindeki etkisinde fiziksel ve bilişsel fonksiyonların aracı bir role sahip olduğunu tespit etmiştir. Çalışmaya göre bireyin yaşlanmaya ilişkin olumsuz görüş ve algılarının daha az fiziksel aktivite ve bilişsel fonksiyonların etkilenmesine neden olmakta, bu durum kişinin sağlıklarına yönelik algıları ve görüşleri etkilemektedir (Fernández-Jiménez ve diğerleri, 2024, s. 1-4) Bireylerin eğitim düzeyi ve gelir durumu gibi değişkenler de sağlık ve yaşlanma algılarında belirleyicidir. Bu konuda Kore’de yapılan bir çalışma, düşük eğitim ve gelir düzeyinin kişinin daha fazla sağlık sorunu yaşamasına neden olmakta ve durum ise sağlık ve yaşlanma algısını olumsuz etkilemektedir (Jang ve diğerleri, 2004, s. 485) Bu durum yaşlanma algıları ile sağlık algıları arasında değişken ilişkilerinin ve yolların ortaya çıkarılması için önemlidir. Bu noktada, yaşlanma ve sağlık algısı arasındaki etkileşimin farklı noktalardan veriler toplanarak ortaya çıkarılması yaşlılık döneminde iyi oluş mekanizmalarının çözülmesi için farklı kapıları aralayacaktır.

2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE YAŞLANMAK: YAŞLI YETİŞKİNLERDE BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ KULLANIMLARI, SAĞLIK ENFORMASYONU VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.1 Dünya Nüfusu ve 65 Yaş Üstü Bireyler

Dünya nüfusu, son iki yüz yıldır hızla artmakta ancak nüfus artış hızı azalmaktadır. 2023 yılı itibarıyla 8,1 milyar kişiye ulaşan küresel nüfus, 1975 yılında bu nüfusun sadece yarısı kadardı (Statista, 2024). Birleşmiş Milletler tarafından yapılan son tahminlere göre, nüfus 2030 yılında yaklaşık 8,5 milyara, 2050 yılında 9,7 milyara, önümüzdeki on yıllar boyunca da devam edecek olan bu artışla beraber, 2060 yılında küresel nüfusun 10 milyarı aşması ve daha sonra da 2100 yılına kadar nüfusun bir miktar azalması beklenmektedir (UN DESA, 2022).

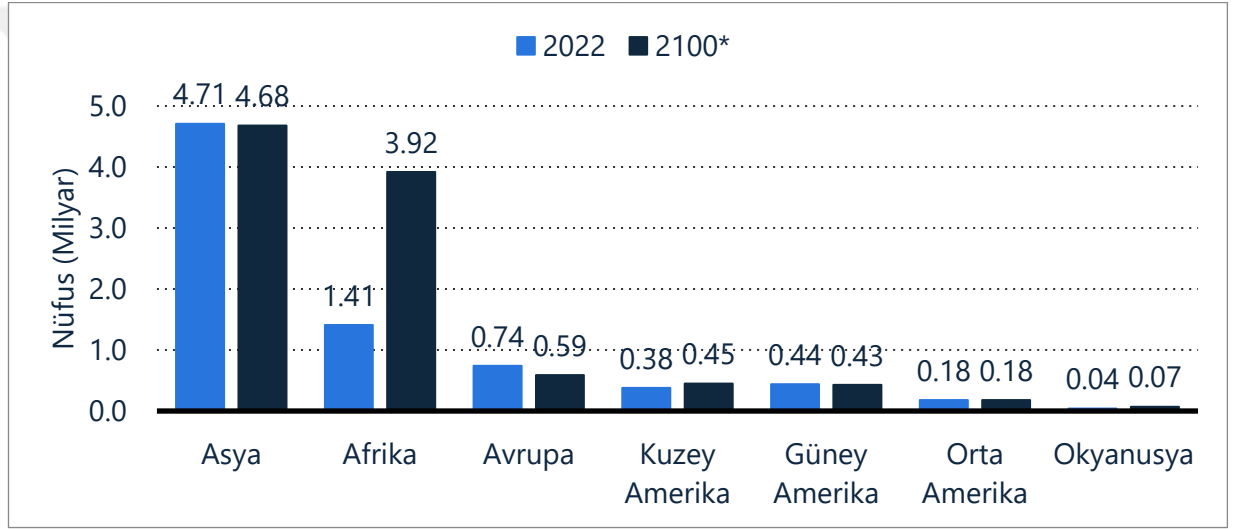
Dünya nüfusun artmasındaki en önemli faktörlerden biri doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve ölüm oranlarındaki düşüştür. Küresel olarak 2024 yılında doğumda beklenen küresel yaşam süresi 73,6’dır. Bu durum 1990 yılına göre yaklaşık olarak beklenen yaşam süresinin 10 yıl arttığını göstermektedir. Giderek artan yaşam süresinin 2050 yılında 77,2’ye ve 2100 yılında ise 82,1’e yükselmesi tahmin edilmektedir (UN DESA, 2023). Öte yandan doğum oranlarındaki azalma ise nüfus artış hızını azaltmaktadır. Nüfusun uzun vadede kendini koruyabilmesi için gereken kadın başına doğum oranı 2,1’dir. 2024 yılında bu oran kadın başına 2,3 iken 2050 yılında buranın 2,1’in altına düşmesi (United Nations, 2022b, s. 13), 2100 yılında 1,8 olması öngörülmektedir (UN DESA, 2023).



Şekil 2.1 2022'den 2100'e Kadar Dünya Nüfusunun Gelişimine İlişkin Tahmin

Kaynak: UN DESA, 2022

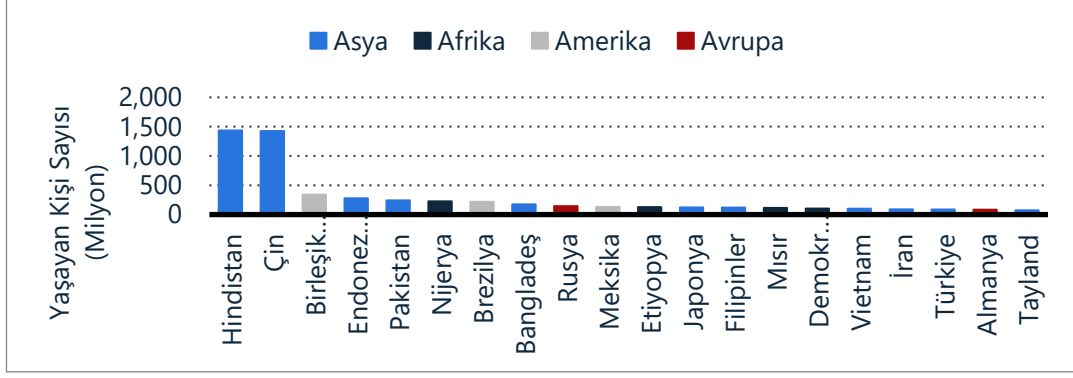
Dünya nüfusun artış sürecinde her kıta için farklı bir süreç işlemekte, kıtaların nüfus dinamikleri ve değişimleri, karşılaşılabilecek olan sorunlara karşı farklı politikalar gerektirmektedir. Şekil 2.1’de gösterildiği gibi küresel nüfusa ilişkin kıta bazlı yapılan projeksiyonlara göre ise 2022 yılında 1,4 milyar olan Afrika kıtasının nüfusunun 2100 yılında 3,92 milyara ulaşması beklenmekte, Avrupa kıtasında 740 milyon 590 milyona düşmesi öngörülmektedir. Diğer kıtalarda ise küçük oranda artış ya da azalışlar beklenmektedir (United Nations, 2022a). Nüfus artışının büyük bir kısmının Afrika gibi daha az gelişmiş kıtada yoğunlaşacak olması, kısıtlı olan kaynaklar üzerindeki baskının artmasına, yoksulluğun ağırlaşmasına ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden olan eşitsizliklerin azaltılması hedeflerini zorlaştırma riskini taşımaktadır (United Nations, 2022b, s. 9).



Şekil 2.2 Kıtalarla Göre 2022 ve 2100 Yıllarındaki Dünya Nüfusu Tahmini

Kaynak: United Nations, 2022a.

Ülkeler bazında ise Şekil 2.3’te gösterildiği gibi 2022 yılında 1,4 milyar nüfusa sahip Çin, dünyanın en kalabalık ülkesi olma ünvanını Hindistan’a devretmiştir. 2024 yılında Hindistan 1 milyar 435 milyon nüfusuyla dünyanın en kalabalık ülkesi olma ünvanına sahiptir. Çin ve Hindistan’ı ise ilk 5 sırada ABD, Endonezya ve Pakistan takip etmektedir.

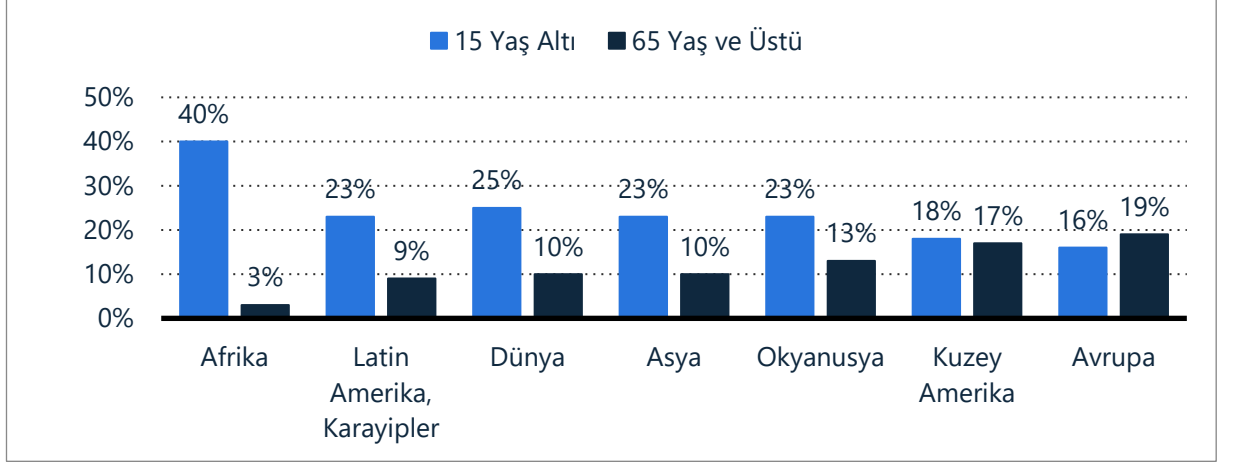


Şekil 2.3 2024 Yılı Kıtalarla Göre Ülkelerin Nüfusları

Kaynak: (Statista, 2024).

21. yüzyıl boyunca dünya nüfusunun karşılaşacağı geri döndürülemez fenomenlerden biri de küresel yaşlanmadır. Dünyadaki doğum oranlarının azalması, beklenen yaşam süreleri ve sağlık teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak küresel nüfus, hızla yaşlanmaktadır. Nüfusun uzun vadeli yaşlanma süreci, dünya üzerinde birçok ülke ve bölgede başlamış ya da başlaması beklenmektedir. Bu küresel eğilim, sürdürülebilir kalkınmanın ekonomik, sosyal ve çevresel boyutlarında hem zorlukları hem de fırsatları beraberinde getirmektedir (Wilmoth ve diğerleri, 2023, s. 11). Bu bakımdan küresel yaşlanma, çalışmanın temel çıkış noktasını oluşturmaktadır.

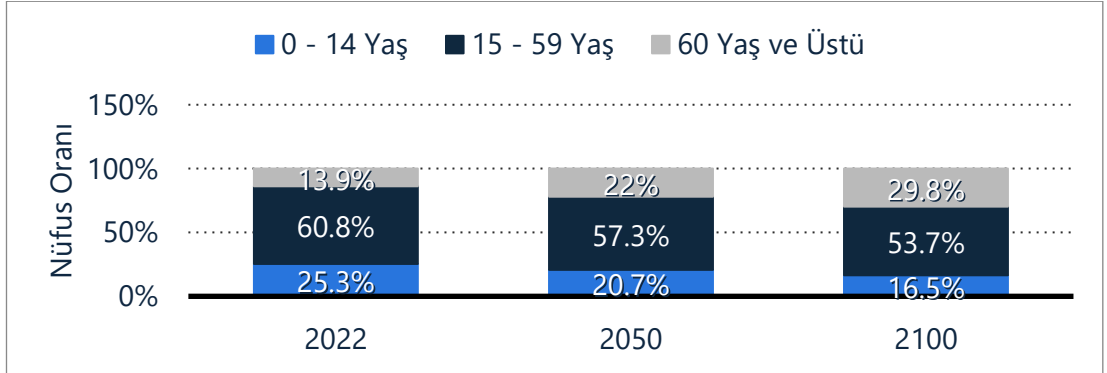
Şekil 2.4'te gösterildiği gibi 2023 yılı itibarıyla küresel nüfusun yaklaşık %25'i 15 yaşın altında ve % 10'u ise 65 yaşın üzerindedir. Kıta bazlı ele alındığında ise dünyanın en genç kıtası olan Afrika'nın yüzde 40'ı 15 yaşın altında ve % 3'ü ise 65 yaşın üzerindedir. Avrupa'da ise durum tersi olup 65 yaş ve üstü nüfus % 19 ile 15 yaş ve altı nüfustan fazladır. Bölgesel olarak ise Okyanusya, Kuzey Amerika ve Avrupa'daki 65 yaş ve üstü nüfus oranı, dünya genelinin üzerinde seyretmiştir. Bu durum kıtalar arası yaşlanma süreçlerindeki farklılıkları göstermesi açısından önemlidir (Statista, 2024).



Şekil 2.4 2023 Yaşa ve Kıtalara Göre Dünya Nüfusu

Kaynak: Statista, 2024

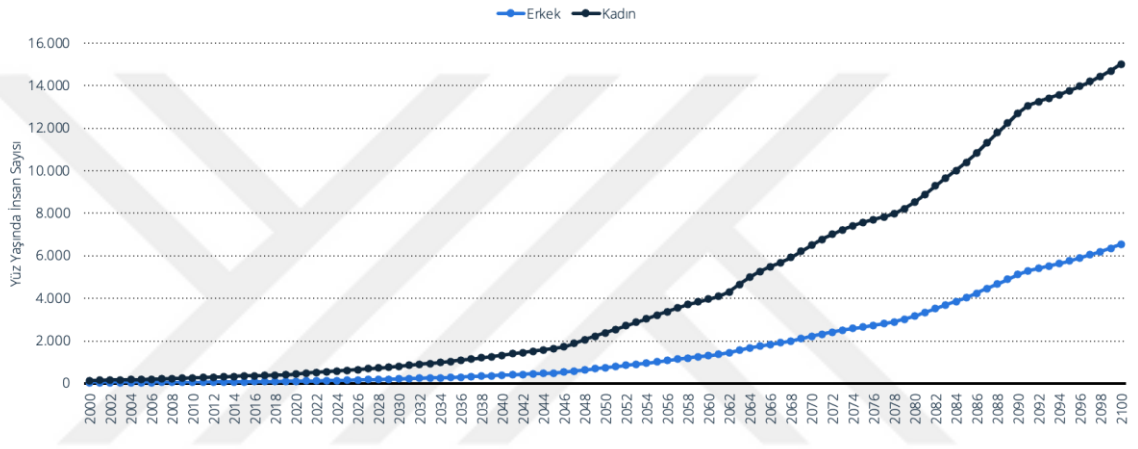
Gelecek dönem projeksiyonlarında da küresel nüfus içinde yaşlıların payı giderek artmakta, çocukların ve gençlerin payı ise yavaş yavaş azalmaktadır. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus 2021 yılında 761 milyon kişiye iken 2050 yılında bu sayının 1,6 milyara ulaşması tahmin edilmektedir (Wilmoth ve diğerleri, 2023, s. 17). Dünyada bu değişim, 2021 yılında 10 kişiden bir kişi 65 yaş ve üstü iken 2050 yılında her 6 kişiden birinin 65 yaş ve üstü yaşa sahip olmasını sağlayacaktır. Bu durum 2050 yılında dünyada 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 5 yaş altı çocuk sayısının iki katından fazla olacağına anlamına gelmektedir (United Nations, 2022b, s. ii) Yine Birleşmiş Milletler (2022) tarafından yapılan diğer bir çalışmaya göre ise 2022'de 60 yaş üstü insanlar dünya nüfusunun yüzde %13,9'unu oluştururken, 2050'de bu oran %22 ve 2100 yılına ise dünya genelinde %29,8'ine ulaşması tahmin edilmektedir (UN DESA 2022b)



Şekil 2.5 2022'den 2100'e Kadar Dünya Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Tahmini Dağılımı

Kaynak: UN DESA 2022b

Dünya genelinde ölüm oranlarındaki düşüş ve doğumdaki beklenen yaşam süresinin artışı gelecek dönemde ileri yaşlardaki yetişkinlerin sayısının da artışına imkân tanıyacaktır (UN DESA, 2023). Şekil 5'te gösterildiği gibi 2024 yılında yüz yaş ve üstü kişi sayısı 722'iken 2050 yılında bu sayısının 3,177'ye ve 2100 yılında ise yaklaşık 7 kat bir artışla 21 bin kişiye ulaşması tahmin edilmektedir. Kadınların beklenen yaşam sürelerinin daha uzun olmasından kaynaklı olarak 100 yaş üzerindeki kişilerin %60'ını kadınlar oluşturmaktadır. Bu açıdan ileri yaşlanma süreçlerinde yaşlanmanın kadın boyutu ön plana çıkmaktadır (United Nations, 2022c).



Şekil 2.6 2000-2100 Yılları 100 yaş ve üzeri kişilerin cinsiyete göre sayısı

Kaynak: United Nations, 2022c.

Dünyanın yaşlanma sürecinde, ülkeler kendi değişkenlerine göre bunu deneyimlemektedir. Yaşlanan nüfusa sahip ülkeler, değişen yaş yapısının siyasi, sosyal, ekonomik ve sağlık çıktılarına göre kamu programlarını artan yaşlı birey sayısına uyum sağlayacak şekilde düzenlemeleri, yaşlanma ve yaşlılık politika üretmeleri gerekmektedir. Bu konuda yaşlanmanın tüm boyutlarını içeren sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik, bakım hizmetleri, toplumsal destek gibi her alanda yatırım yapılması gerekmektedir. Bu sebeple ülkelerin etkili politikalarının üretebilmeleri için yaşlanmanın tüm boyutlarını ele almak yerinde olacaktır.

2.2 Yaşlanmanın Boyutları

İnsanın doğumundan ölümüne kadar devam eden yaşlanmanın biyopsikososyal bir süreç olması, gerontolojinin yaşlanma ve yaşlılık süreçlerini çok disiplinli ve disiplinlerarası bir yaklaşımla ele almasını gerektirmektedir. Bu bakımdan daha önce tüm yönleriyle yaşlanma ve yaşlılık başlığı altında belirtildiği gibi gerontoloji, diğer disiplinlerle birlikte yaşlanma süreçleri ve sorunlarındaki biyolojik, klinik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve toplumsal tüm boyutlarını incelemektedir (Kalınkara, 2021, s. 8-10; Tufan, 2021a, s. 12; Tufan, 2021b, s. 5;) Bu çalışmada yaşlanmanın sosyal bilimler alanındaki öne çıkan boyutları ele alınmakta ve böylece karmaşık bir konu olan yaşlanma ve yaşlılığın, çok boyutlu yönünün kavranmasına imkan sağlanmaktadır.

2.2.1 Kronolojik Yaşlanma

Bireyin takvim ve zamana göre yaşının sınıflandırılmasına imkân tanıyan kronolojik yaşlanma, kişinin takvim yaşının ortaya çıkarılmasında kullanılmaktadır (Şentürk, 2022, s. 22). Yaşlanmanın her bireye göre değişen özgün bir deneyim olmasından kaynaklı, kronolojik yaşlanmaya dayalı geniş bir çıkarım yapmak mümkün değildir. Bir başka ifadeyle bir insanın kronolojik yaşına dayalı sağlık ve yaşlanmasına ilişkin genel bir sonuca ulaşmak mümkün olmayıp, aynı kronolojik yaşta ancak farklı biyolojik, psikolojik yaşlanma belirti ve sonuçlarına sahip bireyler bulunmaktadır. Bu sebeple yaşlanmaya ilişkin kronolojik bir yaklaşım sorunlu, indirgemeci uygulamalara neden olabilmektedir (Kalınkara, 2021, s. 8; Ender, 2022, s. 14-15). Öte yandan kronolojik yaş, yasal ve hukuki tanımlama ve sınıflandırmalarda kullanılmaktadır. Bu konuda bireyin yaşlı olarak tanımlanmasında kronolojik yaş temel alınmakta olup BM 60 yaş ve üzeri kişileri, DSÖ ve Avrupa İstatistik Ofisi ise 65 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak tanımlamaktadır (Eurostat, 2019, s. 9). Buna ek olarak kronolojik olarak yaşlılık dönemleri de alt kırımlara ayrılmıştır. Buna göre 65-74 genç yaşlılar, 74-84 orta yaşlılar ve 85 yaş ve üzeri aşırı yaşlılar olarak sınıflandırılmaktadır (Lee, 2018, s. 249).

2.2.2 Biyolojik ve Fizyolojik Yaşlanma

Yaşam ve ölüm spektrumunda tüm canlıların ortak olarak deneyimlediği yaşlanma, zamana bağlı yaşlanma sürecindeki biyolojik ve fizyolojik değişimlerin birikimidir (Harman, 1981, s. 7124). Kritik bir role sahip zaman, insan biyoloji ve fizyolojisinde değişikliklere neden olmaktadır. “Yapısal hasar, fiziksel, zihinsel kapasitede azalma, fenotipik değişiklikler ve artan ölüm riski” (Ender, 2022, s. 14-15) gibi durumlar biyolojik yaşlanmanın tanımlanmasında kullanılmaktadır. Yine, dokulardaki biyokimyasal değişiklikler, çevresel uyaranlara adaptif yanıt verme yeteneğinin azalması ve hastalıklara karşı artan duyarlılık ve kırılganlık da biyolojik yaşlanmanın sonuçları olarak kabul edilmektedir (Troen, 2003 , s. 5) Yaşlanma sürecinde insan biyoloji ve fizyolojisinde karmaşık, çok boyutlu değişimlerle “deride, solunum, kardiovasküler, gastrointestinal, endokrin, kas iskelet, genitoüriner, sinir, immün ve duyu fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmektedir (Göçer, 2021, s. 9-14). Bununla birlikte biyolojik yaşlanma süreçleri de fizyolojik, genetik ve çevresel faktörler ve cinsiyete göre kişiden kişiye göre değişmektedir (Hägg ve Jylhävä, 2021) Bu sebeple aynı kronolojik yaşa sahip bireylerin biyolojik yaşları ve yaşlanma hızları da farklıdır. (Belsky et. al., 2015 , s. 1-3).

Yaşlanmanın birikimli, karmaşık ve değişken doğasının anlaşılması için birçok farklı biyolojik yaşlanma teorisi geliştirilmiştir. Temelde biyolojik yaşlanma teorilerini Tablo 1’de gösterildiği gibi stokastik ve gelişimsel-genetik teorileri olarak iki kategoride incelemek mümkündür. Stokastik teoriler, yaşlanmanın hayati moleküllerin zaman içerisindeki rastgele zarar görmesi sonucu oluştuğunu öne sürerken, gelişimsel-genetik teorileri evrimsel süreç içerisinde yaşlanmanın daha çok genetik kontrol faktörlerine bağlı olarak açıklamaktadır (Troen, 2003, s. 7-8)

Tablo 2.1 Biyolojik Yaşlanma Teorileri

Stokastik Teoriler	Gelişimsel-Genetik Yaşlanma Teorileri
• Somatik Mutasyon ve DNA Onarım • Hata-Felaketi • Protein Modifikasyonu • Serbest Radikal (Oksidatif Stres)/ Mitokondriyal DNA	• Uzun Ömür Genleri • Hızlandırılmış Yaşlanma Sendromları • Nöroendokrin • İmmünolojik • Hücre Yaşlanma • Hücre Ölümü

Öte yandan, biyolojik yaşlanmanın karmaşık yapısından kaynaklı yaşlanmanın neden ve nasıl gerçekleştiği sorularına tek bir teori ile açıklamak mümkün değildir. İnsanın yaşlanmasındaki değişiklikler moleküler, organ ya da sistem düzeyinde gerçekleşebilmekte, çevresel faktörler de etkili olabilmektedir (Troen, 2003, s. 3) Bu sebeple Sacher'in de belirttiği gibi tüm bu teoriler, birer bakış açısı teorileridir. Bir başka ifadeyle, biyolojik yaşlanmanın bir boyutunu odaklanan ve açıklayan teorilerdir (Hayflick, 1985, s. 146). Yaşlanmanın nihai nedeni bilinmemekle birlikte bu teorilerin entegrasyonu ve birbirleriyle ilişkisinin ortaya konulması yaşlanmanın bütüncül açıklanmasında fayda sağlayabilme potansiyeline sahiptir. (Weinert ve Timiras, 2003, s. 1713).

Günümüzde biyolojik yaşlanmayı ve yaşı tespit etmeyi amaçlayan çalışmalar yürütülmektedir (Belsky ve diğerleri, 2015 , s. 1-3 ; Hägg ve Jylhävä, 2021 ; Rutledge ve diğerleri, 2022 ; Li ve diğerleri, 2023). Telomer uzunluğu, epigenetik saat gibi belirleyiciler üzerinden biyolojik yaşı tespit etmeyi amaçlayan bu çalışmalar yaşam süresinin dışından insanların hastalık ve kırılganlıklarından uzak sağlıklı yaşam sürelerinin de öngörülmesinin sağlanabileceğini belirtmektedir. (Jylhävä, Pedersen ve Hägg, 2017, s. 33). Biyolojik yaşlanmayı genomik kararsızlık, telomer kısalması, hücresel yaşlanma, epigenetik değişiklikler, mitokondriyal disfonksiyon, azalmış otofaji, protein dengesizliği ve kök hücre tükenmesi gibi biyo-belirteçlerle ölçmeye çalışan, evrensel, güvenilir bir biyolojik yaşlanma indeksi ya da bir referans ölçütün geliştirilmesi, geratrik tıp alanında yaşlıların sadece hastalık ve semptomlarının azaltılması ve yok edilmesinin yanında geriatric hastalıklarının nedenleriyle birlikte önlenmesi, tedavisi, gelecekte yaşamın farklı evrelerindeki biyolojik yaşlanmanın ayırt edici tespit edilmesinde ciddi katkılar sunması beklenmektedir (Ferrucci et. al., 2020 , s. 9-12) Tüm çalışmalar ise yaşlanma ile ilgili çözülmemiş ve farkında olunmayan bilinmeyen bilinmezlerden, bilinen bilinmezlere doğru bir geçiş yapılmasına imkan tanıyacak (Kennedy, 2016, s. 109-110).

Çalışmamızda ise yaşlanmanın nedenlerine değil yaşlanma süreci ve yaşlılık dönemindeki bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi, korunması, yaşam kaliteleri ve iyi oluş hallerindeki belirleyici faktörler ve değişkenlerin ortaya çıkarılmasını hedeflemektedir.

2.2.3 Psikolojik Yaşlanma

İnsanların kronolojik ve biyolojik yaşlanmalarına eşlik eden psikolojik yaşlanma, yaşlanma sürecindeki yaşa bağlı zeka, hafıza, duygu, düşünce, davranışlardaki değişimlerdir. Yaşlanmayla birlikte hafıza, öğrenme, algılama, çevresel değişimlere uyum gibi bilişsel kapasitede kayıplar oluşabilmektedir (Kalınkara, 2021, s. 9). Yaşlanmanın psikolojik boyutunda temelde yaşlanmayla birlikte oluşan psikolojik değişimler, bu değişimlerin neden ve nasıl olduğu ile bireysel düzeydeki psikolojik farklılaşmalar ve altındaki nedenler üzerine odaklanılmaktadır (Delibaş, 2020, s. 93). Yaşlanma sürecindeki bireyde birçok farklı psikolojik değişim yaşanmaktadır. Yaşlılık döneminde meydana gelen kayıplar, fiziksel kısıtlar, yaşamlarındaki değişimler stres yaratmakta ve kaygı düzeylerinin yükselmesine, korkuların artmasına neden olmakta (Şahin, 2021, s. 15-16), depresyon, deliryum, ölüm korkusu, uyku bozuklukları, anksiyete gibi psikolojik problemler yaşanabilmektedir (Öksüz, 2021, s. 71-83). Aynı zamanda psikolojik açıdan zeka, dikkat, bellek, farkındalık ve problem çözme, uyum gibi bilişsel yetkinliklerinde değişimler gözlemlenmekte (Keskin, 2022, s. 46-48), bu süreçte hafif bilişsel bozukluklar, demans, Alzheimer gibi bilişsel hastalıklardan da gözlemlenebilmektedir (Wise, 2018, s. 15-23).

Yaşlılık dönemindeki bilişsel kayıpların da ötesinde yaşlıların yaşlanmaya ve kendi yaşlarına ilişkin öznel yaş algıları, tutumları da hayatlarını olumsuz etkileyebilmekte, bu durum güvensizlik, yetersizlik, yalnızlık, yük olma korkusuna neden olarak psikolojik yaşlanmayı hızlandırmaktadır (Ender, 2022, s. 16) Bu konuda yapılan çalışmalar, kişinin kronolojik yaşından bağımsız olarak subjektif yaş algısının ruhsal, zihinsel sağlığı, iyilik hali ve yaşam memnuniyetini etkilediği, daha düşük subjektif yaşa sahip bireylerin daha iyi fiziksel, zihinsel ve bilişsel sağlığa sahip oldukları tespit edilmiştir. (Mitina et. al., 2020 , s. 18772). Aynı şekilde kişilerin öznel yaş algıları ile travma sonrası stres (Solomo et. al, 2009 ; Palgi, 2016), depresyon (Fiske, 2009), yaşam memnuniyeti (Montepare et. al., 1989), beyin yaşları (Kwak et. al., 2018), bilişsel bozukluklar (Reid ve MacLulich, 2006) ile ilişkisi tespit edilmiştir. Buna göre daha düşük subjektif yaş algısına sahip bireylerin düşük stres düzeyleri, daha yüksek yaşam memnuniyet düzeyleri, düşük beyin yaşı ve bilişsel bozuklukta azlık gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

Yaşlanmanın tüm boyutlarında olduğu gibi insanların yaşlanma süreçlerindeki psikolojik değişim ve sonuçları kişiden kişiye farklılaşmaktadır. Bu durum aynı zamanda yaşlanmanın biricik ve özgün yanına da işaret etmektedir. Bazı insanlar 90 yaşında yüksek bilişsel düzeyde, sosyal yaşantısına devam edebilirken, bazı insanlar da 50'li yaşlarında hareketlerinde ve bilişsel kapasitelerinde düşüşler gerçekleştirebilmektedir. Buna göre bireyin ileri yaştaki deneyimini biyolojik etmenler, psikolojik etmenler, sosyo-kültürel etmenler, tüm bu etmenlerin birlikte hayat içerisindeki kombine etkileri olabilmektedir (Wise, 2018, s. 58).

Öte yandan gelişim psikolojisi bağlamında ele alınan yaşlanma psikolojisinde yaşam boyu gelişim teorisi/yaklaşımı (life span theory) önce plana çıkmaktadır. Bu yaklaşıma göre gelişim, insanın sadece yetişkinlik dönemine ait bir olgu olmayıp kişinin farklı adaptasyon biçimleriyle hayat boyu devam eden bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bireyin ontogenetik gelişimi, kayıp ve kazançlarla ve esneklik düzeyi ile ilişkilidir (Baltes, 1980; Baltes, 1987). Bireyin ileriki yaşlarındaki gelişim ve değişimlerin nasıl ele alınacağına ve oluşan farklılıklarına da odaklanan bu yaklaşımda “kayıpsız kazanç, kazançsız bir kayıp” (Baltes ve diğerleri, 1998, s. 1030) olmayacağı görüşü hakimdir. Bu sebeple yaşlılık ve yetişkinlik gibi hayatın belirli bir dönemini bütüncül bir kazanç ya da kayıp olarak değerlendirmeden, kazançların maksimize edilmesi, kayıpların minimumda tutulmasına odaklanılmaktadır. (Baltes, 1998, s. 1030; Wise, 2018, s. 51) Bu sebeple bireyin yaş odaklı bir değerlendirilmeye tabi tutulmasından ziyade psikolojik davranış ve değişimler, çok boyutlu bir şekilde çevresel etkileşimleri de göz önünde bulundurularak ele alınmaktadır (Eryılmaz, 2011, s. 51-52). Bununla birlikte bireyin sosyal çevresi ve kültürel etkileşimi gelişiminde belirleyici olmaktadır. Yaşlanma boyunca bireyin adaptasyon süreçlerindeki farklılıklar psikolojik yaşlanma yörüngelerinin normal, başarı ya da patolojik bir şekilde gerçekleşmesiyle sonuçlanmaktadır (Schaie, 2016, s. 5).

2.2.4 Sosyal ve Toplumsal Yaşlanma

Yaşadığı toplumun bir üyesi olarak dünyaya gelen insan; zaman, sosyalleşme ve kültürel etkileşimlerle toplumun kendisine biçtiği rol ve sorumlulukları öğrenmekte ve buna göre yaşamaktadır. Yaşlanma ve yaşlılık da bu sosyal bir süreçten

etkilenmekte, yaşlanma süreciyle ve yaşlılık dönemindeki rol ve sorumluluklar, yaşama biçimi, davranış kodları sosyal olarak inşa edilmektedir. Sosyal yaşlanma ise bireyin yaşam boyu deneyimleri, toplumsal öğrenmesi, sosyal etkileşimi ve iletişimiyle sosyal normlara dayalı yaşlılık dönemindeki rol, beklentileri, davranış biçimleri ve tepkilerinin oluşması ve değişimidir (Ender, 2022, s. 17; Kalınkara, 2021, s. 107).

Her toplumun yaşlanma ve yaşlılığa bakışı farklıdır. Toplumun yaşlanmaya karşı tutumu, yaşlıların sosyal statülerinin belirlenmesinde rol oynarken, toplumun yaşlı algısında da belirleyici olmaktadır. Toplumun negatif yaşlı algısı, yaşlı bireyleri olumsuz etkilemekte ve yaşlıların bireysel algılamalarında da rol oynamaktadır (Üçok, 2022, s. 25). Toplumda yaşlanmaya ilişkin ön yargılar ve olumsuz tutumlar ise sosyal hayatta ve iş hayatında yaşlılara yönelik yaş ayrımcılığına/yaşlı ayrımcılığına neden olmaktadır. (Topgül, 2016, s. 374).

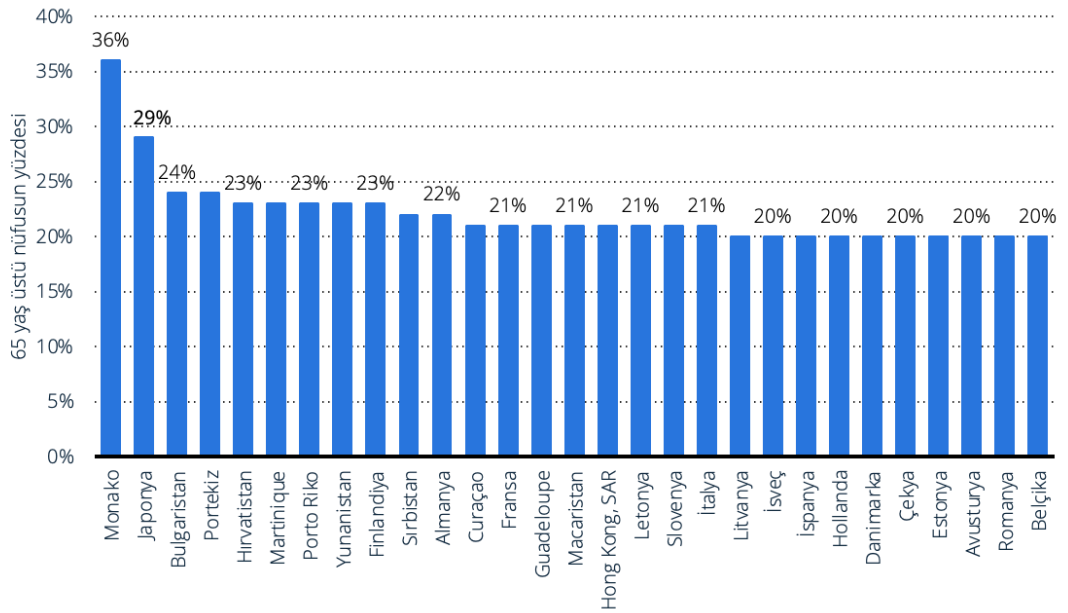
Yaşlı bireyler sağlık problemleri, ekonomik kayıplar, sosyal izalasyon, üretim ve tüketim döngüsünün dışında kalmaları (Özütürker, 2021, s. 3046), toplum üyelerinin ölüm ve yaşlılığı aynı algılaması gibi nedenlerle yaş ayrımcılığına maruz kalmaktadır (Buz, 2015, s. 270). Özellikle toplumda yaşlı bireyler “pasif, bağımlı, bakıma muhtaç” olarak algılanmakta, yetişkin olarak görülmemekte, sosyal hayattan dışlanmakta ya da suiistimal edilmektedir (Çayır, 2012, s. 164-167, Buz, 2015, s. 270).

Toplum içerisindeki bireyin zamanla sahip olduğu sosyal statü, rol ve konumun değişimiyle yaşlı bireylerin yeni sosyal duruma adaptasyonlarını gerektirmektedir. Günümüzdeki toplumsal sistemde yaşlanma sürecine ve yaşlı bireylere uygun ortam, şartların sağlanmaması önemli zorluklardan biridir (Üçok, 2022, s. 26). Emeklilik sonrası dönem sosyal yaşlanma için önemlidir. Kişinin kendi plan ve iradesiyle gerçekleştirdiği bir emeklilik sonrası psikolojik sorunlar yaşanmazken, erken ya da geç emeklilik süreçleri adaptasyonda sorunlara neden olabilmektedir (Kalınkara, 2021, s. 107). Yine bireyler emeklilik döneminde “rolsüz bir rol” (Üçok, 2022, s. 27), oynamak durumunda kalabilmekte ve kaybedilen sosyal rol, statü ve güç iyi bir sosyal yaşlanmanın önünde engel oluşturmaktadır. İyi bir sosyal yaşlanmada için ise yaşlı bireylerin aile, arkadaş ve yakınlarıyla olan iletişimi, sosyal çevre desteği, sosyal etkileşiminin sürdürülmesi ve destek alınması gerekmektedir (Ender, 2022, s. 17). Bununla birlikte yaşlı bireylerin sosyal yatırımları, işe yarama ve üretken yaşamın

devamlılığı için hobi edinmeleri de iyi bir sosyal yaşlanmada önemlidir (Göngör-Baran, 2022, s. 2-5). Bu noktada belirtmek gerekir ki başarılı bir sosyal yaşlanmada belirtilen bireysel sorumlulukların yanında toplumun da yaşlanma süreçlerine destek verecek, toplumsal yaşlanmaya uygun politika ve uygulamalar gerekmektedir.

Yaşlıların bireysel düzeyde kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma deneyimleri, sosyal olarak inşa edilmiştir ve toplumdaki kurum ve yapılarla olan etkileşiminden büyük oranda etkilenmektedir. Toplumdaki yaşlı nüfusun artması, toplumsal yapı ve güçleri derinden etkilemektedir. Bu bakımdan toplumsal yaşlanma, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte gelen toplumdaki demografik, sosyal, kültürel, yapısal değişimlerdir. Bu değişimler aile, siyaset, ekonomi, iş, eğitim ve sağlık sistemi gibi birçok toplumsal yapıyı etkilemektedir (Morgan ve Kunkel, 2016, s. 6).

Küresel nüfusun yaşlanması ve demografik değişim, ülkeleri farklı boyutlarda toplumsal yaşlanmaya yüzleştirmektedir. 2023 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus, dünya nüfusunun %10'una denk gelmektedir. Ancak her ülkenin toplumsal yaşlanması, oran, boyut ve sonuçları açısından aynı değildir. Şekil 6.'da paylaşıldığı gibi birçok ülkede 65 yaş ve üstü nüfus oranı, dünya ortalamasının 2 katından fazladır. Buna göre 2023 yılında dünyada en çok 65 yaş üstü toplam nüfus yüzdesine sahip ülkelerin başında sırasıyla %36 ile Monako, %29 ile Japonya ve %24 ile Bulgaristan gelmektedir (Population Reference Bureau, 2023)



Şekil 2.7 2023'te 65 Yaş Üstü Toplam Nüfusun En Büyük Yüzdesine Sahip Ülkeler

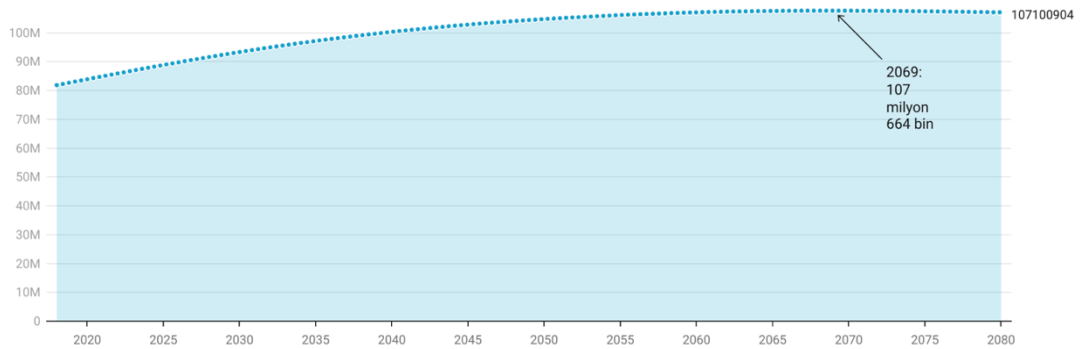
Kaynak: Population Reference Bureau, 2023

Farklı oranlardaki nüfus yaşlanmasına sahip ülkeler, yaşlanmanın toplumsal, ekonomik, sağlık gibi farklı boyutlarına karşı 65 yaş üstünün refahını arttıracak sosyal politikalar, sosyal destek koruma ve istihdam politikaları üreterek toplumsal yaşlanmaya ilişkin bir uyum stratejisi geliştirmesi gerekmektedir. Ülkelerin toplumsal yaşlanma karşı sağlayacakları uyum, denge kapasiteleri, gelecekteki refah ve sosyal istikrarında belirleyici olması düşünülmektedir.

Aynı zamanda homojen bir grup olmayan yaşlı gruplarına yönelik politikalar, yaşlıların çeşitli ve değişen ihtiyaçlarını ele almalı ve sosyal izolasyon, yaşlıların istismarı ve yaşa dayalı ayrımcılık konularına da odaklanarak haklarını korumalıdır. Toplumsal yaşlanmaya bu şekilde bir adaptasyon, yeni fırsat, pazar ve yenilikleri de beraberinde getirebilme potansiyeline sahiptir (The World Bank, 2022). Bu sebeple dünyada ve Türkiye’de yaşlanmaya ilişkin holistik bir bakış ve yaklaşımın geliştirilebilmesi, yaşlanmanın tüm bu boyutlarının etkileşimi, yarattığı beklenti ve çıktılara göre eyleme geçilmesini gerekli kılmaktadır. Çalışmanın devamında Türkiye’deki yaşlı yetişkinler ve toplumsal yaşlanma boyutu ele alınacaktır.

2.3 Türkiye’de Toplumsal Yaşlanma ve Yaşlı Yetişkinler

Dünyada olduğu gibi Türkiye’nin de nüfusu giderek yaşlanmakta, nüfus artış hızı azalmakta ve 65 yaş ve üzeri nüfus artmaktadır. 2023 yılında 85 milyon 372 bin olan Türkiye nüfusunun 2040 yılında 100 milyonu geçmesi, 2069 yılında 107 milyon 664 bin kişiyle en yüksek değerine ulaştıktan sonra azalması tahmin edilmektedir (TÜİK, 2018). Öte yandan Türkiye’nin yıllar içerisindeki yıllık nüfus artış hızı ciddi şekilde azalmıştır. 2008 yılında binde 13,1 ve 2022 yılında binde 7,1 olan nüfus artış hızı 2023 yılında binde 1,1’e düşmüştür (TÜİK, 2024a).

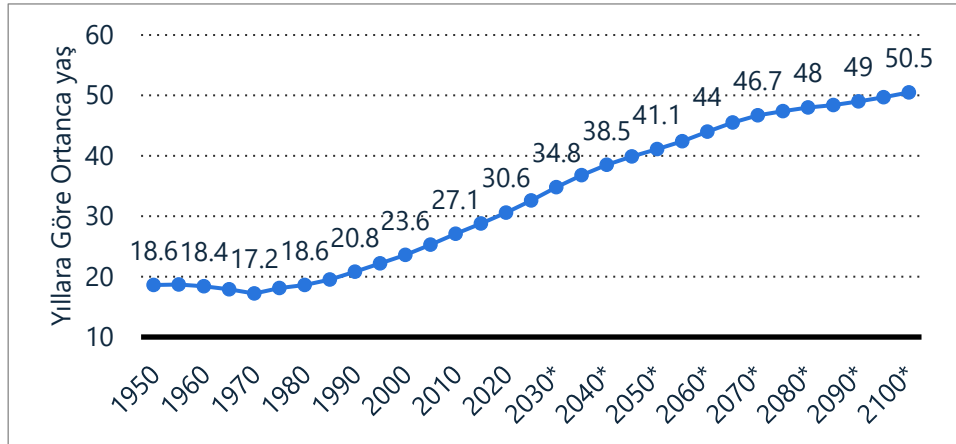


Şekil 2.8 Türkiye’nin Nüfus Projeksiyonu 2018-2080

Kaynak: TÜİK, 2018

Türkiye'nin yaşlı nüfusu ve yaşlı nüfus artışı hızlanarak devam etmektedir. 2018 yılında 7 milyon 186 bin olan yaşlı nüfus, 2023 yılında %21,4 artarak 8 milyon 722 bin kişiye ulaşmıştır. Bu durum 2023 yılında toplum nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranının %10'a çıkartmıştır. Yine belirtmek gerekir ki ülkelerin yaşlı nüfusunun toplam nüfus içerisindeki payının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesi olarak kabul edilmekte (Değer, 2023, s. 5), bu durum Türkiye'nin demografik bir değişim aşamasında olduğunu göstermektedir (TÜİK, 2024b). Türkiye'nin toplumsal yaşlanmasına ilişkin diğer bir endeks ise yıllar içerisinde ortanca yaşın büyümesidir. Ortanca yaşın artması, doğum oranlarının azalması, beklenen yaşam süresinin artarak nüfusun yaşlandığını göstermektedir (Rogers, 2019; United States Census Bureau, 2023) Bir başka ifadeyle toplumdaki yaşlı nüfusun artması ortanca yaşı yükseltmektedir (Ritchie ve Roser, 2024).

1950 yılında 20,1 olan Türkiye'nin ortanca yaşı, 2000 yılında 24,8'e yükselmiştir. Bu durum 50 yıl içerisinde sadece ortalama 5 yaş artışa denk gelmektedir. Bununla birlikte 2010 yılında ortanca yaş 29,2 ve 2023 yılında ise ortanca yaş 34 olarak tespit edilmiştir (United Nations, 2020). Türkiye'nin ortanca yaşının 23 yılda 9 yıl artması, yaşlı nüfusun artış hızındaki yüksekliği ifade etmektedir. Öyle ki Birleşmiş Milletler ortanca yaş projeksiyonlarına göre Türkiye'nin 2030 yılında ulaşması beklenen 34,8 ortanca yaşa (United Nations, 2020), 2023 yılında neredeyse ulaşmıştır. Bu durum Türkiye'nin demografik geçiş sürecinin beklenenden erken gerçekleştiğini ve nüfus yaşlanmasının hızlandığının göstergesidir.



Şekil 2.9 Türkiye'nin Yıllara Göre Ortanca Yaş Projeksiyonu

Kaynak: (United Nations, 2020)

Türkiye'nin demografik yaşlanma sürecinin önümüzdeki yıllarda da artması beklenmektedir. Türkiye'nin nüfus projeksiyonları, gelecek yıllarda yaş yapısının ciddi bir değişimine işaret etmektedir. Buna göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2030 yılında %12,9 2040'da %16,3 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında 25,6 olması tahmin edilmektedir. Bir başka deyişle, 2060 yılından itibaren her 5 kişiden bir kişinin, 2080 yılında ise her 4 kişiden birinin 65 yaş ve üstü yaşa sahip olacağı anlamına gelmektedir (TÜİK, 2024b). Türkiye'nin yaş yapısının zamanla değişimiyle dikkate alması gereken diğer bir gösterge de yaşlı bağımlılık oranıdır. Yaşlı bağımlılık oranı, kısaca çalışan aktif nüfus başına düşen yaşlı yetişkin sayısıdır. Buna göre Türkiye'de 2040 yılında çalışan her yüz kişiye yirmi beş yaşlı yetişkin, 2080 yılında ise çalışan 100 kişi başına 40 yaşlının düşmesi beklenmektedir (Değer, 2023, s. 13; TÜİK, 2021).



Şekil 2.10 Türkiye'nin Yaş Yapısı 2018-2080

Kaynak: TÜİK, 2024b

Rakamlar ve nüfus projeksiyon verileri, Türkiye'nin geri dönülemez bir demografik değişim gireceğinin ve toplumsal yaşlanma süreciyle yüzleşmesi gerektiğinin altını çizmektedir. Bu konuda Türkiye'nin yeni toplumsal yaşlanma durumuna uygun bir şekilde sosyal politikalar, yaşlılık stratejileri ve yaşlılık politika ve uygulamalarına geçmesi gerekmektedir. Bu sebeple gelecek yıllarda Türkiye'nin yaşlanan nüfusun sağlık, ekonomik, sosyal, psikolojik ihtiyaçlarına, sağlık, bakım hizmetleri, emeklilik ve işgücüne katılım gibi konulara yönelik yaşlılık politikaları üretmesi gerekmektedir (Tufan, 2023).

2.3.1 Türkiye’de Yaşlanma Politikaları ve Sosyal Politika Yaklaşımları

Cumhuriyet döneminden itibaren yaşlıların korunması ve bakımı kanun güvencesi altına alınmıştır. İlk olarak 1930 yılında çıkan 1580 sayılı Belediyeler kanununda yaşlıların bakımı, ihtiyaçlarının karşılanması görevi belediyelere verilmiştir. Kanun sonrasında ihtiyaç duyulan bölgelerde huzurevleri açılmıştır. 1963 yılında ise sağlık ve sosyal yardım bakanlığına bağlı sosyal hizmetler genel müdürlüğü kurulmuştur. Bu kanun sonrasında muhtaç yaşlılara yönelik sosyal hizmetler ve yardımlar bu genel müdürlük uhdesinde toplanmıştır (Belediyeler Kanunu, 1930; T.C Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2024)

Türkiye’de yaşlı bireylerin haklarına yönelik hukuksal düzenlemeler bulunmaktadır. 1982 Anayasasının 61. maddesine göre “Yaşlılar, Devletçe korunur, Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.” (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982) fıkrasıyla yaşlıların devlet tarafından korunması ve her türlü tedbirin alınması sosyal güvenliğin bir parçası olarak anayasal olarak güvence altına alınmaktadır. Yine ilgili anayasa maddesi gereğince 1983 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kurulmuş ve bakıma, korumaya ve yardıma muhtaç aile, çocuk, engelli ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler birleştirilmiştir. 2818 sayılı kanunun 4. Maddesinde “sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma ihtiyacı olan yaşlı statüsündeki kişi” (2818 Sayılı Kanun, Madde 4) ihtiyacı olan yaşlılar kapsamında tanımlanmakta ve her türlü koruma, bakım, rehabilitasyon ve yardım kurum bünyesindeki “Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri” sağlanmaktadır (Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973). İlgili kanun gereğince ise 1987 tarihinde “Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkındaki Yönetmelik” yayınlanarak huzurevi açmayı planlayan kamu kuruluşlarının huzurevlerinin fiziki koşulları, çalışma ve hizmet şartlarının kanuna uygun bir şekilde yürütülmesi amaçlanmıştır (Yıldırım, 2021, s. 1896). Daha sonra ise yaşlıların bakımına ilişkin 1997 yılında “Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği” ile özel kişilerin huzurevi açabilmesine gerekli şart, denetim ve usuller belirlenmiştir (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

Yönetmeliği, 2001). Yine 2008 yılında ise sosyal, psikolojik destekle yaşlıların evde bakımlarını amaçlayan “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” kabul edilmiştir (Yıldırım, 2021, s. 1896).

Türkiye’de devlet tarafından yaşlılara temelde 3 başlık etrafında hizmet sağlanmaktadır. Bunlar sosyal güvenlik, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlardır (T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2007, s. 18-22). Sosyal güvenlik hizmeti, T.C Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tarafından yürütülmekte, sosyal yardımlar ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü aracılığıyla, yaşlılara yönelik sosyal hizmetler ise Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sunulmaktadır (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2024).

Türkiye’de yaşlılara yönelik politika, hedef ve yaklaşımları kalkınma planları çerçevesinde tarihsel olarak takip etmek mümkündür. Kronolojik bir akış, yaşlanma ve yaşlılık politika yaklaşımlarında değişim ve dönüşümü göstermesi bakımından önemlidir. İlk olarak Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), sonrasında Kalkınma Bakanlığı ve nihai olarak Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından hazırlanan kalkınma planlarında farklı bağlamlarda yaşlanmaya ve yaşlılara yönelik politikalara yer verilmiştir. İlk olarak 1963 yılında hazırlanan birinci kalkınma planında muhtaç yaşlıların bakımı, ihtiyaçları doğrultusunda huzur evlerinin açılmasına odaklanılmıştır. İkinci beş yıllık kalkınma planında ise sağlık ve sosyal yardım bakanlığı ile yerel yönetimlerin yaşlıların refahını arttırıcı politikalarda iş birliği dahilinde ilerlemesinin gerekliliğinden bahsedilmektedir. Üçüncü beş yıllık kalkınma planında faaliyetlerin yürütülmesinde koordinasyon sorunlarına değinilerek bu faaliyetlerin tek elden yürütülmesine yer verilmiş, dördüncü kalkınma planında huzurevlerinin açılması, yatırımların arttırılması ve huzurevi konusunda özel sektör teşvik edilmiş, beşinci kalkınma planında ise yaşlı politikalarına yönelik özel sektör teşvikleri, kamu ve gönüllü kuruluşlar arasındaki hizmet koordinasyonu ele alınmıştır (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963).

1990-1994 yıllarını kapsayan altıncı beş yıllık kalkınma planında yaşlılara yönelik sosyal hizmet ve bakımın temel yerinin aile olduğu ve bu hizmetlerin aile

odaklı şekilde desteklenmesi fikri ön plana çıkarken yedinci beş yıllık kalkınma planında yine yaşlı bakımında aile odağı vurgulanmış, yaşlı hizmetlerine yönelik öz eleştiriler yapılmıştır. Bu kapsamda yaşlı hizmetlerinde nicelik ve nitelik bakımından eksiklikler olduğu vurgulanmıştır (Kalınkara, 2021, s. 306).

2001-2005 yıllarını kapsayan Türkiye'nin sekizinci kalkınma planında 65 yaş ve üstü bireylerin artışına dikkat çekilmiştir. Bu planda yaşlı yetişkinler, diğer planlardan farklı olarak toplumsal yaşlanma bağlamında “Ülkemizin sosyoekonomik gelişmesine paralel olarak gelişme gösteren sanayileşme, kentleşme ve aile yapısında meydana gelen değişimler ve 60 ve üstü yaş grubunda yavaş da olsa görülmeye başlayan nüfus artışı, huzurevi ve yaşlı danışma merkezlerinin açılmasını, bu kesime yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin artırılarak sürdürülmesi ihtiyacının önemini ortaya koymaktadır.” şeklinde değerlendirilmiştir (T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2001, s. 111). Bu durum ülkedeki demografik değişime ve gerekli ihtiyaca işaret edilmesi bakımından önemlidir.

2002 yılında Birleşmiş Milletler tarafından Madrid’de gerçekleşen 2. Dünya Yaşlanma Asamblesine katılan Türkiye, yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması, toplumsal entegrasyon geçim ve sağlık sorunlarının çözümü amacıyla hazırlanan “uluslararası yaşlanma eylem planına” dayanarak yaşlanma ulusal eylem planı çalışmalarına başlamıştır (T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006, s. VII).

Türkiye, dokuzuncu kalkınma planında (2007-2013) da benzer şekilde toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfusun artışı, aile, çocuk ve engelli bireylerle birlikte yaşlı yoksullara yönelik eğitim, sağlık ve kültür hizmetlerinin genişletilmesi, bu hizmetlerin önemi, evde bakım ve huzur evlerindeki hizmetlerin nicelik ve niteliklerinin artırılması başlıkları gündem olmuştur (T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006, s. 37-44). Bu dönemde Türkiye’de yaşlılara yönelik kapsamlı politikalar sunan ilk plan 2007 yılında kabul edilen “Türkiye’de Yaşlıların Genel Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” olmuştur. Öncelikle yaşlıların genel durumları ve mevcut hizmetlere ilişkin durum analizinin yapıldığı plan 3 ana başlıkta hazırlanmıştır. Bunlar, “Yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması, olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanması” şeklinde tasarlanmıştır. Bu başlıkların amaçlarını:

- “Ekonomik, siyasal, kültürel ve sosyal alanlarda yaşlıların bireysel veya örgütsel çabalarla yer alabilmesi, aktif katılımlarının sağlanabilmesi, yaşlıların kendisini toplumda hala sevilen, önem verilen, saygı duyulan bir birey olarak görmesi, sağlıklı, mutlu ve tatminkar bir yaşlılık dönemi geçirmesi, bu doğrultuda, dezavantajlı gruplar ve yaşlılara karşı her türlü ayrımcılığı ve dışlanmayı ortadan kaldırmak için başta eğitim olmak üzere sosyal, ekonomik, kültürel vb. alanlarda kuşaklar arası dayanışmanın sağlanarak bireylerin bilinçlendirilmesi”
- “Sağlıklı yaşlanma veya yaşlanma döneminde sağlığın geliştirilmesi, bu dönemde ortaya çıkan hastalıklar sonucu oluşan birincil ve ikincil özürlü tedavisi ve yaşlının toplumsal yaşama tam katılımının sağlanması”
- “Yaşlı nüfusta, tıbbi, psikolojik, sosyal, çevresel, ailesel ve ekonomik problemlerin tüm boyutları ile bir bütün olarak ele alınarak destekleyici ortamların sağlanması, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması” şeklinde özetlemek mümkündür.”⁴

Plandaki eylemler, sadece bireyin refah, iyi oluş ve yaşam kalitesini arttırmanın yanında yaşlı yetişkinlerin toplumsal refahlarını da arttırmayı hedeflemektedir.

2013 yılında ise bir önceki eylem planının devamı niteliğinde olan “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programında” da benzer ana başlıklar etrafında hedefler belirlenmiştir. (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013, s. 19). Bu kapsamda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilen yaşlılara yönelik hizmetler, görevli kuruluşlar, yerel yönetimlerle ve belediyelerle iş birliği dahilinde yaşlıların karar verme süreçlerine ve işgücüne katılımları, yaşlı yetişkinlerin psikolojik düzeyde toplumla olan uyumunun sağlanması, yaş bağıli hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, risklerin azaltılması ve koruyucu ve bakım hizmetlerinin kalitesinin arttırılması amaçlanmıştır (Çolak ve Özer, 2015, s. 120; Yıldırım, 2021, s. 1897) Her ne kadar bu sosyal politikalar çok kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım içerse de hukuki, merkezi ve yerel yönetimlerin koordinasyon ve sahiplenme sorunu, belediyelerdeki finansal kaynak yetersizliği, toplumsal entegrasyon vizyonunda eksiklik, bakım, koruma amaçlı huzurevi odaklı faaliyetler gibi çeşitli sebeplerle uygulanmasında engeller bulunmaktadır (Çolak ve Özer, 2015, s. 121)

Türkiye’deki yaşlı nüfusun hızla artmaya devam etmesiyle birlikte yaşlılara yönelik sosyal politika planlamalarına onuncu beş yıllık kalkınma planı (2014-2018) ve sonrasında daha da odaklanılmıştır. Bu plan kapsamında ilk defa “Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu” kurulmuş ve yaşlanmaya ilişkin raporlar hazırlanmaya

⁴ Bkz. Türkiye’de Yaşlıların Genel Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007.

başlamıştır. 2014 yılındaki ilk raporda mevcut durum analizi, eğilimler incelenmekte, projeksiyonlardan bahsedilmekte ve “Aktif Yaşlanma, Yaşlı Hakları ve Hukuku/Yasal Düzenlemeler, Türkiye’de Yaşlı İşgücü ve Çalışma Yaşamı, Yaşlı Yoksulluğu, Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Yaşlılıkta Psiko-Sosyal Yaşam ve Kuşaklararası Dayanışma, Yaşlanma ve Yaşlılık Dönemi Araştırma-Geliştirme Faaliyetleri” (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2014, s. 49) başlıklarında hedef ve uygulamalar planlanmıştır.

Raporun öne çıkan bir diğer noktası Türkiye’nin yaşlanma alanındaki güçlü, zayıf yönlerinin, fırsat ve tehditlerinin değerlendirilmesidir. Güçlü yönler olarak, sosyal ve kültürel bağların, dayanışma, yaşlı saygısı, geleneksel aile yapısı, sosyal güvence kapsam, artan gelir ve eğitim düzeyi gösterilirken, fırsat olarak “yaşlanma sorununun” günümüzün değil geleceğin bir konusu olarak değerlendirilmesi dikkat çekicidir. Öte yandan, hızlı yaşlanma bir tehdit olarak ele alınırken, zayıf yönler “Kurumsal yapılanmanın zayıflığı, tasarruf araçlarının azlığı ve güvenilirliği, bakım sigortası ve uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumunun zayıflığı, yaşlıya yönelik istismar ve suiistimalleri önleyecek hukuki ve kurumsal altyapı eksikliği, toplumda özellikle gençlerde yaşlanma bilincinin yeterince oluşmaması ve sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşam” şeklinde sıralanmaktadır (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2014, s. 47).

Toplumsal yaşlanmaya ilişkin kamu farkındalığının artmasının bir sonucu olarak 2019 yılında, aktif yaşlanma, yaşlı refah politikaları, yaşlanma ve yaşlılık dönemi ile alakalı ihtiyaçların görüşülmesi amacıyla I. yaşlılık şurası gerçekleştirilmiştir. Yaşlılık Şurası’nda, aktif sağlıklı yaşam, toplumsal hayata katılım, bakım ekonomisi, yaşlı bakım hizmetleri, yaşam kalitesi yaşlı dostu kentler, yaşlı hakları ve yaşlı ekonomisi gibi yaşlanmanın farklı boyutlarına ilişkin özel komisyonlar aracılığıyla derinlikli ve nitelikli raporlar sunulmuştur (T.C Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019, s. 29-129). Ancak bu Şura çalışmalarının devamı gelmemiş ve bu konuda resmi bir açıklama yapılmamıştır.

Türkiye’nin yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin sosyal politika yaklaşımının zamanla bakım ve sorun odaklı bir biçimden daha hak temelli, bütünsel ve sürdürülebilirlik perspektifini içeren bir eğilime yöneldiği görülmektedir. On birinci kalkınma planında (2019-2023), bir taraftan genç ve dinamik nüfus yapısının korunması hedeflenirken yaşlıların ekonomik ve toplumsal yaşama katılımlarıyla yaşam kalitelerinin

arttırılması, aktif ve bağımsız şekilde hayatlarını devam ettirmeleri ve uzun süreli bakım, sağlık hizmetlerinden faydalanmaları ve aktif yaşlanmayı destekleyici ortamların sunulması amaçlanmaktadır (T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, s. 154). Özellikle On birinci Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Raporunda yaşlanma, “...nicel değişimin ötesinde, toplumsal yaşamı şekillendiren sosyal, ekonomik, kültürel ve yönetsel yapılarla ilişki içinde olup bu yapıları etkileyen ve onlardan etkilenen bir süreç olarak” (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 46) değerlendirilmekte, yaşam seyri perspektifiyle yaşlanma ve yaşlılık demografik bir olgu ve gerçeklik olarak ele alınmaktadır. (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 13)

On birinci Kalkınma Planı kapsamında Türkiye yaşlanma politikaları hak temelli, bütüncül ve aktif yaşlanma temelinde yaşlanmanın sosyal, ekonomik ve kültürel etkilerine karşı politikalar üretilmesi, şimdinin ve geleceğin yaşlı yetişkinlerinin yaşam kalitelerinin arttırılması amaçlanmaktadır. Yine bu dönemde yaşlanma politikalarının geliştirilmesi, uygulanması ve eşgüdümünden sorumlu kurum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı olarak net bir çerçevede tanımlanmıştır (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 28) Bu kapsamda on birinci kalkınma planı yaşlanma politika hedefleri ile yaşlı bireylerin;

“... sağlıklı ve bağımsız yaşayabildikleri, sağlık ve sosyal hizmetlerden adil bir biçimde yararlanabildikleri, kendilerini dışlanmış hissetmedikleri, yaşlı yoksulluğunun en az düzeye indirildiği ve nitelikli yaşam standardının sağlandığı, insan onuruna uygun hizmet modellemelerinin ve kuşaklararası dayanışmanın olduğu, güvenli bir çevrede kendi tercihleri doğrultusunda yaşadıkları ortamların yaratılması” (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 48) amaçlanmaktadır.

Türkiye’nin on birinci kalkınma planı döneminde yaşlanma ve yaşlılık politikaları hak temelli, kapsayıcı ve sürdürülebilir yaklaşımla kurumsal hedef ve sorumlulukların, araştırma, planlama, uygulama ve eşgüdüm çalışmalarının hız kazandığı bir dönem olmuştur. 2019 yılındaki I. Yaşlılık Şurası sonrasında 2022 yılında Türkiye İnsan Hakları Eşitlik Kurumu’nun hazırladığı “Türkiye Yaşlı Hakları Raporu”, TBMM’de düzenlenen Uluslararası Yaşlı Refahı Çalıştayı Sonuç Raporu” ve 2023 yılında yayınlanan “Yaşlıların Hayatın Çeşitli Alanlarında Yaşadıkları Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu” çalışmaları, yaşlanma politikaları için gerekli verilerin oluşturulması ve hedeflerin planlanması için uygun bir zemin

hazırlamıştır. Özellikle meclis araştırma komisyon raporu, yaşlıların sorunlarının tespit edilmesi ve ortaya konulması açısından önem teşkil etmektedir.

Tüm bu çalışmaların bulgularına da dayanarak 2023 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Yaşlanma Vizyon Belgesi yayınlanmıştır. Türkiye'nin uzun dönemli yaşlanma ve yaşlılık politika perspektifini yansıtan belgenin amacı "Yaşlı bireylerin haklarını gerçekleştirebildikleri, kendi ihtiyaçlarına ve taleplerine uygun hizmetleri alabildikleri ve yaşam deneyimlerini gelecek nesillere aktarabildikleri her yaş için toplum inşa etmek" şeklinde ifade edilmektedir (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2023a, s. 14). "Aktif ve sosyal yaşlanma, toplumsal hayata katılım, herkes için yaşlı dostu erişilebilir ortamlar, afet ve insani bakımdan acil durumlar, yaşlı hakları ve uygulama izleme" olmak üzere toplamda 6 politika alanı ve 51 eylem alanından oluşan vizyon belgesi, yaşlılık politikalarının oluşturulmasında şu prensiplere dayanmaktadır:

- Bağımsızlık
- Katılım
- Bakım
- Kendini Gerçekleştirme
- Saygınlık (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2023a, s. 15)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yaşlanma Vizyon belgesi dayanarak 2023-2025 yıllarını kapsayan bir Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı hazırlamıştır. Eylem planı, yaşlanma vizyon belgesinde belirlenen 6 politika alanındaki hedeflerin uygulanması için alınan tedbirleri ve bu hedeflerin uygulanmasında sorumlu kurum ve kuruluşların görev ve sorumluluklarını da tespit etmektedir (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2023b, s. 4-9). 2023-2025 Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı, yaşlanma politikalarının uygulanmasında koordinasyon ve eşgüdümün sağlanması, kurumsal sorumlulukların paylaşımı açısından dikkat çekicidir. Bu durum sosyal politikadaki eksiklik ve yetersizliklere ilişkin izleme ve değerlendirme süreçlerini de kolaylaştırma imkanına sahiptir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2021-2026 Türkiye'de Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı da yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi, korunması, sağlığa ilişkin toplumsal risklerin yönetimi, yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve tam

erişimi stratejileriyle yaşlı sağlığı alanındaki sağlık politikaları planlanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2021, s. 6-9).

Türkiye'nin 2024-2028 dönemini kapsayan on ikinci kalkınma planında da geleceğe yönelik yaşlanma politika yaklaşımları ve hedefleri benzer şekilde sürdürülmektedir. Türkiye'nin bu dönemdeki nüfus ve yaşlanma politikasında; nüfusunun yenilenme hızı için gerekli doğum oranlarının artırılması, evlenme yaşının gençleştirilmesi ve yaşlı bireylerin aktif, sağlık ve bağımsız bir şekilde yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir (T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023, s. 194-196).

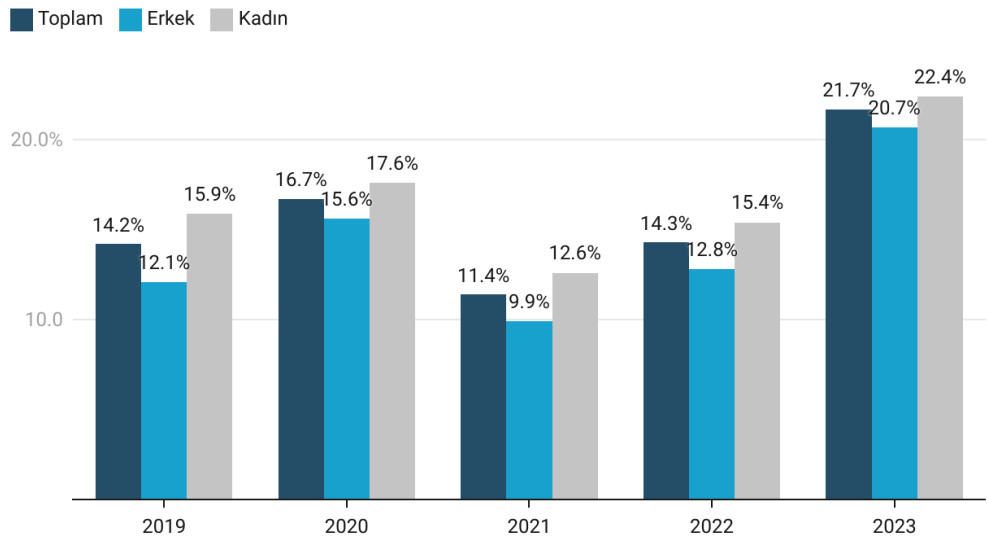
Türkiye, son beş yıl içerisinde nüfus ve yaşlanma politikalarına, hedef ve planlamalarına yoğunlaşmakta, toplumsal yaşlanmayı kalkınma planlarında ve ulusal eylem planlarında kapsamlı, hak temelli ve yaşam seyri yaklaşımıyla ele alınacağını belirtmektedir. Ancak mevcut ve hedeflenen politikaların uluslararası insan hakları hukuku çerçevesinde nasıl uyumlu hale getirileceğine dair bir yaklaşım bulunmamakta, mevcut kaynakların nasıl kullanılacağına ilişkin bir planlama güncel kalkınma planında yer almamaktadır (T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Özellikle 2019 yılı sonrasında yaşlanma ve yaşlı bireylere ilişkin sosyal politika, ulusal eylem planları ve çalışmaları ağırlık kazansa da toplumsal yaşlanmanın sosyo-politik öneminin kavranamaması ve tanımlı bir yaşlılık politikası olmamasından dolayı eleştirilmektedir (Tufan, 2023).

Türkiye'de yaşlı ve emeklilere yapılan sosyal koruma harcamaları her yıl artmıştır. 2022 yılında sosyal koruma harcamalarının % 45'i yaşlı ve emeklilere ayrılarak 565 milyon 810 bin TL harcanmıştır (TÜİK, 2023) Bakım hizmet açısından ise her sağlıklı yaşlı birey Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı huzurevleri ve yaşlı yaşam evlerine başvuru yapma hakkına sahiptir (Arun, 2023, s. 12). Öte yandan Türkiye'de yaşlı yetişkinlerin fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, sosyal politika, emeklilik gibi birçok farklı başlıkta ciddi sorunları bulunmakta ve bu sorunlar giderek derinleşmektedir. Bu sebeple yaşlanmaya ilişkin bu politikaların artması, sorun çözümü niyetini göstermesi açısından değerli olmakla birlikte yaşlanan Türkiye'nin sorunlarına hangi ölçüde çözüm olabileceğinin düzenli ve kapsamlı bir şekilde izlenmesi ve güncel olarak yaşlı bireylerin sorunlarının takip edilmesi gerekmektedir.

2.3.2 Türkiye’de Yaşlı Yetişkinlerin Sorunları

Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de 65 yaş ve üstü nüfusun hızla artması, yaşlı yetişkinlerin sorunlarının toplumda daha fazla görünür olmasını sağlamıştır. Özgün bir deneyim olan yaşlanma sürecinin biyolojik, fizyolojik, ruhsal ve sosyal boyutları ile toplumsal düzeydeki etkileşimleri yaşlı bireylerin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde çok katmanlı sorunlarla karşı karşıya kalmasını neden olmaktadır. Yine toplumsal yaşlanmanın bir sonucu olarak yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin hukuki, sosyal politika ve kurumsal uygulamalardaki eksiklikler de yaşlıların yaşadıkları sorunlarda belirleyici bir role sahiptir. Türkiye’de gelecek dönemde de yaşlanma sürecinin ve yaşlı nüfusunun artması, sorunların daha derinleşme riskini beraberinde getirmektedir. Yaşlı yetişkinler, sağlık, ekonomik, sosyal ve toplumsal düzeylerde sorunlarla yaşamaktadır (Arun, 2023a; Tufan 2023).

Yaşlı yetişkinlerin sorunlarının en başında ekonomik yetersizlikler ve yoksulluk gelmektedir. Yaşlı yoksulluğu hem dünya da hem de Türkiye’de giderek artmaktadır. TÜİK’in 2023 verilerine göre Türkiye’de toplam yaşlı yoksulluk oranı % 21,7 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran 2019 yılı ile karşılaştırıldığında yaşlı yoksulluğunda % 53’lük bir artış olduğunu ve Türkiye’de yaşlı her 5 kişiden bir birinin yoksulluğa maruz kaldığını göstermektedir (TÜİK, 2024b).



Şekil 2.11 Türkiye’de Yaşlı Yoksulluk Oranı

Kaynak: TÜİK, 2024b

Yaşlı yoksulluğunun bir diğer yüzü ise yaşlı kadın yoksulluğudur. Özellikle 75+ yaş grubu içerisindeki artan kadın oranı, bu yaşlı kadınların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen yüksek engellilik oranına sahip olmaları yaşlanmanın toplumsal cinsiyet eşitsizliği yönünü ortaya çıkarmaktadır (Arun, 2023, s. 24). Kadınların yaşamları boyunca erkeklerden daha az kazanmaları, iş hayatına katılımlarının %30 daha az olması ve sosyal güvenliklerinin bulunmaması, yaşlılık döneminde erkeklere göre daha ağır bir yoksullukla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Bu durum ise yaşlı kadın yoksulluğu kavramının doğmasına neden olmaktadır (Liman, 2023, s. 6). Yaşlı Kadın yoksulluğunda özellikle kırsalda yaşama ve eşlerinin vefat etmesi, kadınlar için daha da zorlayıcı bir etken olmaktadır. Yaşlı kadınların, eşlerini kaybetme oranı erkeklere göre daha yüksek kalmakta, bu sebeple kadınlar için bu durum normatif bir hal almaktadır. Yaşlı kadınların eşlerinin vefat etmesi, psikolojik yalnızlık ve hane halkı gelirinde azalmaya ve yoksullaşmaya neden olmaktadır. Bu bakımdan yaşlı nüfus içerisinde en kırılgan grup yaşlı kadınlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Arun, 2011, s. 1519-1522).

Yaşlıların ekonomik yetersizliklerinde belirleyici diğer bir faktör ise emeklilik şartları ve emeklilik sonrası gelirin azalmasıdır. Türkiye’de 2024 yılında en düşük emeklilik maaşı 10,000 TL olup (BBC Türkçe, 2024a), 2000 yılından günümüze emekli maaşının alım gücü ciddi oranda düşmüş (BBC Türkçe, 2024b), emekli maaşının asgari ücrete oranı ise 2023 yılında 0,66’ya kadar gerilemiştir. Bir başka ifadeyle 2003 yılında en düşük emekli maaşı, asgari ücretin 1,5 katıyken 2023 yılında emekli maaşı asgari ücretin 3’te 2’sine denk gelmektedir (Euronews Türkçe, 2023). Buna karşın TÜRK-İŞ Sendikası’na göre 2024 yılında dört kişilik bir aile için açlık sınırı 17,725 TL, yoksulluk sınırı ise 57.736 TL olarak hesaplanmıştır (TÜRK-İŞ, 2024). Bu durum, Türkiye’de birçok yaşlının açlık sırasında, çoğunluğun ise yoksulluk sınırının altında yaşadığını göstermekte, Maslow’un ihtiyaçlar piramidindeki temel fizyolojik ihtiyaçların giderilmemesi (McLeod, 2007), “kapsamlı, hak temelli ve yaşam seyri yaklaşımıyla” ele alınmasını mümkün kılmaktadır. Bununla birlikte Türkiye’de yaşlıların emekli maaşına ilişkin veri eksikliği bulunmaktadır.

Yaşlı bireylerin yaşadıkları en temel sorunlardan biri de yaşlı ihmali ve istismarıdır. DSÖ, yaşlı istismarını, “güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen ve yaşlı bir kişiye zarar veya sıkıntı veren tek veya tekrarlanan bir

eylem veya uygun eylem eksikliği” (WHO, 2022a) olarak tanımlamaktadır. Bu bakımdan yaşlı ihmal ve istismarı, yaşlı bireylerin refah ve bakımından sorumlu kişiler tarafından verilen zarar ve ihmaldir. Dünya’da her 6 yaşlı bireyden biri yaşlı istismarına uğramaktadır (Yon, 2017). Yaşlı istismarı, mortalite oranı (Lachs, ve diğerleri, 1998, s.428) ve ölüm riskini (Chang ve Levy, 2021) arttırmaktadır. Yine kurumlarda da yaşlı istismarı yüksektir. Bu sebeple küresel düzeyde yaşlı istismarını önlemeye yönelik politikaların uygulanması gerekmektedir (Yon ve diğerler, 2019).

Birleşmiş Milletler ise yaşlı istismarı ile mücadele edebilmek için 5 temel öncelik belirlemiştir. Bu öncelikler şöyledir;

- “Yaş ayrımcılığıyla mücadele
- Yaygınlık, risk ve koruyucu faktörler hakkında daha fazla ve daha iyi veri üretme
- Uygun maliyetli çözümler geliştirmek ve ölçeklendirme
- Sorunu ele almak için bir yatırım vakası oluşturma
- Sorunun üstesinden gelmek için fon toplama” (WHO, 2022b, s. 9-14)

Yaşlı ihmal ve istismarının birçok farklı boyutu vardır. Şekil 2.12’de gösterildiği gibi yaşlı ihmali kasıtlı yapma ya da farkındalık azlığından bilinçsiz olarak gerçekleşebilmektedir. Yaşlı istismarı ise fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik istismar boyutlarında görülmektedir (TİHEK, 2022, s. 70-71).



Şekil 2.12 Yaşlı İhmal ve İstismar Türleri

Kaynak: Daichman, Aguas ve Spencer’den aktaran TİHEK, s.71

Pandemi döneminde ise yaşlı istismarı çok daha hızlı bir şekilde artmış, ABD’de her 5 kişiden 1’i yaşlı istismarına maruz kalmıştır (Chang ve Levy, 2021). Pandemi döneminde Türkiye’de de yaşlıların istismara uğrama oranı %8 olarak gerçekleşmiş, Türk medyasında yaşlılar, “inatçı, huysuz, kurallara uymayan” şeklinde damgalanarak yalnızlaştırılmış ve marjinalleştirilmiştir. Bu durum toplumdaki olumsuz algı algısını pekiştirmektedir (Arun, 2021, s. 32-42).

Türkiye’de yaşlı ihmal ve istismarı pandemi haricinde de dikkat çekmektedir. Türkiye’deki yaşlı bireylerin şiddet, ihmal ve istismar ve ayrımcılığına yönelik Türkiye genelinde yeterli boylamsal çalışma yoktur. Bu konuda “Senex İzleme: Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi” en kapsamlı boylamsal çalışma olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu boylamsal çalışmaya göre Türkiye genelinde 2021 yılında 2033, 2022 yılında 2097 (Arun, 2023c), 2023 yılında 1897 kişi şiddet, istismar ve ihmale uğramıştır (Senex İzleme, 2023a ; Senex İzleme, 2023b; Senex İzleme, 2023c; Senex İzleme, 2023ç; Senex İzleme, 2023d; Senex İzleme, 2023e; Senex İzleme, 2023f; Senex İzleme, 2023g; Senex İzleme, 2023ğ; Senex İzleme, 2023h; Senex İzleme, 2023ı; Senex İzleme, 2023i). 2024 yılında ise ilk 4 ayda 378 vaka belirtilmiş ve bu vakaların %58’i ölümle sonuçlanmıştır. Hayatını kaybeden yaşlı bireylerin ortak özelliği, yoksul olmalarıdır. Yoksul, engelli, eşi vefat etmiş veya kırsal kesimde yaşayan kadınlar, yaşlı istismarından daha çok etkilenmektedir (Senex İzleme, 2024, s.4-11).

Yaşlı ihmal ve istismarı ile kesişimsel bir özelliğe sahip diğer bir konu ise yaş ve yaşlı ayrımcılığıdır. Yaş ayrımcılığı, yaşa dayalı olarak başkalarına veya kendimize yönelik stereotipler, önyargılar ve ayrımcı uygulamalar olarak tanımlanır (WHO, 2024). Bir başka ifadeyle, “Yaş ayrımcılığı, insanlara yaşları temelinde yöneltilen stereotipleri (nasıl düşündüğümüz), önyargıları (nasıl hissettiğimiz) ve ayrımcılığı (nasıl davrandığımız) ifade eder.” (WHO, 2021). Bu konuda yaş ve yaşlı ayrımcılığı arasındaki nüansı belirtmek gerekir. Yaşa dayalı her türlü ayrımcı tutum ve davranış yaş ayrımcılığıyken, yaşlı ayrımcılığına ise belirli bir kronolojik yaşın üstündeki bireyler maruz kalmaktadır (TİHEK, 2022, s. 75). Yaş ayrımcılığı oranları, bölgeden bölgeye değişmektedir.

Türkiye’de de yaş ayrımcılığı oranı artmaktadır. 2013 yılında %4 olarak tespit edilen yaş ayrımcılığı, 2020 yılında %11 ve 2021 yılında ise %8 olarak ortaya konmuştur. Öte yandan yaşlı bireyler, %16’sı siyasi görüşlerinden dolayı ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmektedir (Arun, 2023c, s. 20-22).

Yaşlıların yaşadıkları tüm bu sorunlarla ilişkili diğer kritik bir konu ise sağlık hakkı, sağlık hizmetleri erişim ve bakım hizmetlerindeki eşitsizliklerdir. Yaşlı bireylerin, toplumda sağlık haklarını kullanımları ve sağlık eşitsizliklerinin disiplinler arası farklı görünüşleri olması sebebiyle bu sorunları, ayrı bir başlık altında ele almak yerinde olacaktır.

2.4 Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Sağlık Eşitsizlikleri

Sağlık eşitsizlikleri kavramı, farklı sosyo-ekonomik duruma sahip bireyler, sosyal gruplar ve ülkeler arasındaki sağlık durumları, çıktıları hakkında adil olmayan, sosyal olarak üretilen sistematik farklılıklardır (WHO, 2018; McCartney, 2019). Yine, sağlık eşitsizlikleri “sosyal, demografik, çevresel ve coğrafi açıdan nüfusun kesimleri arasındaki sağlık sonuçları ve bunların belirleyicileri arasındaki farklılıklar” (Penman-Aguilar ve diğerleri, 2016) olarak da tanımlanmaktadır. Literatürde sağlık eşitsizlikleri kavramı “disparities, inequities, and inequalities” olarak birbiri yerine kullanılmakla birlikte aralarında anlam ve kullanım farklılıkları bulunmaktadır. “Disparities”, belirli bir ölçü ve oran gibi niceliksel açıdan ortaya çıkan farkı ifade ederken, “inequities” sağlığın sosyal belirleyicileri ve kaynaklarının dağılımındaki eşitsizliği göstermekte, “inequalities” ise nüfusun belirli grupları ile sağlık göstergeleri açısından oluşan ilişkiyi tanımlamak için kullanılmaktadır (Klein ve Huang, 2010).

Sağlık eşitsizliklerini yaratan nedenler temelde güç ve kaynak dağılımından kaynaklı yaş, ırk, cinsiyet, sınıf, cinsel yönelim, cinsiyet ifadesi ya da daha çevresel, sosyal ve ekonomik şartları da içeren sağlığın sosyal belirleyicileri olarak sınıflandırılmaktadır (Baciu ve diğerleri, 2017). Bu değişkenler, eşitsizliklerin oluşmasındaki çok boyutlu ve karmaşık yapıyı göstermektedir. Sağlık eşitsizliğini yaratan bu nedenler, çalışmanın ilerleyen bölümlerinde daha detaylı ve ayrı bir başlık altında incelenecektir.

Yaşlı bireyler açısından sağlığı etkileyen faktörlerin başında yaş ve yaşlanma temel bir kriter olarak sunulmaktadır. Buna karşın bireylerin sosyal statülerindeki temel belirleyici olan yoksulluk, yaşanan diğer sorunları da etkilemekte veya daha ağır deneyimlenmesine neden olmaktadır. Bu bakımdan yaş ve yaşlanma; sağlık, bakım vb. hizmetleri erişim ve eşitsizliklerin ortaya çıkmasında yaş, tek başına ana etkileyici bir faktör olmamakta, yoksulluk diğer faktörler için katalizör görevi görmektedir. Bir başka ifadeyle, insanlar sadece yaşlandıkları için sağlık eşitsizlikleri yaşamamakta, sağlık hizmetlerine erişimde ayrımcılığa maruz kalmamakta, yaşlı bireylerin yoksullukları kritik bir belirleyici olmaktadır (Arun, 2023a; Arun, 2023b).

Yaşlıların yaşam memnuniyet düzeylerinde fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumları, yaşadıkları yakın çevre, bulundukları ülke, sosyo-ekonomik durumlardan memnuniyet gibi faktörler etkili olmaktadır. Arun (2008) tarafından yapılan bir çalışmaya göre yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarına ilişkin memnuniyet düzeylerinin artması yaşam memnuniyetlerini arttırmakta, etkileşim halindeki yakın çevreleri, bulundukları ülke ve sosyo-ekonomik durumlarındaki memnuniyet düzeyleri ise yine yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Arun, 2008: 323). Bu sebeple Türkiye’de yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi, yaşlı yetişkinlerin yaşam kaliteleri için anlamlı bir yere sahiptir.

Türkiye’de daha önce belirtildiği gibi yaşlı bireylere yönelik sunulan hizmetlerin yasal çerçevesi, anayasanın 10. ve 61. maddelerinde, 2818 sayılı kanunun 4. Maddesi ve ilgili yönetmelikler çerçevesinde sosyal güvenlik, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar olarak sağlanmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023; T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2007: 18-22). Bu kapsamda yaşlı bireyler sağlık ve bakım hizmetlerine Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, 2024) ve Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ESHY) kapsamında yararlanmaktadır. ESHY’e göre “Tanısı konmuş hastalıklar sebebiyle cihaza, yatağa veya eve bağımlı olan ve/veya yaşlılığından dolayı sağlık hizmetine ulaşımında zorluk yaşayan, yaşadığı mekânda evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunan ve bu talebi uygun görülen” (32209 sayılı Resmî Gazete, 2023) 80 yaş ve üstü tüm yaşlı bireyler ve sağlık kurulu raporuyla tescillenmiş 65 yaş ve üstü bireyler evde sağlık hizmetinden yararlanabilmektedir. Bununla birlikte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın (ASHB) Yaşlı Destek Programı (YADES) kapsamında da

yaşlı bireyler evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetlerinden faydalanabilmekte (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2024b) ve 60 yaş ve üstü bireyler ASHB’na bağlı huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine başvurabilmektedir (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2024c). Tüm bu yasal çerçeveye rağmen yaşlıların sağlık haklarını kullanma ve sağlık hizmetlerine kapsayıcı bir erişim sağlığını söylemek mümkün değildir (Arun, 2023a, s.13).

Nüfus değişimlerinin ülkelerde hızla gerçekleşmesi birçok sosyal alanda olduğu gibi sağlık sistemi ve hizmetleri alanında da sorunlara neden olmaktadır. Türkiye’nin hızla yaşlanmasıyla birlikte yaşlı bireyler, toplumun farklı alanlarında yaşadıkları sosyal, ekonomik sorunlar gibi sağlık haklarını kullanma, sağlık hizmetlerine erişim ve bakım hizmetlerinde de sorunlar yaşamaktadır (Korkmaz ve diğerleri, 2019, s. 96). Demografik dönüşüm içerisinde olan Türkiye, yaşlı yetişkinlerin sağlık alanındaki yaşadıkları bu sorunları dar bir çerçeve yerine daha bütünsel bir alan içerisinde sağlık eşitsizliğini ve diğer sosyal eşitsizlikleri yaratan kesişimsel alanlara da odaklanması gerekmektedir. Bu açıdan tek başına sağlık sisteminin iyileştirmesi ya da sosyal güvenlik sorunlarının azaltılmasından ziyade yaşlı yetişkinlerin yoksulluk, refah ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi gerekmektedir (Arun, 2015, s. 33).

Öte yandan belirtmek gerekir ki sağlık eşitsizlikleri her yaş grubunun karşılaşılabileceği bir durumdur. Yaşlı yetişkinlerin eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olması, sosyal güvencesizlik, toplumsal cinsiyet açısından yaşlı kadın olma, kronik hastalıklar gibi nedenler sağlık eşitsizliklerine maruz kalma riskini arttırmaktadır (Gün, 2019, s.132-133). Bu bakımdan altını çizmek gerekir ki sağlık eşitsizlikleri ile sosyal sınıf arasında güçlü bir ilişki olup sağlık sorunu yaşayan yaşlı bireylerin büyük bir kısmı alt sosyal sınıfa sahip olup, gelir düzeyi arttıkça görülen sağlık sorunları da azalmaktadır (Arun, 2015, s. 41). Bu bakımdan Türkiye’de yaşlı yetişkinler “yoksullaşarak yaşlanmakta” ve yoksul yaşlılar daha fazla ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Arun, 2023b, s.1).

Türkiye’de yaşlı bireylerin sağlık eşitsizlikleri yaşamasında, yaşlı yoksulluğu ana bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanma ile birlikte gelirin azalması ve

emeklilik, yaşam biçiminin değişmesine, toplumdan ve iş hayatından dışlanma, başta kadınlar olmak üzere yaşlı bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlıklarını etkilemektedir (Türkan ve Sezer, 2017, s. 41-42).

Benzer şekilde başka bir çalışmada ise Arun ve Holdsworth (2020) Türkiye’de yaşlı yetişkinlerin bu sorunları yaşamasındaki temel kesişimsel faktörleri yaşla artan yoksulluk, düşük eğitim seviyesi, günlük yaşam aktivite becerilerindeki düşme, kronik sağlık sorunları olarak sıralamaktadır (Arun ve Holdsworth, 2020, s. 4).

Özellikle yaşlı yetişkinler içerisinde dul, yaşlı kadınlar en kırılgan grubu oluşturmaktadır. Yine kırsalda yaşamak ve yoksulluk sağlık eşitsizlik riskini arttırmaktadır (Yeşil ve Karakaş, 2023; Arun ve Arun, 2011). Kentteki yaşlı kadınlar ise iş hayatından dışlanmanın bir sonucu olarak, eve kapanmakta, sosyal güvencesiz işlerde çalışmak zorunda kalarak sağlık sorunları yaşamasına neden olmaktadır (Türkan ve Sezer, 2017, s.41). Yine, yaşla birlikte artan kronik sorunların da bir sonucu olarak yaşlı yetişkinlerin birincil basamak sağlık ve hastane bakım, kronik hastalıkların takibi ve evde bakım hizmetlerine olan ihtiyaçları artmaktadır. Bu noktada, yaşla birlikte artan yoksulluk, bu hizmetlerin sunumunda sosyo-ekonomik belirleyicilere göre bir politika geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır (Arun ve Holdsworth, 2020, s. 4-5).

Sağlık eşitsizliklerini yaratan bireysel düzeyde çok farklı değişkenler olmakla birlikte temelde bu eşitsizlikler sağlığın sosyal belirleyicileri ya da sağlık hizmetlerine erişimden kaynaklanmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012, s. 117; Gün, 2019, s.134). Bu açıdan, Türkiye ve Dünyadaki tüm bireylerin yaşadıkları sağlık eşitsizlik görünümünün temel nedenleri ya da etkiletilici faktörlerini daha detaylı ele almak gerekmektedir.

2.4.1 Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri

Sağlığı etkileyen biyolojik belirteçler ve bu belirteçlerin nedenlerinin bireysel düzeyde ortaya çıkarılması için önemlidir. Öte yandan, bu sağlık sorunlarının birçoğunun nedenlerinin nedenleri olup sosyal gradyan burada belirleyicidir. Bir başka bir ifadeyle bireylerin sosyal konumları, sosyo-ekonomik ve demografik durumları, sağlığın bireysel nedenlerini çevreleyen sosyal belirleyiciler olarak karşımıza çıkmaktadır (Marmot, Wilkinson, 2009, s. 14-15). DSÖ ise sağlığın sosyal

belirleyicilerini, sağlık çıktılarını etkileyen sosyal faktörler olarak tanımlamaktadır (WHO, 2018). DSÖ'ne göre sağlığı olumsuz etkileyen bu faktörleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

- “Gelir ve sosyal koruma
- Eğitim
- İşsizlik ve iş güvencesizliği
- Çalışma hayatı koşulları
- Gıda güvencesizliği
- Barınma, temel olanaklar ve çevre
- Erken çocukluk gelişimi
- Sosyal içerme ve ayrımcılık yapmama
- Yapısal çatışma
- Uygun kalitede ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişim” (WHO, 2024b)



Şekil 2.13 Sağlığın Temel Belirleyicileri

Kaynak: Dahlgren ve Whitehead, 1991, s.11

Yine bu konuda Dahlgren ve Whitehead (1991) bütünsel bir yaklaşımla sağlığın temel belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla Şekil 2.13'te gösterildiği gibi gökkuşağı modelini ortaya koymuşlardır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde salt sağlık sektörü ve hizmetleri odaklı bir bakış açısını reddeden model, bireylerin ve toplumların sağlıklarının etkileyen belirleyicileri yaş, cinsiyet gibi bireysel faktörler, sosyal ve topluluk bağları, yaşam ve çalışma koşulları ve genel sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel şartlar olarak tanımlamaktadır. Bu bakımdan model, sağlık eşitsizliklerinin belirleyicileri olarak tasarlanmamakla birlikte sağlığı etkileyen bütünsel belirleyicileri göstermesi bakımından önemlidir (Dahlgren ve Whitehead,

2021, s. 20-23). Bu açıdan model, ülkelerin politika düzeyinde sağlık eşitsizliği yaratan başlıklarda bir strateji geliştirmesi, ilgili sosyal faktörlerin tespit edilmesi açısından kritik bir potansiyele sahiptir.

Ülkelerin farklı sosyo-ekonomik konuma sahip sosyal grupları arasındaki bu sosyal faktörler nedeniyle büyük farklılıklar oluşmakta, bireylerin ekonomik durumları ne kadar kötüyse sağlık riskleri de o kadar yüksek çıkmaktadır (WHO, 2018). Elbette her ülkenin kendi sosyal ve politika bağlamı, sosyal tabakalaşması, sosyal gruplar arasındaki kırılma düzeyi ve maruz kalma şiddeti, sağlık eşitsizliklerinin boyutunu ve çıktılarının farklılaştırmaktadır (Diderichsen ve diğerleri, 2001, s. 15-19). Bu konuda küresel düzeyde yaşam süresi beklentisi, ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliklerini göstermesi açısından önemli bir belirteçlerden biridir (WHO, 2018; WHO, 2024b)

Küresel ölçekte sağlık eşitsizliklerinin bir çıktısı olarak doğumda beklenen yaşam süresini ele almak mümkündür. Öyle ki ülkeler arasındaki gelişmişlik durumu beklenen yaşam süresi üzerinde ciddi uçurumların oluşmasına neden olmaktadır. 2004 yılında doğumda beklenen yaşam süresi Sierra Leone'de 34, Japonya'da 81.93'tur. Yine, ABD'de içerisinde en avantajlı ve en avantajsız sosyal gruplar arasındaki doğumda beklenen yaşam süresi farkı ise 20 yıldır (Marmot, 2004, s.1099-1104). 2019 yılına gelindiğinde ise küresel olarak 47,6 yaş ile en düşük doğumda yaşam süresi beklentisine sahip Lesota ve 86,9 yıl yaşam süresine sahip Japonya arasında 39 yıllık bir yaşam süresi farkı vardır (WHO, 2024a). Türkiye'de ise doğumda beklenen yaşam süresi 78,2 yıl ile Avrupa ortalamasındadır (WHO, 2024a).

Öte yandan, sağlık eşitsizlikleri yaratan nedenlerin veri temelli ortaya konulması gerekli sosyal ve sağlık politikalarının geliştirilmesi için önem arz etmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin DSÖ tarafından izlenmesi, hükümetlerin politika, program ve uygulamaların etkisini belirlenmesine, daha sonra değişimin gerekli olup olmadığını ve eğilimi göstermesi bakımından kritiktir (WHO, 2013, s.1). Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü, küresel düzeyde sağlık eşitsizleri yaratan boyutları veriye dayalı ölçek amacıyla bir sağlık eşitsizliği veri deposu oluşturmuştur. Buna göre DSÖ, sürdürülebilir kalkınma hedefleri, üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı, bağışıklama, HIV, tüberküloz ve sıtma, yetişkin sağlığı, sağlık hizmeti, hastalığın

yükü, engellilik gibi başlıklarda sağlık eşitsizliği yaratan yaş, şehir, engellilik, ekonomik durum, eğitim, göçmenlik durumu, ikamet yeri, cinsiyet gibi farklı boyutlarıyla ele almaktadır (WHO, 2023; Kirkby ve diğerleri, 2023, s.e255-e260) Bunun yanında OECD, sosyo-ekonomik şartlardan bağımsız bir şekilde ülkelerin tüm nüfuslarının kaliteli yüksek bir sağlık bakımının temel bir ilke olduğunu vurgulamaktadır. Bu konuda sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi amacıyla birincil sağlık hizmetlerindeki karşılanmamış ihtiyaçların tamamlanması gerekmektedir (OECD, 2023).

2.4.2 Sağlık Hizmetlerine Erişimde Eşitsizlik

Dünyada sağlık eşitsizliği olarak ön plana çıkan diğer bir konu ise sağlık hizmetlerine erişimde yaşanmaktadır. Bu konuda Dünya Bankası, Evrensel Sağlık Kapsamı'nın (ESK) hedefiyle “herkesin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini mali zorluklarla karşılaşmadan” almasını amaçlamaktadır (World Bank Group, 2024a). Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda ise sağlık hizmetlerine erişim hakkı “Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalar tarafından belirlenen koşullar altında koruyucu sağlık hizmetlerine erişim ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir.” (European Commission, 2024) şeklinde tanımlanmıştır. Bu eşitsizlik ise gerekli sosyal ve sağlık politikaların geliştirilmesiyle azalma imkanına sahiptir (MacGuire, 2020).

Öte yandan küresel ölçüde sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik, giderek derinleşmektedir. 2017 yılında Dünya Bankası ve DSÖ raporlarına göre dünya nüfusunun yarısı temel sağlık hizmetlerine erişememekte ve 100 milyon kişi sağlık harcamaları sebebiyle yoksulluk yaşamaktadır (WHO, 2017). Öyle ki sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin kabul edildiği 2015 yılından 2021 yılına kadar evrensel olarak temel sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılmasında bir gelişme kaydedilememiştir (WHO, 2023). 2024 yılı itibarıyla ise halen dünya nüfusunun yarısından fazlası temel sağlık hizmetlerine erişememekte ve 2 milyar insan ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri için cepten harcama yaparken ciddi mali zorluklarla karşılaşmaktadır (World Bank Group, 2024b) Bu durum, küresel olarak sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizliği göstermesi bakımından önemlidir.

Türkiye açısından da durum ciddi bir boyuttadır. Statista tarafından 2021 ve 2023 yıllarında yapılan Türkiye'de sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu en büyük

sorunlar anketine göre katılımcılar, Türkiye’de sağlık sisteminin en büyük beş problemlemini tedaviye erişim, uzun bekleme süreleri, tedavi maliyetleri, yeterli personelin bulunmaması, bürokrasi ve düşük kaliteli tedavi şeklinde sıralamıştır. Bu problemlerin oranı ise 2021 yılından 2023 yılına artış göstermiştir (Statista, 2021; Statista, 2023).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği, hizmet sunumu ve yapısal olarak sağlık sistemi açısından da ele almakta yerindedir. Türkiye’nin sağlıkta dönüşüm programı, sağlık sigortası kapsamının genişletilerek sağlık hizmetlerine erişimi, yoksul gruplar arasındaki eşitsizliği ve sağlık çıktılarındaki eşitsizliğin azaltılmasına katkı sağladığı savunulmaktadır (Atun ve diğerleri, 2013, s. 65). Bu bakış açısına karşın, Türkiye’deki sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte birincil basamak sağlık hizmetlerine erişimde bir artış olmakla birlikte sağlık hizmetlerinde özel sektöre yönelim artmıştır. Bu durum sağlık eşitsizliklerinin yaşanma riskini artırmaktadır (Sönmez, Çevik, 2021, s. 505).

Yine Türkiye’nin sağlık sistemi yapısal açıdan değerlendirildiğinde Kılıç’ın (2014) da altını çizdiği gibi sağlık sistemindeki özel sektörün payı %55’e ulaşmış, sağlık harcamaları artmış, sağlık sisteminde yoksul sınıf korunmamakta, reçeteler bazı ilaçları karşılamamakta ya da kısmen karşılamaktadır (Kılıç, 2014, s. 28-29). Bunların yanında sağlıkta dönüşüm programı, doktorların çalışma şartlarını kötüleştirmiş, tıp ve sürekli eğitime olan zamanı azaltmış, hekimlerin 65 saatten 85 saate kadar değişen uzun çalışma saatlerine maruz kalmasına neden olmuştur. Mesleki özerlik, sağlık yönetim yapısı sebebiyle yıpratılmakta, iş güvencesizliği ortaya çıkmakta ve hekimler üzerinde bir stres kaynağına dönüşmektedir. Bu durum ise hekimlerin motivasyonunu, gelecek beklentilerini ve adanmışlığını azalmaktadır (Tanik, 2014, s. 28)

Uluslararası bakımdan da karşılaştırıldığında Türkiye’nin sağlık sistemindeki yapısal sorunların, sağlık hizmetlerine kapsayıcı ve insani boyutta bir erişimin zorluklarını ortaya koymaktadır. OECD ülkelerine göre Türkiye’de doktor ve hemşire sayısı daha düşükken, yıllar içerisinde sağlık hizmetlerine yapılan başvuru sayısı artmaktadır. Bununla birlikte bireylerin ceplerinden yaptıkları sağlık harcamaları ise giderek artarken, muayene süreleri ise kısalmaktadır (Söyler ve Çavmak, 2023, s. 73-75). Yine sağlıkta reform döneminde karşılanmamış ihtiyaçlar Avrupa Birliği

lkelerine göre 4 kat fazla olmuş, ülkedeki farklı gelir grupları arasındaki bakıma erişim uğurumu genişlemiştir (Yardıı ve Uner 2018, s. 645). Güncel olarak Türkiye’de karşılanmamış ihtiyaçların en büyük ana nedeni ise sağlık hizmetlerine erişimin çok maliyetli olmasıdır (OECD, 2023). AB ülkelerine göre Türkiye’de vatandaşlar, sağlık harcamalarına çok yüksek harcamalar yapmak zorunda kalmaktadır (Polin ve diğerleri, 2022, s.7).

Yaşlı bireyler açısından ise karşılanmamış ihtiyaçlar ve sağlık hizmetleri ihtiyaçları, 2004-2015 yılları arasında azalmakla birlikte genel memnuniyetlerinde sürekli bir artış gerçekleşmemiştir (Caner ve Cilasun, 2019, s. 1). Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları eşitsizliklerin temel nedenleri daha önce belirtilen sosyal belirleyicilerdeki eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır. Bu konuda yaşlı yetişkinlerin düşük gelir düzeyleri, eğitim durumları, medeni durum, sosyal güvence eksikliği, yaşanılan coğrafya etkili olmaktadır. Bu faktörler kesişimsel bir şekilde birbirlerini etkilemekte ve sağlık eşitsizliklerinin bütünsel nedenlerini oluşturmaktadır. (Gün, 2019, s. 132-133; Arun, 2023b; Arun, 2023a).

Sağlık eşitsizliklerinde belirleyici olabilecek diğer bir değişken ise sağlık okuryazarlığıdır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan sağlık okuryazarlığı (Nutbeam ve Lloyd, 2021, s. 159), sağlık hizmetlerine erişime, bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanılmasına, hastalıkların önlenmesini, sağlığın korunmasını ve geliştirilmesine imkân tanıyarak sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunma potansiyeli bakımından ayrı bir başlık altında ele almak faydalı olacaktır (Gibney, 2020).

2.5 Sosyal Bir Belirleyici Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Kapsamı

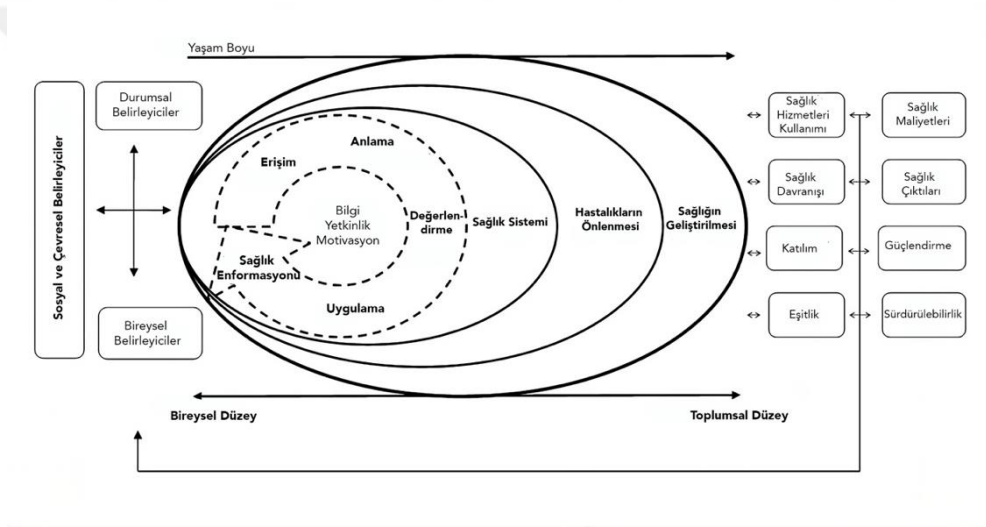
Sağlık iletişimi disiplini içerisinde temel kavramlardan biri olan sağlık okuryazarlığı, bireylerin ve toplumların hastalıklarının önlenmesi, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde kritik bir role sahiptir. Sağlık okuryazarlığı kavramı, “Bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak tanımlanmaktadır. (Ratzen ve Parker’den aktatan Kindig, Panzer ve Nielsen-Bohlman, 2004). Yine, Nutbeam’a göre (1998) ise “Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını

geliştirecek ve koruyacak şekilde enformasyona erişme, enformasyonu anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.” (Nutbeam, 1998, s. 357). Sağlık okuryazarlığı tanımı da yıllar içerisinde değişmiş ve kapsamı genişlemiştir. Bu konuda ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı “Healthy People 2030” projesi kapsamında sağlık okuryazarlığını tanımında kurumların da sorumluluklarına işaret ederek iki farklı şekilde tanımlamıştır. Buna göre bireysel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri hakkında enformasyon ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisi iken kurumsal sağlık okuryazarlığı ise kurumların bu enformasyon ve hizmetleri, bireylerin bulabilmesi, anlaması ve kullanabilmesi için eşit bir şekilde sağlamasıdır (Santana ve diğerleri, 2021). Sağlık okuryazarlığı tanımına getirilen bu yeni yaklaşım, sadece anlama yerine bireylerin sağlık enformasyonunu kullanabilmesini, sağlıkları ile ilgili uygun kararlar yerine iyi bilgilendirilmiş kararları vurgulamakta ve halk sağlığı perspektifiyle kurumsal sorumluluğu ön plana çıkarmaktadır. Sağlık okuryazarlığındaki bu kurumsal sorumluluk vurgusu ise sağlıkta eşitliğin sağlanması ya da geliştirilmesine imkân tanımaktadır (CDC, 2023).

Sağlık okuryazarlığı hakkında çok farklı tanımlar olmakla birlikte tüm tanımların ortak vurgusu, bireylerin kendi sağlık durumlarını, karar ve eylemlerini etkileyecek enformasyona ve rakamlara erişme, enformasyonu anlama, kullanma ve değerlendirme becerileri olarak ön plana çıkmaktadır (Nutbeam ve Lloyd, 2021, s. 161). Sağlık okuryazarlığı temelde bir dizi beceri ve yetkinlik olarak hiyerarşik olarak sıralanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının bu hiyerarşik düzeydeki yapısı; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi hakkındaki bilgi, sağlık sistemi ve hizmetlerindeki bu enformasyonun işlenmesi, kullanılması ve son olarak sağlığın korunmasında sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ortak çalışabilme ve öz yönetim becerisini kapsamaktadır (Liu ve diğerleri, 2020, s.1).

Sağlık okuryazarlığı, ilk olarak Nutbeam (2000) tarafından 3 düzeyli bir model olarak açıklanmıştır. Buna modele göre sağlıklı okuryazarlığı, temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı ve eleştirel okuryazarlığı olarak 3 düzeyde gerçekleşmektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireyin günlük yaşam pratiklerini efektif bir şekilde sürdürebilmesi, sağlık enformasyonuna erişimi ve gerektiğinde bu enformasyonu uygulamasını gerektiren

temel becerilerdir. İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı ise bireyin daha ileri düzeydeki bilişsel ve okuryazarlık becerisi gerektiren günlük yaşamda farklı iletişim biçimleri içerisindeki enformasyonu çıkarma, anlama ve gerektiğinde yeni durumlarda kullanabilme, enformasyonu genişleterek karar vermek için başkalarıyla etkileşime geçme yetkinliği gerektirmektedir. Son olarak en gelişmiş sağlık okuryazarlık düzeyi olan eleştirel sağlık okuryazarlığında ise bireylerin çok çeşitli kaynaklardan gelen sağlık enformasyonunu eleştirel bir şekilde analiz etmesini, değerlendirilmesini, sağlıkları üzerinde kontrolün sağlanması için etkili tüm durum, sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerin anlaşılmasını gerektirmektedir (Nutbeam, 2000, s. 263-264; Nutbeam ve Lloyd, 2021, s. 162).



Şekil 2.14 Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bütünleşik Bir Kavramsal Model

Kaynak: Sørensen ve diğerleri, 2012, s. 9

Literatürdeki sağlık okuryazarlığı kavramına ilişkin farklı bakış ve birçok tanım ve modellerin statik olarak ele alınması, kapsayıcılık ve belirleyiciler arasındaki ilişkileri göstermemesi eleştirileri sebebiyle Sørensen ve arkadaşları (2012) tarafından entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli geliştirilmiştir. Şekil 2.14'te gösterilen entegre model, diğer modellerden farklı olarak sağlık okuryazarlığı kavramının önceki kişisel, durumsal, sosyal ve çevresel belirleyicilerini dikkate almakta, sağlık okuryazarlığını sağlık enformasyonu temelinde bireyin bu enformasyona erişimi, anlaması, değerlendirme ve uygulamasına bakımından ele almaktadır.

Yine modelde sağlık okuryazarlığı kavramı bireysel ve toplumsal düzeyde yaşam boyu devam eden dinamik bir süreç olarak tanımlanmakta, sağlık

okuryazarlığının toplumsal düzeyde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine olan etkisi gösterilmektedir. Bununla birlikte modelde sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık davranışları, katılım ve sağlıktaki eşitliğin sağlanması üzerindeki olumlu etkisinin sağlık maliyetleri, çıktıları, toplumun güçlendirilmesi ve bu eşitliğin sürdürülebilirliği ile ilişkisini göstermesi açısından da önemlidir (Sørensen ve diğerleri, 2012, s. 9).

Sağlık okuryazarlığının toplumsal düzeyde geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde aktif bir rol oynamasını, sağlıkla ilgili toplumsal eylem ve politikaların uygulanabilmesini ve en önemlisi de hükümetlerin sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasındaki sorumluluklarını yerine getirilmesinde zorlamaktadır (WHO, 2024d). Bu bakımdan sağlık okuryazarlığı, sadece bireysel bir beceri ve yetkinliğin ötesinde toplumsal düzeyde sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin kullanılmasında sosyal fayda sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi sadece bireysel bir sorumluluk olmayıp, hükümetlerin de bu konuda açık, anlaşılır ve adil enformasyonu sağlaması gerekmektedir (WHO, 2024c). Bu konuda sağlığın bir sosyal belirleyicisi olan sağlık okuryazarlığına ilişkin gelişmiş retoriğin ötesinde politika yapıcılar ve halk sağlığı uzmanlarına rehberlik edecek, geçerli ve güvenilir ölçüm ve müdahale araçlarına, sağlık eğitimi ve iletişimi araçlarıyla toplumlara yönelik geniş müdahale yaklaşımlarına ihtiyaç bulunmaktadır (Nutbeam, 2018, s. 908-909).

Literatürde sağlık okuryazarlığının, bireylerin sağlıkları ile olan ilişkisi ve etkisi üzerine birçok farklı çalışma gerçekleştirilmiştir. Bireylerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile kötü sağlık çıktıları ve zayıf sağlık hizmetleri kullanımları ilişkili olup (ve diğerleri, 2011, s. 102; Paasche-Orlow ve Wolf, 2010, s. 39), düşük sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgi ve enformasyon ve anlayış eksikliğine, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına, sağlık davranışlarındaki uyum sorunlarına, hastane yatışlarının ve sağlık maliyetlerinin artmasına (Eichler ve diğerleri, 2009, s.313) ve öz sağlık bildirimlerinin kötü çıkmasına neden olmaktadır (Andrus ve Roth, 2002, s. 291-294). Sağlık okuryazarlığı temelde sosyo-ekonomik durum ve sosyal belirleyiciler ile sağlık durumu, yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili belirli sonuçlar, sağlık davranışları ve koruyucu hizmetlerin kullanımı arasında aracı bir belirleyicidir (Stormacq ve diğerleri, 2019, s. E1; Nutbeam ve Lloyd, 2021, s. 164). Özellikle etnik, ırksal ve eğitime dayalı sağlık eşitsizlikleri ile sağlık çıktıları arasında

sağlık okuryazarlığı aracı bir belirleyici rolüne sahiptir (Mantwill ve diğerleri, 2015). Bu durumda sosyo-ekonomik durumun iyileştirilmesi sağlık okuryazarlığının geliştirilerek sağlık hizmetlerine olan erişimin artırılması da farklı nüfus grupları arasındaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlayabilecektir (Stormacq ve diğerleri, 2019, s. E1, Gibney, 2020, s.1 ; Nutbeam ve Lloyd, 2021, s. 164).

Yaşlı bireyler için de sağlık okuryazarlığı yaşamları üzerindeki önemli sosyal belirleyicilerden biridir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireylerin fiziksel aktivite katılma oranı daha azdır (Lim ve diğerleri, 2021). Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, ilaç uyumları ve yaşam kaliteleri ilişkili olup yaşlıların yaşam kalitelerine ilişkin politika ve uygulamalarda sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumunun da dikkate alınması gerekmektedir (Park ve diğerleri, 2018, s. 5). Özellikle kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, ilacın tavsiye edildiği gibi kullanımını gösteren ilaç uyum düzeyleri üzerinde güçlü bir belirleyici olarak tespit edilmiştir (Lee, 2017, s.13).

Diğer nüfus gruplarında olduğu gibi yaşlı bireylerde de sağlık okuryazarlığı ile sosyo-ekonomik durum ve sosyal belirleyiciler arasında bir ilişki söz konusudur (Sudore, 2006, s. 770). Finli yaşlı bireyler üzerine yapılan bir çalışmada, sosyo-ekonomik durumu ve kendi sağlıklarını iyi olarak bildiren (self-rated health) yaşlı bireyler, en yüksek sağlık okuryazarlık puanına sahipken daha iyi sağlık okuryazarlığı daha iyi bilişsel durum, fiziksel performans, daha az depresif sendrom ve kronik rahatsızlıkla (Eronen ve diğerleri, 2019, s. 549), Zayıf anlama (Bostock ve Steptoe, 2012, s.1) ve düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireyler ise yüksek mortalite ile ilişkilendirilmektedir(Sudore, 2006, s. 770). Benzer şekilde, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı yetişkinlerin, kardiovasküler ölüm oranları ise daha yüksektir (Baker, 2007, s. 1503).

Yine Tayvanlı yaşlı bireylerde yapılan diğer bir çalışmada, belirli bir nüfus içerisindeki baskın bir lehçeyi konuşma ve sigortaya sahip olma da yüksek sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi ortaya konmuştur (Chiu, 2020). Brezilyalı yaşlı bireylerin birincil sağlık hizmetlerine ilişkin yapılan sağlık okuryazarlığı çalışması da yaşlı bireylerin hastalıkları etrafında gelişen endişe ve ilgiyle birlikte daha çok enformasyonun anlaşılması, paylaşılması ve hastalıkları üzerindeki etkiye

odaklandıkları ve kültürel ve kişisel değerlere göre bir yorumlama geliştirdikleri ortaya konmuştur (Paskulin, 2012). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini sağlayan programlar ise yaşlı bireylerin aşılama, fiziksel aktivite, gıda seçimleri gibi davranışlar da iyileşmeler sağlamaktadır (Serbim, Paskulin, ve Nutbeam, 2020, s. 1256). Türkiye’de de Bozkur ve Demirci (2019) tarafından yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin %85’inin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olduğu ve özellikle aşı ve periyodik muayene sırasında neler yapması gerektiği konusunda yetersiz hissettikleri belirtilmiştir (Bozkurt ve Demirci, 2019, s. 272).

Yaşlı bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmaları, sağlıklarının korunması ve önleyici sağlık davranışlarına ilişkin sağlık enformasyonunun anlaşılması ve kullanılması açısından bir dezavantaj yaratmaktadır (Tooth, Clark ve McKenn, 2000, s. 14). Yaşlıların sağlık sonuçları ve sağlık hizmetleri kullanımında da etkili olabilecek düşük sağlık okuryazarlığı engeli, sağlık enformasyonu arama tercih ve davranışlarında önemli bir belirleyici olduğu ortaya konmuştur. Bu sebeple yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırmayı amaçlayan yaklaşımların yanı sıra sağlık enformasyon arama davranışını teşvik eden stratejilere de ihtiyaç vardır (Kim, 2018, s. 355).

2.6 Yaşlıların Sağlık Enformasyon Arama Davranışları

Günümüz dijital çağında, internetin gelişimiyle birlikte hastalıklarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde bireylerin sağlık enformasyonuna olan talepleri de giderek artmaktadır. ABD’de her 3 kişiden biri kendi sağlığıyla ilgili internetten arama yapmaktadır (Jacobs, Amuta ve Jeon, 2017, s.1). Sağlık enformasyon arama davranışı (SEAD), bireylerin sağlıkları, hastalıkları ya da sağlıklı ilişkili bir konuda bilgi veya enformasyon edinmek, açıklığa kavuşturmak veya teyit etmek için kullandıkları bir davranış stratejisi olarak tanımlanabilir. Özellikle sağlık enformasyon arama davranışı, bireylerin sağlıklarının geliştirilmesinde ve hastalıklara psikososyal uyumda bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılmaktadır (Lambert ve Loiselle, 2007, s. 1006-1008).

Yaşlı bireyler de kendi sağlıklarını ve sağlıklarına ilişkin kararları yönetmek, sağlıklarını geliştirmek amacıyla farklı kişi, kaynak ve mecralardan sağlık enformasyonu elde etmek ve kullanmaktadır (Sak ve Schulz, 2018). Yaşlı bireyler

ihtiyaç duydukları sağlık enformasyonunu hem sağlık hizmeti sağlayıcıları, eczacılar, aile, akraba ve arkadaş gibi yakın çevreleri hem de internet televizyon, sosyal medya (Tennant, 2015), gazete, dergi, kitap, broşür gibi çeşitli bilgi ve iletişim teknolojilerinden ve araçlarından sağlamaktadır (Chaudhuri ve diğerleri, 2013, s.551).

Sağlık enformasyon arama sürecinde, yaşlı yetişkinler için sağlık enformasyonuna ve kaynağına olan güven de belirleyici olmaktadır. Chaudhuri ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmaya göre yaşlı yetişkinler, canlı olmayan bilgi ve iletişim teknolojileri yerine kendi sağlıklarını tartışabildikleri sağlık hizmeti sağlayıcıları, eczacılar ve yakın çevrelerindeki kişilere daha fazla güven duymaktadır (Chaudhuri ve diğerleri, 2013, s. 547). Bu konuda yaşlı bireyler için, sağlık hizmeti sağlayıcıları en çok tercih edilen ve güvenilen kaynak olurken (Chaudhuri ve diğerleri, 2013, s. 550), internet ikinci en çok başvurulanan sağlık enformasyonu kaynağıdır (Sak ve Schulz, 2018, s. 1). Benzer şekilde, Medlock ve arkadaşları (2015) da çalışmalarında yaşlılar için sağlık uzmanları, eczacılar ve internetin en sık kullanılan ve güvenilen sağlık bilgisi kaynağı olarak tespit etmiştir (Medlock ve diğerleri, 2015, s.1). Bu noktada yaşlı bireylerin çevrimiçi sağlık enformasyon arama davranışları, tercihleri ve etkileyici faktörlerinin de ele alınması gerekmektedir.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle birlikte internet, yaşlı yetişkinler için temel ve en önemli sağlık enformasyonu kaynaklarından biri haline gelmiştir (Czaja, 2009, s. 126; Medlock ve diğerleri, 2015; Chang ve Im, 2014, s. 134; Ma ve diğerleri, 2023). Yaşlı bireyler, genel internet, sağlık websiteleri, arama motorları, sosyal medya/bloglar, hasta portalları ve mobil internet üzerinden genel sağlık bilgileri, belirli hastalıklar, ilaç/tedavi, beslenme/egzersiz, tıbbi kaynak, hastalık belirtileri, sağlığın teşviki, destek grupları/kişilerarası tavsiye ve sağlık haberlerini sağlık enformasyonu olarak aramaktadır (Zhao ve diğerleri, 2022, s. 6).

Yaşlıların çevrimiçi sağlık enformasyon arama davranışlarını teşvik edici, engelleyici ya da kaynağına olan güven düzeyini belirleyici birçok faktör bulunmaktadır. Bu sebeple, yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışlarına kişilik yapısı, bireyin inançları, tutumları, sağlık geçmişi, mevcut sağlık durumu, sosyo-demografik özellikleri, önceki internet deneyimleri (Czaja, 2009; Chang ve Im, 2014), teknolojiye

karşı negatif tutum (Berkowsky ve Czaja, 2018, s.31), pozitif tutum (Pourrazavi ve diğerler, 2022, s. 935), bilgi ve iletişim teknolojilerine ilişkin yetkinlik ve yenilikçilik düzeyi (Ma ve diğerleri, 2023, s.8), sağlık hizmetlerine erişilebilirlik , sağlık okuryazarlık düzeyi (Yamashita ve diğerleri, 2020), sosyal gruba dahil olma (Lee ve diğerleri, 2021) gibi bireysel faktörler etkili olabilmektedir (Zhao ve diğerleri, 2022, s. 7).

Bireysel faktörlerin yanında sağlık enformasyon kaynağı ile ilişkili faktörler de yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışlarına destek, engel ya da zorlayıcı durumlar oluşturabilmektedir. Bu konuda, sağlık enformasyonuna olan güven, bilgi ve iletişim teknolojilerinin tasarım ve içerik sorunları (Czaja, 2009), açık düzen, interaktif özellikler, website sahibinin otoritesi, internetin, teknolojinin veya sağlık enformasyonuna ilişkin kullanım kolaylığı (Sbaffi ve Rowley, 2017), bireyin teknoloji ve enformasyonu ne kadar faydalı algıladığını gösteren algılanan fayda düzeyi (Pourrazavi ve diğerler, 2022, s. 935), aile etkisi, sağlık uzmanlarının rolü (Magsamen-Conrad ve diğerleri, 2019), sosyal ve profesyonel destek (Ma ve diğerleri, 2023, s. 5) de belirleyici olmaktadır. Tüm bu bulgular, sağlık enformasyon arayışında bireysel faktörlerin yanında bilgi ve iletişim teknolojilerinin özellikleri, mecra yapıları, enformasyonu hangi mecradan nasıl elde edildiğini de önemli kılmaktadır. Bu açıdan sağlık enformasyonun da ötesinde yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerine nasıl eriştiği, kullanım pratiklerindeki değişkenlerle birlikte ele almak bütünsel bir bakış sunacaktır.

2.7 Yaşlıların Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) Kullanımları ve Belirleyici Faktörler

Toplumlarda bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) hızla benimsenmesi ve dünyadaki yaşlı nüfusunun artışı, yaşlı bireylerin diğer yaş gruplarına göre BİT'lere düşük erişimi, kullanım ve benimsenme düzeyleri, dijital bir uçurumun oluşmasına (Neves ve diğerleri, 2013, s. 22) ve toplumdan kısmen dışlanmalarına (Friemel, 2016, s. 313) neden olmaktadır. Bu konuda hükümetlerin stratejileri, yaşlı bireylerin dijital uçurumunu kısmen azaltsa da farklı boyutlarıyla uluslararası düzeyde ve ülkelerin farklı nüfus gruplarında bu eşitsizlik devam etmektedir (Olphert ve Damodaran, 2013, s. 564).

Halbuki bilgi ve iletişim teknolojileri, yaşlı bireylerin sağlık sorunlarına karşı bağımsızlıklarının (González ve diğerleri, 2015) ve toplumla sosyal bağlarının devam etmesini, yalnızlık duygusu ve sosyal izolasyonun azaltarak (Nedeljko ve diğerleri, 2021, s. 645) sosyal katılımın, yaşam kalitelerinin ve refahlarının artmasına imkân tanıyabilmektedir (Jøranson, 2023; Olphert ve Damodaran, 2013). Yine birkaç çalışmada BİT kullanımını; önemseme duygusunun teşvikiyle birlikte depresyon duygusunun azaltılmasına (Francis ve diğerleri, 2016), demanslı yaşlı bireylerde anksiyete ve davranışsal semptomların iyileştirilmesine (Domenicucci ve diğerleri, 2022), daha iyi sağlık durumu bildirme olasılığı ve düşük majör depresyon görülme olasılığıyla (Kim ve arkadaşları, 2020), BİT kullanmama ise yüksek bilişsel gerileme riski ile ilişkilendirilmiştir (Li ve diğerleri, 2022).

Yaşlı yetişkinler bilgi ve iletişim teknolojilerini, eğlence, aile ile iletişim/sosyal iletişim, eğitim, öğrenme, enformasyona erişim amaçlarıyla (Vroman, Arthanat ve Lysack, 2015; Ma ve diğerleri, 2016) araçsal ya da sosyal temelli olarak (Ihm ve Hsieh, 2015) kullanmaktadır. Yaşlı bireyler tarafından bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma ve benimsemelerinde birçok etkileyici faktör bulunmaktadır. Yaş, eğitim gibi sosyo-demografik özellikler ve bireysel değişkenler (Vroman, Arthanat ve Lysack, 2015), teknolojiye karşı olan pozitif tutum (González ve diğerleri, 2015), motivasyon (Tyler, De George-Walker ve Simic, 2020), teknolojiye ilişkin davranışsal ve kullanışlılık tutumları BİT kullanımında belirleyicidir (Álvarez-Dardet, Lara ve Pérez-Padilla, 2020). BİT kullanımında yaş, en temel belirleyici faktörlerden olup, yaş arttıkça kullanım azalmakta, yüksek eğitim, biriyle birlikte yaşama, internet bağlantısının olması, teknolojiye daha fazla ilgi duyma, yüksek gelir ile ilişkilendirilmektedir (Ihm ve Hsieh, 2015, s. 1132; Fotteler ve diğerleri, 2023). Yaşlı bireylerde teknolojiye erişim, bilgi paylaşımı ve güvende hissetme, algılanan davranışsal kontrol (Heart ve Kalderon, 2013, s. e209) BİT kullanımını teşvik etmekte, teknoloji endişesi ve korku duyma da kullanımı engellemektedir (Marston ve diğerleri, 2019). Tüm bu faktörlerin yanında bilgi iletişim teknolojilerine karşı kararsızlık ya da “ihtiyacım yok, gerek yok” bakış açısı da kullanımı engelleyici bir faktör olabilmektedir. Buradaki BİT kararsızlığının ise salt kullanma/kullanmama dikotomisi ve “eksiklik” bakış açısıyla okunmaması, arkasındaki nedenlerin de ele alınarak BİT’in yaşlıları değiştirmek yerine yaşam biçimlerine uygun hale getirilmesi, daha

çekici ve kullanmaya teşvik edilmesi gerekmektedir (Selwyn ve arkadaşları, 2003, s. 561; Selwyn, 2004, s. 382).

Küresel olarak yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerine erişim, kullanım ve benimsemelerine ilişkin ciddi bir standardize veri eksiliği mevcuttur. Bu çalışmada farklı araştırma ve veri kümelerinden faydalanılarak BİT kullanımlarına ilişkin genel bir çerçeve çizilmiştir. 2024 yılı itibariyle dünyadaki internet kullanıcılarının %4,2'si 65 yaş ve üstü nüfustan oluşmakta (Statista, 2024a) ve bu yaklaşık olarak dünya genelinde 340 milyon yaşlı bireyin internet kullandığı anlamına gelmektedir (Dyvik, 2024). Avrupa birliğinde ise 2021 yılı verilerine göre 65-74 yaş arası nüfusun %61'i son 3 ay içerisinde internet kullandığını belirtmiş, bu oran İsveç ve Lüksemburg'da %91, Bulgaristan'da %25 ve Hırvatistan'da %28'tir (Eurostat, 2021). Bu durum AB üye devletleri arasında yaşlı bireylerin internet kullanımları arasındaki farkı göstermesi açısından önemlidir. ABD'de ise yaşlı bireylerin BİT kullanımları yıllar içerisinde artmış, 2012 yılında 65 yaş ve üstü bireylerin %13'ü akıllı telefon kullanırken, 2023 yılında bu oran %76'ya (Statista, 2024b, Pew Research Center, 2024), 2012 yılında sosyal medya kullanımları %16 ve tablet sahipliği %6 iken, 2021 yılında sosyal medya %45'e, tablet sahipliği ise %44'e çıkmıştır (Faverio, 2022).

2023 yılında 21 ülkede gerçekleştirilen Mckinsey Küresel Sağlıklı Yaşlanma Anketine göre yaşlı bireylerin teknolojiye karşı olan “ilgisizliği” mitine karşı, 65 yaş ve üzeri kişilerin %57'si akıllı cep telefonu, %35'i laptop/tablet, %19'u akıllı ev cihazları, %17'si online araçları, %16'sı ise fitness saati kullanmak istediklerini belirtmiştir. Buna karşın teknolojinin benimsemesinde ülkelerarası uçurumlar bulunmakta olup Çin'de 80 yaş ve üstü bireylerin dörtte üçü, Fransa'da ise üçte birinden azı akıllı telefon kullanmaktadır. Yine 80 yaş ve üstü nüfusta tüm teknoloji araçlarına “hayır” deme oranı, Fransa ve Brezilya'da 40'ın üzerindeyken Çin, Hindistan, Nijerya, Suudi Arabistan ve İsveç'te bu oran yüzde 10'un altındadır (Ahlawat ve diğerleri, 2023).

Türkiye'de de yaşlı bireylerin internet kullanım oranları yıllar içerisinde artmıştır. 2018 yılında 65 yaş ve üstü bireylerin internet kullanım oranı %17'iken 2023 yılında bu oran %40,7'ye yükselmiştir. Cinsiyet açısından ele alındığında ise yaşlı yetişkinlerde erkeklerin internet kullanım oranı %49,8, kadınların ise %32,7'dir

(TÜİK, 2024b). Bu durum, Türkiye’de yaşlı kadın ve erkekler arasında bilgi ve iletişim teknolojilerine erişim açısından dijital eşitsizliği göstermektedir.

Yaşlılar bilgi ve iletişim teknolojilerini iletişime geçmek, günlük pratiklerini yapma, eğlence, sosyalleşme (Baran, Kurt ve Tekeli, 2017, s. 16), sağlık enformasyonu arama, kullanma (Boyacıoğlu, Irmak ve Çaynak, 2021) bağlantıda kalma, zorunlu izolasyon hissiyle başa çıkma (Arun ve diğerleri, 2022) gibi çok çeşitli nedenlerle kullanmaktadır. Türkiye’de yaşlıların bilgi ve iletişim teknolojileri erişim ve kullanımlarına ilişkin ulusal düzeyde çalışma sayısı sınırlıdır. Yaşlı bireylerin internet kullanım oranlarına TÜİK tarafından her yıl gerçekleştirilen “Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması” aracılığıyla erişilebilmektedir (TÜİK, 2023). Yine, Binark ve arkadaşları (2020) tarafından “Covid-19 Sürecinde Yaşlıların Enformasyon Arayışı ve Enformasyon Değerlendirmesi” başlıklı araştırmaya göre yaşlı bireylerin %94,8’i televizyon, %51,1’i hanesinde masaüstü, %51’i akıllı telefona, bilgisayara, %13,9’u radyo, %13’ü dizüstü bilgisayar, %5,2’si tablet ve %6’sı akıllı televizyona sahiptir. Bununla birlikte yaşlı yetişkinler enformasyon arayışlarını büyük bir kısmını televizyon, telefon, akıllı telefon ve internetten karşılamakta ve katılımcıların %87’si çevrimiçi gruplardan elde ettikleri enformasyondan şüphe duymamaktadır (Binark ve diğerleri, 2020, s. 8-17). Benzer şekilde, Erbil ve Hazer’in (2021) çalışmasında da pandemi döneminde yaşlı yetişkinler, yakınlarıyla iletişime geçmek ve bilgi alma ve gündem takibi amaçlarıyla en çok televizyon ve akıllı telefona ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Erbil ve Hazer, 2021, s.51). Yine Kılıç ve arkadaşlarının (2021) nitel çalışmasında ise pandemi döneminde yaşlı bireylerin dijital iletişim araçlarına, şeffaf, açık enformasyona olan ihtiyacı arttığı, bu dönemde kanaat önderleri, sağlık uzmanları ve kurumlarına enformasyon kaynağı olarak daha fazla güvenme eğilimi gözlemlenmiştir (Kılıç ve diğerleri, 2021, s.140-149).

2023 yılında TÜİK tarafından ilk defa gerçekleştirilen “Türkiye Yaşlı Profili Araştırması” da yaşlı yetişkinlerin BİT kullanım durumlarına ilişkin güncel veriler sunmaktadır. Şekil 2.15’te gösterildiği gibi 65 yaş ve üstü bireylerin %32’si tuşlu cep telefonu, %52,7’si akıllı cep telefonu, %3,9’u tablet, %6’sı bilgisayar, %1,3 akıllı saat, %2,2’si ise diğer teknolojik ürünleri kullanmaktadır. Ancak bilgi ve iletişim kullanım durumlarında hem yaşa hem cinsiyete göre kullanım eşitsizlikleri gözlemlenmektedir. Buna göre yaş 65-74 yaş arası yaşlı yetişkinlerin BİT kullanım oranları, tuşlu telefon

hariç, 75 yaş ve üstü yaşlılardan daha yüksekken, kadınların erkeklere oranla BİT kullanımları ise daha düşüktür (TÜİK, 2024). Bu durum yaşı bireylerdeki hem dijital sermaye hem de toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini göstermektedir.



Yaş grubu	Cinsiyet	Tuşlu cep telefonu	Akıllı cep telefonu	Tablet	Bilgisayar	Akıllı saat	Diğer teknolojik ürünler
65+	Toplam	32.0	52.7	3.9	6.0	1.3	2.2
	Erkek	31.1	60.8	5.1	8.9	1.8	2.6
	Kadın	32.6	46.2	2.9	3.6	0.8	1.8
65-74	Toplam	28.5	64.7	4.8	7.9	1.7	2.7
	Erkek	26.0	71.8	6.4	11.1	2.3	3.0
	Kadın	30.7	58.5	3.4	5.0	1.1	2.4
75+	Toplam	38.2	31.0	2.1	2.6	0.6	1.3
	Erkek	42.0	37.6	2.4	4.2	0.9	1.8
	Kadın	35.7	26.6	2.0	1.5	0.4	0.9

Şekil 2.15 2023 Yaş grubu ve cinsiyete göre yaşlıların teknolojik ürün kullanım durumları

Kaynak: TÜİK, 2024

Türkiye’deki yaşlı bireylerin BİT kullanımlarına ilişkin literatürün sınırlı düzeyde farklı boyutlarıyla ele alındığını söylemek mümkündür. Türkiye, yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanmama ve benimsememe nedenlerini bilgisayar kullanımına ilişkin olumsuz tutum, teknolojinin kendilerine uygun olmadığını düşünmeleri, ergonomik sorunlar, yaşamı kolaylaştırmama, öğrenme zorlukları ve teknolojinin pahalı olması (Kalınkara ve Sarı, 2018, s. 1-5), mahremiyet, fiziki nedenler ve ihtiyaç duymama (Baran, Kurt ve Tekeli, 2017, s. 12) şeklinde sıralamak mümkündür. Bununla birlikte, Arun ve arkadaşlarının (2022) vurguladığı gibi Türkiye’deki yaşlıların BİT sahipliği ve kullanımında temelde toplumsal sınıf ve dijital sermaye eşitsizlikleri belirleyici olmaktadır. Toplum içerisinde yüksek gelir ve eğitim seviyesine sahip kültürel soylu grubundaki yaşlı bireyler, yüksek bir dijital sermaye sayesinde BİT kullanımları ve enformasyon arayışları daha çeşitli olmakta, sosyal güvencesi olmayan, dul, yoksul, kadın yaşlı bireyler, bulundukları halk sınıfı içerisinde, düşük dijital sermaye nedeniyle daha az bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanabilmektedir (Arun ve diğerler, 2020, s.401-402). Bu engelleyici faktörlere rağmen yaşlı bireyler, dijital teknolojilere aşına olup kullanım pratikleri üzerinde başta

eğitim olmak üzere birçok demografik değişkenler de belirleyicidir (Baran, Kurt ve Tekeli, 2017, s. 21).

Dünyadaki ve Türkiye'deki yaşlı bireylerin BİT pratikleri, destekleyici, engelleyici ya da belirleyici değişkenleri ele alındığında hükümetlerin kendi değişkenlerine dayalı özgün politika ve stratejiler geliştirmesi gerekmektedir. Bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımlarında, yaşlı yetişkinler birçok farklı kullanıcı tipolojisini de içeren heterojen bir gruptur (Vroman, Arthanat ve Lysack, 2015). Bu heterojenlikten kaynaklı olarak yaşlı bireyler için tek ve standardize edilmiş bir BİT eğitim ve teşvik stratejisinin yeterli olamayacağı, bireylerin becerilerine dayalı bir eğitime ihtiyaç duyulmaktadır (Finkelstein, Wu ve Brennan-Ing, 2023, s.1). Bu konuda bir başka çözüm ise sıcak uzmanlık olarak tanımlanan yaşlı yetişkinlerin sosyal ağlarındaki aile üyeleri, akraba ya da akranlarından destek almaları da BİT kullanımını teşvik edebilmektedir (Hänninen, Taipale ve Luostari, 2021, s. 1584).

Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojilerinin tek başına sahiplik ya da kullanım pratiklerinin ötesinde bu teknolojilerden ne düzeyde faydalandığı önemlidir. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı bireylerin dijital ve sosyal dışlanmalarını engellemede her zaman yeterli olamamakta, yaşlı bireylerin BİT aracılığıyla elde edeceği sosyal fayda eksikliği eşitsizlikleri derinlentebilmektedir (Ragnedda, Ruiu ve Addeo, 2022). Bu açıdan yaşlı bireylerin, dijital sermayelerinin oluşturulabilmesi için hem BİT erişimlerinin sağlanması hem de yetkinliklerinin geliştirilerek bir eşitsizlik döngüsüne girilmesinin önlenmesi gerekmektedir (Ragnedda, Ruiu ve Addeo, 2020).

3. YAŞLI YETİŞKİNLERDE ALGILANAN FAYDA, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK VE YAŞLANMA ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: YOL ANALİZİ ÇALIŞMASI

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus giderek artmakta, gelecek nüfus projeksiyonları (Statista), toplumsal yaşlanmanın yüzyılın konusu olacağına işaret etmektedir. Artan yaşlı nüfusun sağlıklı ve başarılı yaşlanmalarının sağlanması, yaşam kalitelerinin, yaşam doyumlarının iyileştirilmesi ve iyi oluş hallerinin geliştirilmesi bugünün ve geleceğin yaşlanma eşitsizliklerinin azaltılması için kilit bir role sahiptir (WHO, 2020; UN DESA, 2023). Bu konuda yaşlanma ve yaşlılığa karşı toplumların ve bireylerin nasıl düşündüğü, hissettiği ve hareket etme biçimlerinin ortaya konulması veri temelli sosyal politikalar için önemli bir eylem alanıdır (WHO, 2023, s. 4-21).

Bu araştırma, “Türkiye’deki 65 yaş ve üstü bireyler kendi yaşlılıklarını ve sağlıklarını nasıl algılamakta, yorumlamakta ve değerlendirmektedir? Bu algılamaları etkileyen faktörler nelerdir?” sorularına cevap bulmak üzere yol analizi ve ortalama karşılaştırma yöntemleri temel alınarak hazırlanmıştır. Bu çalışma kapsamında, Eylül 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında, kapalı uçlu sorulardan oluşan yüz yüze anket veri toplama tekniği ile ulaşılan katılımcılara, sosyo-demografik, sağlık algısı ölçeği (Kadıoğlu ve Yıldız, 2012), yaşlılık algısı ölçeği (Özkaptan ve arkadaşları, 2019), eleştirel sağlık okuryazarlığı boyutu (Türkoğlu ve Kılıç, 2021) ve algılanan fayda (Güner ve Acartürk) boyutlarına yönelik sorular yöneltilmiştir. Saha çalışmasına, Galatasaray Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 06.07.2023 tarih ve 2023/02 sayılı toplantısında alınan 01 no’lu onay kararı sonrasında başlanmıştır. Çalışmanın tüm metodolojik boyutu ilerleyen başlıklarda ele alınmaktadır.

Yaşlılara yönelik başarılı bir sosyal ve sağlık politikasının hayata geçirilebilmesi için sadece kronolojik yaş temelli planlamalar yerine yaşlı yetişkinlerin kendi sağlık ve yaşlanmalarını nasıl hissettiği, yorumladığı ya da değerlendirdiğinin ortaya konulması, yaşlı yetişkinleri anlayan, içsel düzeyde veriler sunan bir yaklaşım gerekmektedir. Yaşlı bireylerinin yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin öz algılamalarını incelemesi, derinlemesine bir anlayış geliştirilmesi için önem arz etmektedir. Bu

Çalışma bulgularının da Türkiye’deki yaşlıların kendi yaşlanma ve sağlık inanışlarına ilişkin içsel ve kapsamlı bulgular sunması beklenmektedir.

3.1 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada ‘‘Türkiye’deki 65 yaş ve üstü bireyler kendi yaşlılıklarını ve sağlıklarını nasıl algılamakta, yorumlamakta ve değerlendirmektedir? Bu algılamaları etkileyen faktörler nelerdir?’’ sorularına cevap bulmak üzere aşağıdaki hipotezler tasarlanmıştır:

H1: Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi), yaşlılık ve sağlık algıları ile ilişkilidir.

H2: Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi), eleştirel sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda düzeyleri ile ilişkilidir.

H3: Türkiye’deki 65+ bireylerin algılanan fayda düzeyleri, eleştirel sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.

H4: Türkiye’deki 65+ bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık algısını etkilemektedir.

H5: Türkiye’deki 65+ bireylerin sağlık ve yaşlılık algıları birbiriyle ilişkilidir.

3.2 Metodoloji

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın kapsayıcı metodolojik erevesi ve bu çerçevede araştırma tasarımına ilişkin belirlen adımlar açıklanmaktadır. Bu kapsamda çalışmanın evreni, örnekleme tanımlanmakta, hedef kitlenin ve temsili katılımcıları seçmek için kullanılan örnekleme prosedürü açıklanmaktadır. Daha sonra, araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçları ve teknikleri, araştırmada kullanılan yaşlanma, sağlık algıları ölçekleri, algılanan fayda ve sağlık okuryazarlığına ilişkin ölçeklere yapılan güvenirlilik ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) bulguları paylaşılmaktadır. Son olarak, çalışmada kullanılan tüm veri analiz yöntemleri ve testlerine ilişkin detaylar paylaşılmaktadır.

3.2.1 Evren ve rneklem

Araştırmanın evreni İstanbul’da yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. TK (2022) verilerine göre İstanbul’da toplamda 1 milyon 210 bin

65 yaş üstü nüfus yaşamaktadır. Bu nüfusun %64,5'ünü 65-74 yaş arası, %27,7'sini 74-84 yaş, %7,9 ise 85 yaş ve üstü oluşturmaktadır (TÜİK, 2022). Bu veriler ışığında birinci sahadaki kantitatif bulguların %5 hata payı ve %95 güven düzeyinde temsil edilebilmesi için en az 385 kişiyle anket gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Medhesap, 2023). Çalışmada İstanbul'da yaşayan 450 katılımcı ile görüşülmüştür.

Araştırmada sağlık algısı ölçeği (Kadioğlu ve Yıldız, 2012), yaşlılık algısı ölçeği (Özkaptan ve arkadaşları, 2019), eleştirel sağlık okuryazarlığı boyutu (Türkoğlu ve Kılıç, 2021) ve algılanan fayda (Güner ve Acartürk) ölçekleri üzerinden örneklem yeterliliği Kaiser Meier Olkin istatistiği (KMO) ile değerlendirilmiştir. KMO ölçütü, örneklem verilerinin faktör analizine uygunluğu tespit edilmesi için ölçüt olarak kullanılmaktadır. KMO ölçütüne göre örneklem yeterliliğinde 0.60-0.70 arasın bir değer, faktör uygunluğunun tipik bir ölçüsü olarak yeterli, 0.80+ bir KMO ölçüsü ise mükemmel yeterlilik olarak kabul edilmektedir (Nkansah, 2011, s. 52-55). Bu çalışmada ise KMO istatistiği yaşlılık algısı ölçeği için 0.830, sağlık algısı ölçeği için 0.763, Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeği için 0.889 ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeği için 0.738 olarak hesaplanmıştır. KMO istatistikleri dört ölçek için de 0.7'nin üzerinde olduğu ve dört ölçeğin ortalama KMO ölçüsü 0,805 olması sebebiyle çalışmadaki verilerin örneklem hacmi yeterli bulunmuştur.

Çalışmada örneklemin İstanbul'da ilçe bazında homojen dağılabilmesi için Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralama Endeksinden (SEGE) faydalanılmıştır. Bu endekste, ilçeler demografik, eğitim, sağlık, rekabetçilik, yaşam kalitesi, istihdam gibi 8 boyutta 56 değişkene göre sıralanmaktadır. SEGE Endeksine göre İstanbul'un ilçeleri 1. Kademe ve 2. Kademe ilçeleri olarak sınıflandırılmıştır. (T.C Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2022, s.14).

Tablo 3.1 Araştırma Örneklem Seçim Kriterleri

Evren	İstanbul'da Yaşayan 65+ Bireyler	
Evren Büyüklüğü	1.210.065	
Örneklem Büyüklüğü	450	
Örneklem Dağılımı		
65-74 Yaş Arası	74-84 Yaş Arası	85 Yaş Ve Üstü
64%	28,10%	7,90%

Örneklem Kriterleri		
Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması		
İlçe Dağılımı	İlçeler	Katılımcı Sayısı
1. Kademe İlçe	Şişli, Beşiktaş, Kadıköy, Bakırköy, Fatih, Ataşehir, Başakşehir, Beyoğlu, Ümraniye, Sarıyer, Üsküdar, Tuzla, Maltepe, Beylikdüzü, Pendik, Esenyurt, Bahçelievler, Zeytinburnu, Bağcılar, Kartal, Bayrampaşa, Kağıthane, Küçükçekmece, Güngören, Büyükçekmece, Eyüpsultan, Adalar, Beykoz, Avcılar	225
2. Kademe İlçe	Gaziosmanpaşa, Çekmeköy, Esenler, Silivri, Sancaktepe, Sultangazi, Arnavutköy, Çatalca, Şile, Sultanbeyli,	225

3.2.2 Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Çalışmada veri toplama tekniği olarak açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Çalışmada yüz yüze anket tekniği kullanılmasının temel sebebi, yaşlı bireylerin dijital yetkinliklerinin bilinmemesi, araştırma sorularının gerektiğinde interaktif bir şekilde sorulabilmesine imkan tanımadır. Anket formu tasarımı, gönüllü rıza onam metni, yaşlanma, sağlık algılarına ilişkin ölçek soruları, algılanan fayda, eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçek soruları ve katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Saha veri toplama sürecinde katılımcılar, gönüllü rıza bilgilendirme formu aracılığıyla detaylı şekilde bilgilendirilmiş, açık olmayan noktalar cevaplanmış ve rızaları alınmıştır. Anket, yüz yüze gerçekleştirilmiş ve katılımcıların talebine bağlı olarak; cevaplar katılımcılar tarafından ya da anketörlerin soruları okuması ve katılımcıların cevaplama yoluyla elde edilmiştir. Anketin tamamlanmasında sonra katılımcılara araştırma hakkındaki her türlü sorularının cevaplanması amacıyla katılım sonrası bilgi formu paylaşılmıştır. Katılımcı bilgi formunda, çalışmanın genel detayları, yaklaşık olarak çalışmanın ne zaman biteceği ve katılımcıların herhangi bir soru, öneri ve görüşleri için iletişim bilgileri paylaşılmaktadır.

Anket formu, sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu, yaşam biçimi, öznel sağlık durumu) sorularının yanında yaşlanma, sağlık, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda olmak üzere dört farklı ölçektir. Aynı anket formunda

dördüncü bölümdeki araştırma için ise kullanım pratikleri ve sağlık enformasyon arama davranışına yönelik sorular yönetilmiştir. Böylece çalışmada farklı odaklara sahip iki araştırma için aynı sahadan veri toplanabilme imkânı yakalanmıştır.

Çalışmada kullanılan dört ölçeğe ilişkin detaylar ise şu şekildedir;

Sağlık Algısı Ölçeği: Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından bireylerin kendi sağlık algılarını ölçmeyi amaçlayan sağlık algısı ölçeği, Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından gerekli geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. “Ölçek 15 maddeden oluşmaktadır ve beşli Likert ölçeği kullanılarak dört alt faktöre ayrılmıştır. 1, 5, 9, 10, 11 ve 14. maddeler olumlu ifadeler; 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 ve 15. maddeler ise olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler aşağıdaki şekilde puanlanmaktadır, s. “Kesinlikle katılıyorum = 5”, “Katılıyorum = 4”, “Kararsızım = 3”, “Katılmıyorum = 2”, “Kesinlikle katılmıyorum = 1”. Olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan ise 75'tir. Ölçeğin alt grupları için Cronbach's alpha değerleri şöyledir, s. Kontrol Merkezi = 0,90; Öz Farkındalık = 0,91; Kesinlik = 0,91; Sağlığın Önemi = 0,82. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan ise 75'tir. Yüksek ölçek puanı, bireyin kendi sağlık algısının yüksek ve olumlu olduğunu göstermektedir (Kadioğlu ve Yıldız, 2012, s. 48). Kontrol merkezi boyutu, bireyin kendi sağlığı üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğuna, kendi dışındaki faktörlerin etkisine dair inanış ve düşüncelerin ve sağlığını değiştirebileceğine ilişkin özgüven seviyesini belirlemektedir. Öz Farkındalık boyutu, kişinin sağlık öz farkındalığı ile doğru beslenme ve sağlıklı yaşam biçimleriyle sağlığını değiştirebileceği ilişkin inancın seviyesini, kesinlik alt faktörü bireyin sağlığını koruması ve geliştirmesi için gerekli bilgi, yapması gereken uygulamalar hakkındaki kesin bir bilgi ve yaklaşıma sahip olup olmadığını, sağlığın önemi boyutu ise bireyin yaşamında sağlığını ne kadar önceliklendirdiğini, sağlığına verdiği önemini seviyesini ölçmektedir (Özdelikara ve diğerleri, 2018, s. 277).

Yaşlılık Algısı Ölçeği: Barker ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilen Yaşlanma Algısı Anketi (APQ) ilk olarak 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşlanma algılarını değerlendirmek üzere 32 sorudan oluşacak şekilde tasarlanmıştır. Sexton ve arkadaşları 2014 yılında bu anketi kısaltarak 17 soru ve beş alt boyuttan oluşan Kısa Yaşlanma Algısı Anketi'ni (B-APQ) oluşturmuştur. Özkaptan ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geçerliliği ve güvenilirliği test edilen Türkçe versiyonu 16 maddeden oluşmaktadır. Madde 1, 2 ve 3, zaman içinde yaşlanmaya

ilişkin sürekli farkındalığı, madde 4, 5 ve 6 pozitif sonuçları, 7. ve 16. maddeler emosyonel ifadeleri, 8, 9 ve 10. maddeler pozitif kontrolü, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler negatif sonuçlar ve kontrolü ölçmektedir. Ölçek Yanıtları, 1 = Kesinlikle Katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Nötr, 4 = Katılıyorum ve 5 = Kesinlikle Katılıyorum olmak üzere beşli Likert ölçeğine göre puanlanmaktadır. Olumsuz maddeler (11, 12, 13, 14 ve 15) ters puanlanmaktadır. Daha yüksek puanlar daha olumlu bir yaşlanma algısına işaret etmekte olup, alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 16'dır. Alt boyutlar için Cronbach's alpha değerleri ise şu şekildedir; yaşlanmaya İlişkin Sürekli Farkındalık, s. 0,94, Pozitif Sonuçlar, s. 0.80, Pozitif Kontrol, s. 0.92, emosyonel ifadeler ve Kontrol, s. 0.77, emosyonel ifadeler, s. 0.37 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamı için genel Cronbach alfa değeri 0,63'tür (Özkaptan ve arkadaşları, 2019, s. 151).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Suka et al. (2013) tarafından bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amacıyla 2010 yılında Japonya'da geliştirilmiştir (13). Ölçek; Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı (4 madde) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa değerinin 0.81 olduğu bulunmuştur. Geçerlilik güvenilirlik yapılan çalışmada da Cronbach alfa değeri 0.85 olarak saptanmıştır (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Bu çalışmada katılımcılara eleştirel sağlık okuryazarlığı boyutu uygulanmıştır. Sağlık okuryazarlığı sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerisi iken, eleştirel sağlık okuryazarlığı potansiyel olarak sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel olarak değerlendirilmesi, bireyin sağlıklı ilgili kararlarında kullanmasını sağlayan ileri düzey bilişsel ve sosyal ve uygulama becerilerisidir (Sykes ve diğerleri, 2013; Türkoğlu ve Kılıç, 2021; Abel ve Benkert, 2022)

Teknoloji Kabul Modeli/Algılanan Fayda Boyutu (Perceived Usefulness), s. Davis (1989) tarafından bilgi ve enformasyon teknoloji kabullerini açıklayan teknoloji kabul modeline (TAM) göre bireylerin enformasyon teknolojileri kullanıma ilişkin tutum ve davranışsal niyetleri iki temel belirleyici etkilemektedir. Bunlar, “bir kişinin belirli bir sistemi kullanmanın iş performansını artıracığına inanma derecesi” (Davis, 1989, s. 320) olarak tanımlanan Algılanan Fayda ve “bir kişinin belirli bir sistemi kullanmanın çaba gerektirmeyeceğine inanma derecesini” olarak ele alınan

algılanan kullanım kolaylığıdır (Davis, 1989, s. 320). Bu bakımdan algılanan fayda, enformasyon ve iletişim teknolojilerinin kullanımlarına yönelik bireylerin öznel inanış ve algılarıdır. Daha sonra modelde Davis, algılanan faydanın sistem kullanımını direkt etkileyebileceğini belirtmiş (Chuttur, 2009, s. 9), orijinal tanımdaki iş performansı ötesinde herhangi bir görev ve sistem için kullanılır olmuştur (Ma ve Liu, 2004).

Güner ve Acartürk (2018) tarafından daha önce yapılan TAM çalışmalarından (Davis, 1989; Venkatesh ve diğerleri, s. 2003) faydalanılarak yaşlı ve genç bireylerin bilgi ve iletişim teknoloji kullanım ve kabul düzeylerinin ölçülmesi amacıyla hazırlanan TAM anketi, 25 sorudan ve “algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, kullanıma yönelik tutum, sosyal etki, kolaylaştırıcı koşullar, kaygı, öz-doyum, davranış niyeti” olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Anket, 7’li likert tipi (kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, biraz katılmıyorum, kararsızım, biraz katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) şeklinde soru tiplerinden oluşmaktadır (Güner, Acartürk, s. 2018, s. 312). Güvenilirlik testleri sonucunda anketin tamamının Cronbach alfa değeri 0,86 olarak saptanmış algılanan fayda ölçek boyutunun Cronbach alfa değeri ise 0,91 olarak tespit edilmiştir (Güner, 2017, s. 41). Bu çalışmada ise ölçeğin algılanan fayda boyutu kullanılmıştır.

Yine belirtmek gerekir ki çalışmada kullanılan bu ölçekler ve alt boyutları için aşağıdaki tablolarda gösterildiği gibi ölçek bazlı güvenirlik, doğrulayıcı faktör analizleri ve bu dört ölçeğin birbirleriyle uyum indeksleri kontrol edilmiştir.

Tablo 3.2 Yaşlılık algısı ölçeğine ait güvenirlik analizi bulguları

Madde	DMTK	MSCA	Alfa	Omega
s1	0.660	0.766	0.820	0.882
s2	0.714	0.711		
s3	0.648	0.777		
s4	0.663	0.549	0.745	0.868
s5	0.621	0.600		
s6	0.441	0.804		
s7	0.458	0.458	0.628	0.628
s16	0.458	0.458		
s8	0.935	0.944		
s9	0.935	0.943	0.966	0.966
s10	0.910	0.962		
s11	0.644	0.767		

s12	0.605	0.778
s13	0.700	0.749
s14	0.552	0.794
s15	0.523	0.802

DMTK: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu, MSCA: Madde silindiğinde Cronbach Alfa

Tablo 3.3 Sağlık algısı ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları

Madde	DMTK	MSCA	Alfa	Omega
h1	0.703	0.470	0.735	0.811
h9	0.297	0.930		
h11	0.738	0.422		
h2	0.767	0.740	0.822	0.903
h3	0.553	0.804		
h4	0.478	0.825		
h12	0.744	0.747		
h13	0.547	0.806		
h5	0.169	0.520	0.643	0.750
h10	0.399	0.096		
h14	0.257	0.370		
h6	0.532	0.491	0.641	0.724
h7	0.293	0.659		
h8	0.563	0.467		
h15	0.319	0.642		

DMTK: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu, MSCA: Madde silindiğinde Cronbach Alfa

Tablo 3.4 Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları

Madde	DMTK	MSCA	Alfa	Omega
i1	0.975	0.984	0.988	0.961
i2	0.972	0.985		
i3	0.979	0.983		
i4	0.975	0.984		

DMTK: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu, MSCA: Madde silindiğinde Cronbach Alfa

Tablo 3.5 Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait güvenilirlik analizi bulguları

Madde	DMTK	MSCA	Alfa	Omega
c1	0.916	0.941		
c2	0.935	0.933		
c3	0.932	0.933	0.953	0.985
c4	0.907	0.943		

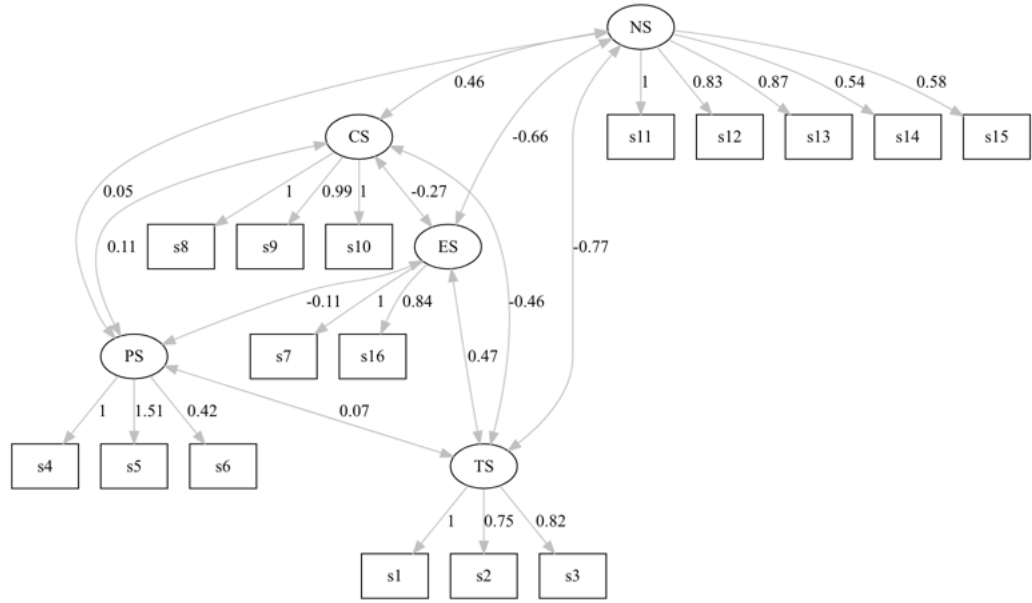
DMTK: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu, MSCA: Madde silindiğinde Cronbach Alfa

Tablo 3.2 ile Tablo 3.5 arasında araştırmada kullanılan beş ölçek formuna yönelik güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir. Bulgularda yer alan DMTK (Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu) değerleri, her bir maddenin toplam ölçek puanı ile olan düzeltilmiş korelasyonunu gösterir. Maddelerdeki yüksek DMTK değerleri, ilgili maddenin ölçeğin genel yapısına uygun olduğunu ve ölçekten çıkarılmaması gerektiğini ifade eder.

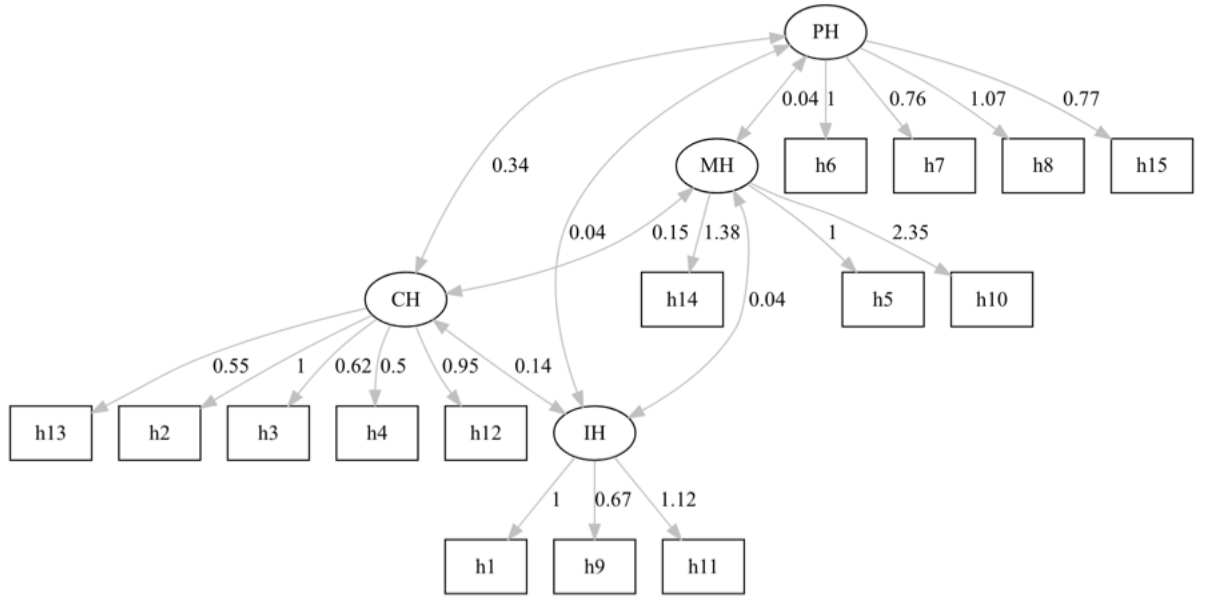
Bulgularda yer alan MSCA değerleri, her bir maddenin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach Alfa'nın ne olacağını gösterir. Eğer bir maddenin MSCA değeri mevcut Cronbach Alfa değerinden düşükse, bu maddenin ölçekten çıkarılması genel güvenilirliği artırabilir.

Bulgulara göre tüm Cronbach Alfa ve Omega güvenilirlik katsayıları 0.60'nın üzerinde bir değere sahiptir. Ölçeklere ve alt boyutlara ait Cronbach Alfa ve Omega güvenilirlik katsayıları, genel olarak 1'e oldukça yakın düzeydedir. Ölçeklerdeki maddelere ayrı ayrı bakıldığında, DMTK değerleri 0.30'un üzerinde olduğu için genel olarak kabul edilebilir aralıkta olduğu tespit edilmiştir. Bulgulara göre yaşlılık algısı ölçeğindeki h5, h7, h9 h14, h15 gibi bazı maddelerin bu sınıra yakın ya da sınırın altında olduğu görülmektedir. Ancak MSCA verilerine bakıldığında, bu maddelerin silinmesi durumunda mevcut güvenilirlik katsayılarında yüksek düzeyde bir artış gözlenmediği için, söz konusu beş madde analiz dışı bırakılmamıştır.

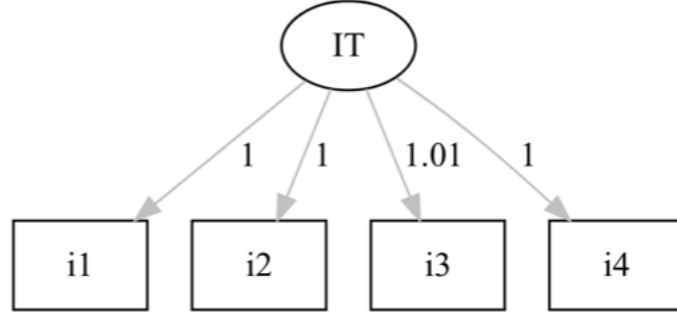
Ek olarak maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının da tamamı pozitif ve madde silindiğinde güvenilirlik katsayısında önemli bir artış gözlenmemektedir. Güvenilirlik sonuçları bütünsel açıdan değerlendirildiğinde, verilerin iç tutarlılığının sağlandığı sonucuna varılmıştır.



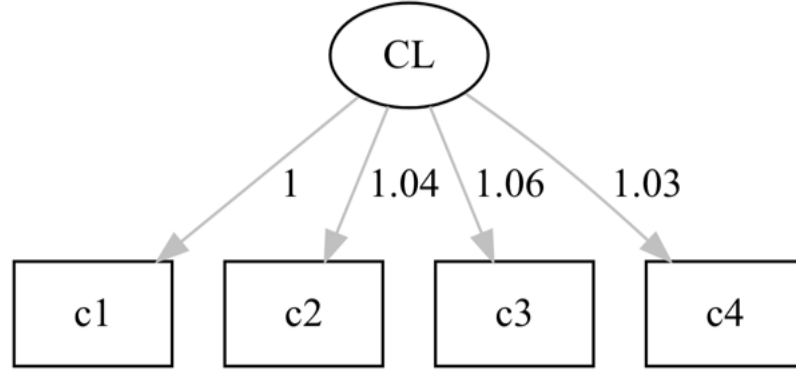
Şekil 3.1 Yaşlılık algısı ölçeğine ait DFA grafiği



Şekil 3.2 Sağlık algısı ölçeğine ait DFA grafiği



Şekil 3.3 Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğine ait DFA grafiği



Şekil 3.4 Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait DFA grafiği

Tablo 3.6 Ölçeklerin DFA sonuçlarının uyum indeksleri

Uyum indeksi	S	H	IT	CL
Ki-kare	170.145	346.572	0.049	9.737
sd	94.000	84.000	2.000	2.000
Ki-kare/sd	1.810	4.126	0.025	4.869
GFI	0.984	0.950	1.000	0.996
AGFI	0.978	0.929	1.000	0.980
CFI	0.984	0.956	1.000	0.991
TLI	0.979	0.920	1.000	0.974
IFI	0.984	0.958	1.000	0.991
RMSEA	0.043	0.084	0.000	0.076

S: Yaşlılık algısı, H: Sağlık algısı, IT: Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda, CL: Eleştirel sağlık okuryazarlığı

Şekil 3.1-3.6 arasında ölçeklerin DFA sonuçlarına yönelik sonuçlar verilmiştir. Araştırmada yer alan dört ölçek için de alt boyutlarda yer alan maddeler pozitif ve

anlamalı yüklere sahiptir ($p < 0.05$). Grafiksel bulgulara göre yaşlılık algısı ölçeğinde NS ile PS, CS boyutları arasında pozitif bir ilişki gözlenirken, NS ile ES ve TS arasında negatif yönlü bir ilişki gözlenmektedir. CS ile PS arasında pozitif yönlü bir ilişki varken, CS ile ES ve TS arasında negatif yönlü bir ilişki mevcuttur. PS ile TS arasında pozitif bir ilişki gözlenirken, PS ile ES arasında pozitif yönlü bir ilişki gözlenmektedir. Son olarak, ES ile TS arasında ise pozitif yönlü bir ilişki vardır. Sağlık algısı ölçeğinde ise PH ile CH, MH, IH arasında pozitif bir ilişki gözlenmektedir. MH ile CH ve IH arasında ise pozitif bir ilişki vardır. Son sağlık algısı ölçeğinde CH ve IH arasında ise pozitif bir ilişkinin var olduğu saptanmıştır.

Verilerin yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere elde edilen uyum indekslerinin sonuçları, Tablo 3.6'da verilmiştir. Ölçeklere ait uyum indekslerinde yer alan tüm Ki-kare/sd oranları 5'ten düşüktür. Beş ölçek için de artırımsal uyum indekslerinden CFI, GFI, TLI ve IFI değerleri 0.9'un üzerinde, AGFI sonuçları 0.85'ten yüksek ve genelde 1'e yakındır. RMSEA değerleri tüm ölçeklerde 0.10'un altında bulunmuştur. Uyum indekslerinin istenilen aralıklarda olması, araştırma verileri ile ölçekler arasında uyumlu bir yapının doğrulandığını göstermektedir. DFA bulguları hem faktör yükleri hem de uyum indeksleri bir arada değerlendirildiğinde, ölçek verilerinin yapı geçerliliğini ortaya koymaktadır.

3.2.3 Araştırmanın Etik Boyutu

Galatasaray Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 06.07.2023 tarih ve 2023/02 sayılı toplantısında alınan 01 no'lu kararıyla 2023/017 protokol kodlu bu çalışma, etik kurul onayı almıştır. Çalışmada her katılımcı araştırma hakkında detaylı bilgilendirilmiş ve gönüllü rıza formuyla onamları alınmıştır.

3.2.4 Veri Analiz Yöntemleri

Çalışmada veri analiz yöntemleri olarak tanımlayıcı veri analizleri, güvenilirlik analizleri, ortalama karşılaştırma testleri, çapraz tablo ilişki testleri, veri görselleştirme teknikleri, korelasyon analizleri, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve yol analizi uygulanmıştır.

Shapiro-Wilk testi ile verilerin normal dağılıma uygunluk durumları kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan en az üç gruba sahip verilerde, ölçeklere ait puan ortalamaları Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. İki gruba sahip grup değişkenlerinde ise Mann-Whitney testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinde anlamlı bulunan gruplar arası çoklu karşılaştırma testi uygulamaları, Bonferroni düzeltmeli Dunn testi ile yapılmıştır. Araştırmada sosyo-demografik veriler ile ölçek puanları arasındaki ilişkilerde normallik varsayımı sağlanmadığı için ANOVA testi ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey-HSD testi kullanılmamıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Kategorik verileri arası ilişkilerin anlamlılığı sınanırken, hücrelerin beklenen değerine göre Fisher (beklenen değer 5'in altında ise) veya Ki-Kare bağımsızlık testi tercih edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıkları, Cronbach Alfa ve Omega katsayıları ile kontrol edilmiştir. Omega katsayısı, Cronbach Alfa katsayısına ek olarak doğrulama amacıyla kullanılmıştır. Güvenirlik analizlerinde likert veriler için daha uygun olan Polikorik korelasyon matrisi kullanılmıştır (Kiwanuka, ve diğ., 2022).

Araştırma modeline göre kurgulanan çifti yönlü ilişkiler ve nedensellik ilişkileri, yol analizi kullanılarak incelenmiştir. Yol analizinde ve ölçeklerin yapı geçerliliği için uygulanan DFA aşamasında, normalliğe karşı dirençli köşegen ağırlıklı en küçük kareler (DWLS) tahmin tekniği kullanılmıştır (Lionetti ve diğ., 2016). DFA sonuçları yorumlanırken, uyum indekslerin değer aralıklarına göre verilerin yapı geçerliliği değerlendirilmiştir (Mulaik ve diğ., 1989; Hu ve Bentler, 1999; Kline, 2016). Ayrıca bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini incelemek amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler nicel olmadığı için klasik lineer regresyon analizi tercih edilmemiştir.

İstatistiksel analizler $p < 0.05$ önem düzeyinde değerlendirilmiş ve analiz bulgularının tamamı, R yazılımı kullanılarak elde edilmiştir (R Core Team, 2024). Bu süreçte R yazılımındaki lavaan (Rosseel, 2012), likert (Bryer ve Speersneider, 2016), psych (Revelle, 2018) ve ggcorrplot (Kassambara, 2023) paketlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmada ölçekler üzerinden örneklem yeterliliği Kaiser Meier Olkin istatistiği ile değerlendirilmiştir. KMO istatistiği yaşlılık algısı ölçeği için 0.830, sağlık algısı ölçeği için 0.763, Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeği için 0.889 ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeği için 0.738 olarak hesaplanmıştır. KMO istatistikleri dört ölçek için de 0.7'nin üzerinde olduğu için verilerin örneklem hacmi yeterli bulunmuştur.

3.3 Araştırmanın Bulguları

Çalışmada hipotezlerinin test edilebilmesi amacıyla 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık, yaşlılık, sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda düzeylerinin birbirlerini nasıl etkilediğini ve bu etki ve ilişki yollarına, bireylerin sosyo-demografik durumları ile bu dört boyutun ilişkilerine yönelik bulgular elde edilmiştir. Bu kapsamda katılımcıların betimletici bulgularının paylaşımından sonra, ölçek puanlarını gösteren madde sıra dağılımları, yol analizi ve sonrasında sosyo-demografik değişkenlerle ölçek boyutları arasındaki ilişkileri açıklayan bulgular sunulmuştur.

3.3.1 Katılımcıların Özellikleri

Tablo 3.7 Araştırmaya dahil edilen katılımcılara ait özellikler

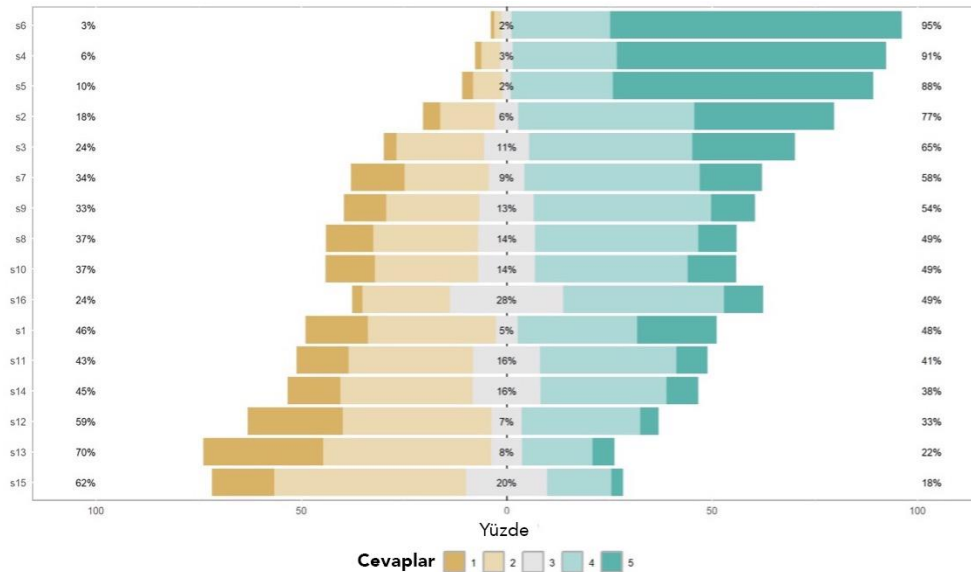
Değişken	Grup	n	%
Yaş	Ort±SS	71.020±5.767	
Cinsiyet	Kadın	190	42.20
	Erkek	260	57.80
Medeni durum	Bekar	14	3.10
	Boşanmış	18	4.00
	Eşi vefat etmiş	78	17.30
	Evli	340	75.60
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	13	2.90
	Okur-yazar	24	5.30
	İlkokul	201	44.70
	Ortaokul	86	19.10
	Lise	89	19.80
	Üniversite	34	7.60
	Yüksek lisans	3	0.70
Gelir düzeyi	Gelirim yok	83	18.40
	1000 TL-15.000 TL	265	58.90
	16.000 TL-30.000 TL	86	19.10
	31.000 TL-50.000 TL	14	3.10
	51000 TL-100.000 TL	2	0.40

Yaşam biçimi	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	30	6.70
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	27	6.00
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	119	26.40
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	218	48.40
	Yalnız Yaşıyorum	40	8.90
	Diğer	16	3.60

Sayısal değişkenlere ait bulgular Ortalama (Ort) $\pm$ Standart sapma (SS), kategorik değişkenlere ait bulgular ise gözlem sayısı (n) ve yüzde (%) şeklinde sunulmuştur

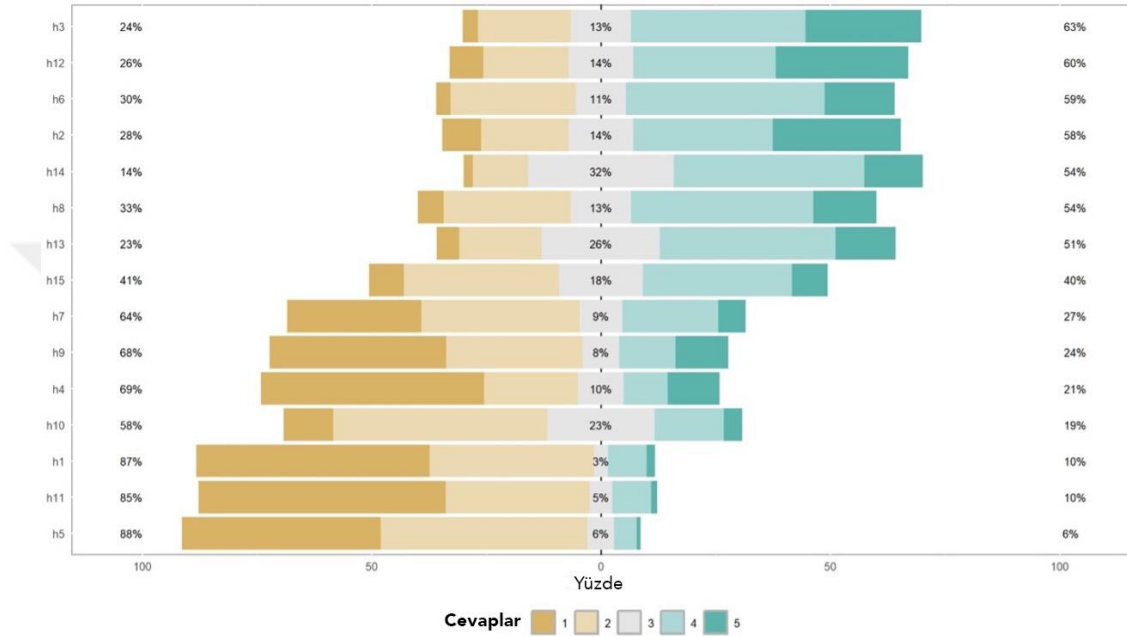
Tablo 3.7’de araştırmaya dahil edilen katılımcılara ait demografik özellikler sunulmuştur. Bu bulgulara göre çalışmada bulunan katılımcıların (n=450) yaş ortalaması 71.020 ± 5.767 olarak belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcıların %42.20’si kadın, %57.80’i erkektir. Medeni durum açısından incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğu (%75.60) evli iken, %17.30’u eşinin vefat etmiş, %4.00’ü boşanmış ve %3.10’u bekar durumdadır. Eğitim düzeyi değerlendirildiğinde, katılımcıların çoğunluğu ilkokul (%44.70) veya ortaokul (%19.10) mezunu iken, %7.60’sı üniversite mezunu veya daha yüksek eğitim düzeyine sahiptir. Gelir düzeyine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu (%58.90) geliri 1000 TL ile 15.000 TL arasında olan gruba dahildir. Yaşam biçimi açısından incelendiğinde, katılımcıların %48.40’ü eşiyle birlikte yaşarken, %26.40’ü eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır.

3.3.2 Yaşlanma, Sağlık, Algılanan Fayda ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanları ve Maddelerin Sıralı Dağılımları



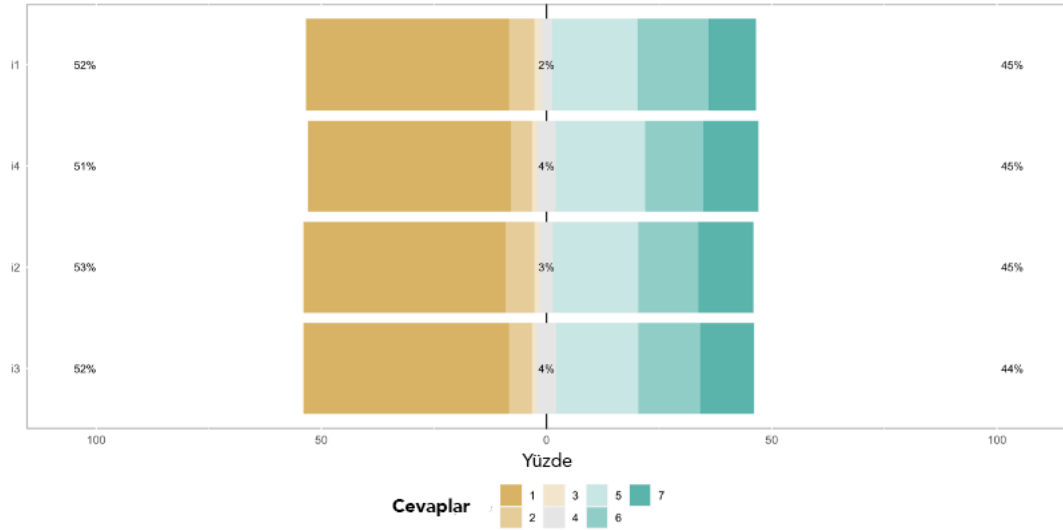
Şekil 3.5 Yaşlılık algısı ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları

Şekil 3.5’de yaşlılık algısı ölçeğinde yer alan maddelerin dağılımları, grafiksel olarak katılım düzeylerine göre azalan sırada verilmiştir. Grafiksel bulgulara göre ölçekte en yüksek katılma derecesine sahip madde s6 iken, en düşük katılma derecesine sahip madde s15’tir. Bu ölçeğin ortalama puanı 53.176 ± 5.633 olarak hesaplanmıştır. Toplam puan ortalamasına göre, (3.545) katılımcıların genel olarak yaşlılıklarını orta düzeyde olumlu şekilde algılamaktadır.



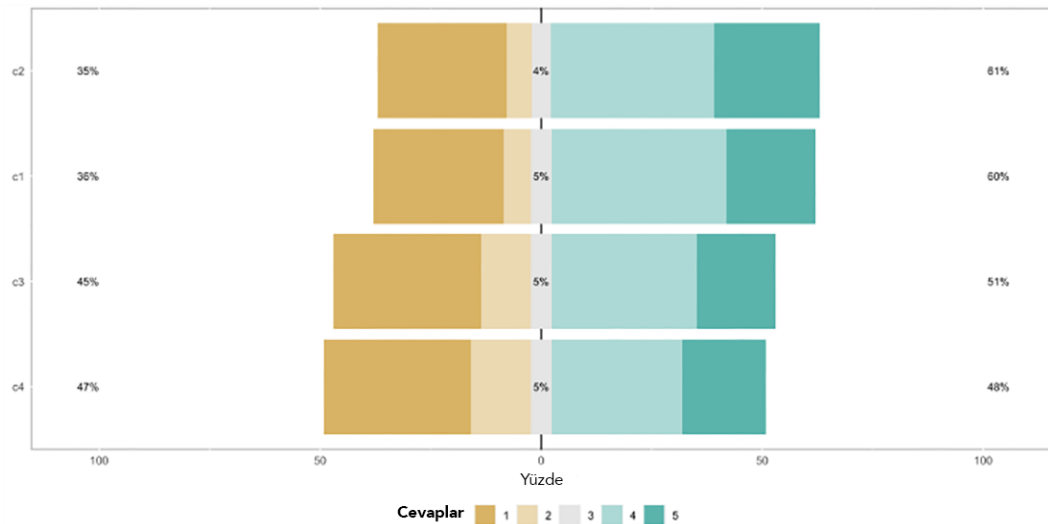
Şekil 3.6 Sağlık algısı ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları

Şekil 3.6’da sağlık algısı ölçeğinde yer alan maddelerin dağılımları, grafiksel olarak katılım düzeylerine göre azalan sırada sunulmuştur. Grafiksel bulgulara göre ölçekte en düşük katılma derecesine sahip madde h5 iken, en yüksek katılma derecesine sahip madde h3’tür. Bu ölçeğin ortalama puanı 41.806 ± 6.283 olarak hesaplanmıştır. Toplam puan ortalamasına göre, (3.380) katılımcılar genel olarak sağlık algısını orta düzeyde olumlu şekilde algılamaktadır.



Şekil 3.7 Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları

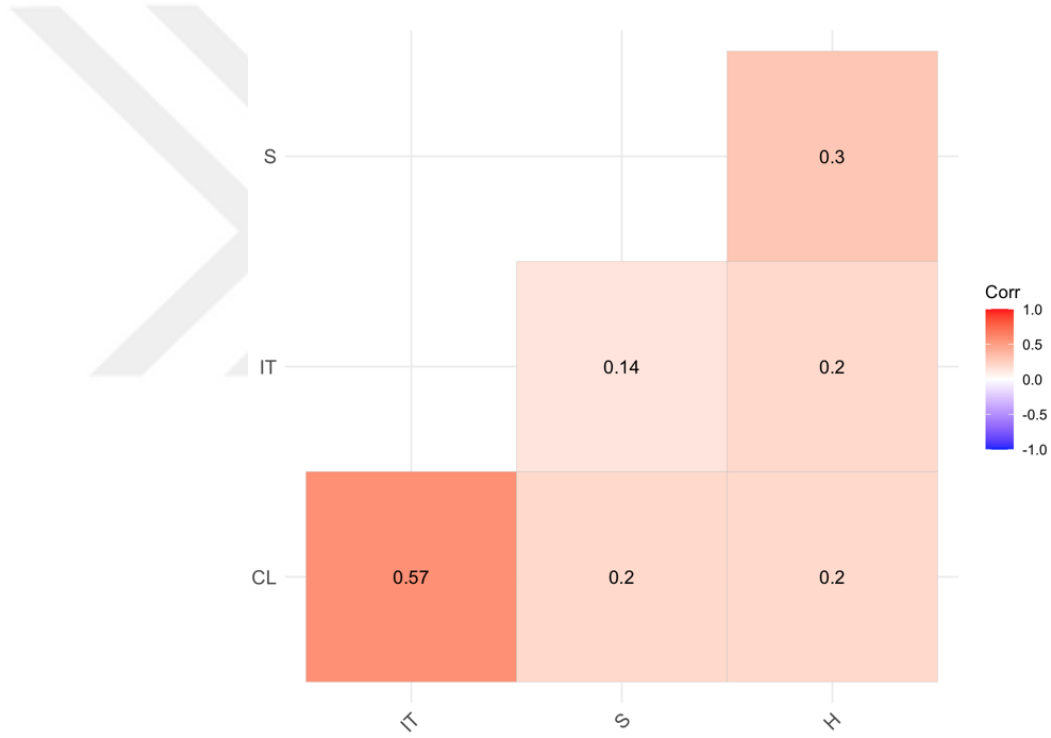
Şekil 3.7’de bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeğinde yer alan maddelerin dağılımları, grafiksel olarak katılım düzeylerine göre azalan sırada gösterilmektedir. Grafiksel bulgulara göre ölçekte en düşük katılma derecesine sahip madde i1 iken, en yüksek katılma derecesine sahip madde i3’tür. Bu ölçeğin ortalama puanı 13.382 ± 9.376 olarak hesaplanmıştır. Toplam puan ortalamasına göre, (3.345) katılımcılar genel olarak bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan faydayı düşük düzeyde olumlu şekilde algılamaktadır.



Şekil 3.8 Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait maddelerin sıralı dağılımları

Şekil 3.8’de eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeğinde yer alan maddelerin dağılımları, grafiksel olarak katılım düzeylerine göre azalan sırada yer almaktadır. Grafiksel bulgulara göre ölçekte en düşük katılma derecesine sahip madde c2 iken, en yüksek katılıma derecesine sahip madde c4’tür. Bu ölçeğin ortalama puanı 12.137 ± 5.895 olarak hesaplanmıştır. Toplam puan ortalamasına göre, (3.034) katılımcılar genel olarak eleştirel sağlık okuryazarlığını orta düzeyde olumlu şekilde algılamaktadır.

3.3.3 Algılanan Fayda, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık ve Yaşlanma Algılarına İlişkin Korelasyon Grafiği



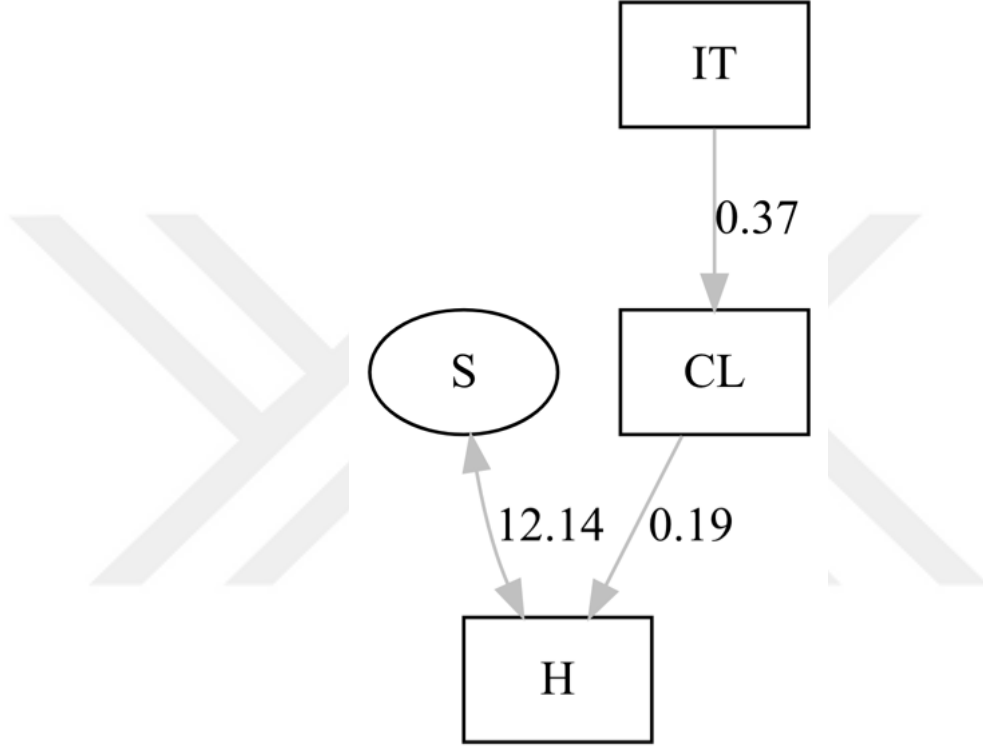
Şekil 3.9 Korelasyon grafiği

S: Yaşlılık algısı, H: Sağlık algısı, IT: Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda, CL: Eleştirel sağlık okuryazarlığı

Şekil 3.9’da ölçek puanları arası korelasyon analizlerinin görselleştirme bulguları sonuçlar yer almaktadır. Korelasyon katsayısının negatif olması ters yönlü ilişkiyi gösterirken, pozitif olması aynı yönlü ilişkiyi gösterir. Bu katsayının mutlak değerce 1’e yaklaşması ilişkinin güçlendiğini anlamına gelir (Ratner, 2009). Anlamlılık sonuçlarına göre, tüm ölçekler arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan

anlamli ilişkiler gözlenmektedir ($r>0$, $p<0$). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeyleri arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki gözlenirken; diğer faktörler arası pozitif ve düşük düzeyli ilişkisel bir yapı gözlenmektedir.

3.3.4 Algılanan Fayda, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık ve Yaşlanma Algılarına İlişkin Yol Analizi Bulguları



Şekil 3.10 Araştırma modeline ait yol analizi grafiği

S: Yaşlılık algısı, H: Sağlık algısı, IT: Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda, CL: Eleştirel sağlık okuryazarlığı

Tablo 3.8 Yol analizi için uyum indeksleri

Uyum indeksi	Değer
Ki-kare	6.086
sd	3
Ki-kare/sd	2.029
GFI	0.966
AGFI	0.917
CFI	0.911
TLI	0.921
IFI	0.912
RMSEA	0.031

Şekil 3.10 araştırma modeline yönelik yol analizi sonucunun grafiksel şekli verilmiştir. Grafiksel şekillerde sadece teorik modele ilişkin yol katsayıları ve nedensel/çift yönlü ilişkiler sembolize edilmiştir. Tablo 3.8’de yol katsayılarına yönelik detaylı istatistikler de sunulmuştur. İlk aşamada yol analizi modelinin uygunluğu, uyum indekslerine bakılarak değerlendirilmiştir. Uyum indekslerine göre Ki-kare/sd oranı 5’in altında; CFI, GFI, TLI ve IFI değerleri 0.9’un üzerinde; AGFI sonuçları 0.85’ten yüksek ve RMSEA değeri de 0.05’in altındadır (Kline, 2005; Yan vd., 2005; Montoya ve Edwards, 2021). Yol analizi sonucunda elde edilen uyum indekslerine göre araştırma modelinin yapı geçerliliği doğrulanmıştır.

Tablo 3.9 Yol analizine yönelik regresyon katsayıları ve kovaryans sonucu

İlişki	Yol	B	SH	z	p	STD(B)
Regresyon	IT -> CL	0.368	0.024	15.103	<0.001	0.586
	CL -> H	0.194	0.063	3.078	<0.001	0.143
Kovaryans	H ~ S	12.143	2.204	5.509	<0.001	0.274

S: Yaşlılık algısı, H: Sağlık algısı, IT: Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda, CL: Eleştirel sağlık okuryazarlığı
B:Yol katsayısı SH. Standart hata, STD, s. Standardize yol katsayısı

Tablo 3.9’da yer alan regresyon modeli ve kovaryans sonuçlarına bakılarak istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Kovaryans bulgusuna göre sağlık algısı ve yaşlılık algısı arası arasında aynı yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki mevcuttur ($B > 0$, $p < 0.05$). Regresyon sonuçlarına göre yaşlı bireylerin bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeyi, eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerini pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemektedir ($B > 0$, $p < 0.05$). Yine regresyon bulgularına göre, yaşlılardaki eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi de yaşlı bireylerin sağlık algısı üzerinde pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı bir etkiye sahiptir ($B > 0$, $p < 0.05$). Yol analizinden elde edilen bu sonuçlara göre yaşlı bireylerdeki sağlık algısı ve yaşlılık algısı karşılıklı olarak artacak veya azalacaktır. Sonuçlar kapsamında yaşlılarda bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeyi arttıkça, eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyinin de artması beklenmektedir. Benzer şekilde yaşlılardaki eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması, sağlık algısının da artmasını sağlayacaktır.

3.3.5 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Yaşlanma Algıları Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.10 Katılımcıların sağlık durumlarına göre yaşlılığı algılama anketine ait puanlarının karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık	Çok Kötü ¹	14.000	1.342	15	12	15	92.855	<0.001 (5<1,2,3,4 ve 3, 4 <1,2)
	Kötü ²	13.114	2.275	13	6	15		
	Orta ³	10.468	2.910	11	4	15		
	İyi ⁴	9.874	2.958	10	3	15		
	Çok iyi ⁵	7.576	3.336	8	3	14		
Pozitif Sonuçlar	Çok Kötü	13.818	2.401	15	9	15	8.075	0.089
	Kötü	12.929	2.311	14	7	15		
	Orta	13.473	2.417	15	3	15		
	İyi	13.719	1.568	15	8	15		
	Çok iyi	13.879	1.728	15	9	15		
Emosyonel ifadeler	Çok Kötü ¹	7.000	2.608	9	2	9	40.766	<0.001 (4,5<1,2,3)
	Kötü ²	7.329	1.969	8	2	10		
	Orta ³	6.264	1.940	6	2	10		
	İyi ⁴	5.652	2.092	6	2	10		
	Çok iyi ⁵	5.152	2.123	5	2	9		
Pozitif kontrol	Çok Kötü ¹	6.818	3.573	6	3	15	56.215	<0.001 (1,2<3,4,5 ve 3<4,5 ve 4<5)
	Kötü ²	7.343	3.353	6	3	13		
	Orta ³	9.254	3.356	10	3	15		
	İyi ⁴	10.319	3.044	12	3	15		
	Çok iyi ⁵	12.030	3.331	12	3	15		
Negatif sonuçlar ve kontrol	Çok Kötü ¹	9.091	2.071	10	5	12	71.424	<0.001 (1,2<3,4,5 ve 3<4)
	Kötü ²	10.443	3.433	11	5	21		
	Orta ³	13.572	3.916	14	6	25		
	İyi ⁴	14.748	3.988	15	6	25		
	Çok iyi ⁵	15.727	3.810	18	8	21		
B-APQ Yaşlılığı Algılama Ölçeği	Çok Kötü ¹	50.727	3.319	50	47	57	20.646	<0.001 (1,2<3,4,5)
	Kötü ²	51.157	4.775	51	40	60		
	Orta ³	53.030	5.932	54	30	68		
	İyi ⁴	54.311	5.559	54	38	66		
	Çok iyi ⁵	54.364	4.891	55	43	62		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.10’da katılımcıların sağlık durumlarına göre yaşlılığı algılama anketine ait puanlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, sağlık durumu çok kötü, kötü, orta, iyi ve çok iyi olanların yaşlılığı algılama ölçüm aracına ait pozitif sonuçlar puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bulgulara göre sağlık durumu çok kötü, kötü, orta, iyi ve çok iyi olanların zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, emosyonel ifadeler, pozitif kontrol, negatif sonuçlar ve kontrol ve genel yaşlılığı algılama puanları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık boyutuna bakıldığında, genel sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların diğer katılımcılara göre puanları anlamlı ölçüde daha düşüktür. Ayrıca sağlık durumu iyi ve orta olan katılımcıların zaman süreci yaşlanmayla ilgili farkındalık puanları ise kötü ve çok kötü olan gruplara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Emosyonel ifadeler boyutuna bakıldığında, genel sağlık durumu iyi ve çok iyi olan katılımcıların puanları, çok kötü, kötü ve orta olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Pozitif kontrol alt boyutun bakıldığında, genel sağlık durumu çok kötü ve kötü olanların puanları diğer katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşük, genel sağlık durumu orta katılımcıların puanları ise sağlık durumu iyi ve çok iyi olan gruplara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Ayrıca genel sağlık durumu iyi olanların pozitif kontrol puanları ise genel sağlık durumu çok iyi olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Negatif sonuçlar ve kontrol boyutuna bakıldığında, genel sağlık durumu kötü ve çok kötü olan katılımcıların puanları diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Ayrıca genel sağlık durumu orta olan katılımcıların negatif sonuçlar ve kontrol puanları ise sağlık durumu iyi olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Genel olarak yaşlılığı algılama ölçüm aracına bakıldığında ise sağlık durumu kötü ve çok kötü olan katılımcıların puanları diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktür.

3.3.6 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Yaşlanma Algıları Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.11 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Cinsiyet Grubuna Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	U	p
Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık	Kadın	10.589	3.174	11	3	15	24857.5	0.908
	Erkek	10.565	3.193	11	3	15		
Pozitif Sonuçlar	Kadın	13.384	2.109	14	3	15	22734.5	0.116
	Erkek	13.585	2.161	15	3	15		
Emosyonel ifadeler	Kadın	6.316	2.243	7	2	10	26681.5	0.141
	Erkek	6.085	2	6	2	10		
Pozitif kontrol	Kadın	9.411	3.609	10	3	15	24653	0.972
	Erkek	9.427	3.407	10	3	15		
Negatif sonuçlar ve kontrol	Kadın	13.426	4.495	13	5	25	24196	0.711
	Erkek	13.531	3.902	13	5	24		

B-APQ Yaşlılığı	Kadın	53.126	5.793	54	30	68	24395	0.823
Algılama Ölçeği	Erkek	53.192	5.509	54	33	66		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, U: Mann Whitney U Testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.11’de B-APQ yaşlılığı algılama ölçüm aracının tüm boyutlarına ait skor puanlarının cinsiyet grubuna göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen kadın ve erkeklerin zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, pozitif sonuçlar, emosyonel sonuçlar, pozitif kontrol, negatif sonuçlar ve kontrol ve genel yaşlılığı algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.12 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Me d	Mi n	Mak s	KW	p	Anlamlı fark
Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık	Bekar	10.143	3.371	11	6	15	7.732	0.052	-
	Boşanmış	9.833	2.526	10.5	4	13			
	Eşi vefat etmiş	11.346	3.407	12	3	15			
	Evli	10.456	3.134	11	3	15			
Pozitif Sonuçlar	Bekar	14.214	1.051	15	12	15	2.450	0.484	-
	Boşanmış	13.611	1.944	15	8	15			
	Eşi vefat etmiş	13.244	2.263	14	6	15			
	Evli	13.524	2.151	15	3	15			
Emosyonel ifadeler	Bekar	6.500	2.029	7	3	9	6.829	0.078	-
	Boşanmış	6.111	1.811	7	2	8			
	Eşi vefat etmiş	6.744	2.116	7	2	10			
	Evli	6.044	2.108	6	2	10			
Pozitif kontrol	Bekar	9.857	4.167	12	3	14	6.342	0.096	-
	Boşanmış	10.667	3.068	12	6	15			
	Eşi vefat etmiş	8.692	3.767	9	3	15			

	Evli	9.503	3.39 8	10	3	15			
Negatif sonuçlar ve kontrol	Bekar ¹	12.57 1	3.81 7	13	6	18			
	Boşanmış ²	14.77 8	3.28 2	14	10	22	18.35 0	<0.00 1	3<2,4
	Eşi vefat etmiş ³	11.82 1	4.48 3	11	5	25			
	Evli ⁴	13.83 8	4.04 3	14	5	25			
B-APQ Yaşlılığı Algılama Anketi	Bekar	53.28 6	6.13 2	54.5	42	64			
	Boşanmış	55.00 0	4.47 2	55.5	45	62	7.770	0.051	-
	Eşi vefat etmiş	51.84 6	6.07 3	51.5	30	68			
	Evli	53.36 5	5.51 9	54	33	66			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.12’de B-APQ yaşlılığı algılama ölçüm aracının tüm boyutlarına ait skor puanlarının medeni durum gruplarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bekar, boşanmış, eşi vefat etmiş ve evli bireylerin, zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, pozitif sonuçlar, emosyonel sonuçlar, pozitif kontrol ve genel yaşlılığı algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamaktadır ($p>0.05$). Sonuçlara bakıldığında bekar, boşanmış, eşi vefat etmiş ve evli bireylerin negatif sonuçlar ve kontrol boyutuna ait skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılıklar incelendiğinde eşi vefat eden bireylere ait negatif sonuçlar ve kontrol boyutuna ait skor puanları eşinden boşanmış ve evli olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 3.13 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Me d	Mi n	Mak s	KW	p	Anlamlı fark
Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık	Okur-yazar değil ¹	12.15 4	2.85 3	12	6	15			
	Okur-yazar ²	12.41 7	3.16 1	12.5	3	15	32.13 4	<0.00 1	2>4>5, ve 1,3 >5
	İlkokul ³	10.93 5	3.04 6	12	3	15			

	Ortaokul ⁴	10.39 5	3.35 5	11	3	15			
	Lise ⁵	9.258	3.02 1	9	3	15			
	Üniversite 6	10.61 8	2.93 4	10.5	6	15			
	Yüksek lisans ⁷	8.667	2.08 2	8	7	11			
Pozitif Sonuçlar	Okur- yazar değil ¹	13.30 8	2.25 0	15	9	15			
	Okur- yazar ²	13.41 7	2.37 6	15	7	15			
	İlkokul ³	13.65 7	1.97 9	15	6	15			
	Ortaokul ⁴	13.86 0	2.03 6	15	3	15	18.47 1	0.005	5<3, 4
	Lise ⁵	12.83 1	2.53 7	13	3	15			
	Üniversite 6	13.70 6	1.44 7	14	10	15			
	Yüksek lisans ⁷	11.66 7	3.51 2	12	8	15			
Emosyonel ifadeler	Okur- yazar değil ¹	7.846	1.46 3	8	4	9			
	Okur- yazar ²	7.250	2.27 0	8	2	10			
	İlkokul ³	6.154	2.13 3	6	2	10			
	Ortaokul ⁴	6.116	1.91 2	6	2	10	18.84 1	0.004	1> 3, 4, 5
	Lise ⁵	5.820	2.07 0	6	2	9			
	Üniversite 6	6.059	2.18 7	6	2	10			
	Yüksek lisans ⁷	6.333	2.88 7	8	3	8			
Pozitif kontrol	Okur- yazar değil ¹	7.000	2.88 7	6	3	12			
	Okur- yazar ²	6.958	3.48 3	6	3	15			
	İlkokul ³	9.269	3.55 8	10	3	15	24.17 2	<0.00 1	1, 2 <3, 4, 5,6
	Ortaokul ⁴	9.849	3.25 9	11.5	3	15			
	Lise ⁵	10.28 1	2.98 9	11	3	15			

Negatif sonuçlar ve kontrol	Üniversite ⁶	9.500	3.93 3	11.5	3	15	30.07 8	<0.00 1	1, 2 <3, 4, 5,6
	Yüksek lisans ⁷	11.00 0	4.58 3	12	6	15			
	Okur-yazar değil ¹	10.92 3	4.75 2	10	5	18			
	Okur-yazar ²	10.08 3	4.02 1	9	5	21			
	İlkokul ³	13.15 9	3.92 9	13	5	21			
	Ortaokul ⁴	13.94 2	3.97 4	13.5	6	24			
	Lise ⁵	14.66 3	4.07 3	14	6	25			
	Üniversite ⁶	14.55 9	4.33 6	14	6	25			
	Yüksek lisans ⁷	13.66 7	4.72 6	12	10	19			
	Okur-yazar değil ¹	51.23 1	5.10 2	50	44	62			
B-APQ Yaşlılığı Algılama Anketi	Okur-yazar ²	50.12 5	4.50 4	51	40	58	16.56 5	0.011	2<3,4,6
	İlkokul ³	53.17 4	5.81 0	54	30	68			
	Ortaokul ⁴	54.16 3	5.64 2	55	33	66			
	Lise ⁵	52.85 4	5.31 0	54	36	64			
	Üniversite ⁶	54.44 1	5.32 7	55	45	66			
	Yüksek lisans ⁷	51.33 3	7.76 7	49	45	60			
	Okur-yazar değil ¹	51.23 1	5.10 2	50	44	62			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.13’de B-APQ yaşlılığı algılama ölçüm aracının tüm boyutlarına ait skor puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen okur-yazar olmayan, okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve yüksek lisans mezunu bireylerin, zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, pozitif sonuçlar, emosyonel sonuçlar, pozitif kontrol ve genel yaşlılığı algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık boyutuna bakıldığında; okur-yazar, ortaokul ve lise mezunu olan bireylerin puanları sırasıyla anlamlı ölçüde azalmakta ve ayrıca okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu

olan bireylerin puanları ise lise mezunu olan bireylerden anlamlı ölçüde daha fazladır. Pozitif sonuçlar boyutuna ait bulgulara bakıldığında; lise mezunu olan bireylerin puanları ilkökul ve ortaokul mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Emosyonel ifadeler alt boyutuna ait bulgular incelendiğinde; okur-yazar olmayan bireylerin puanları ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde fazladır. Pozitif kontrol ve negatif sonuçlar ve kontrol boyutlarına bakıldığında; okur yazar olmayan ve okur-yazar olan grupların puanları ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Genel yaşlılığı algılama ölçeğine bakıldığında ise; okur-yazar olan bireylerin puanları ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite gruplarına göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 3.14 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Gelir Düzeyi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık	Gelirim yok ¹	11.711	2.800	12	5	15			
	1000 TL-								
	15.000 TL ²	10.592	3.220	11	3	15			
	15.001 TL-								
	30.000 TL ³	9.547	3.213	9	3	15	22.123	<0.001	1>2>3
	30.001 TL-								
	50.000 TL ⁴	10.357	2.023	11	6	12			
	50.001 TL-								
	100.000 TL ⁵	7.000	2.828	7	5	9			
Pozitif Sonuçlar	Gelirim yok ¹	14.060	1.928	15	6	15			
	1000 TL-								
	15.000 TL ²	13.362	2.341	15	3	15			
	15.001 TL-						16.345	0.003	1>2,3,4
	30.000 TL ³	13.419	1.691	14	8	15			
	30.001 TL-								
		13.286	1.326	14	11	15			

	50.000 TL ⁴								
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	13.500	2.121	13.5	12	15			
Emosyonel ifadeler	Gelirim yok 1000 TL-15.000 TL	6.373	2.458	7	2	10			
	15.001 TL-30.000 TL	6.253	2.006	6	2	10			
	30.001 TL-50.000 TL	5.860	1.989	6	2	10	5.983	0.200	-
	50.001 TL-100.000 TL	6.000	2.287	6	2	9			
Pozitif kontrol	Gelirim yok ¹ 1000 TL-15.000 TL ²	7.602	3.659	6	3	15			
	15.001 TL-30.000 TL ³	9.566	3.349	10	3	15			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	10.523	3.206	12	3	15	33.867	<0.001	1<2,3,4
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	11.286	2.054	11.5	9	15			
Negatif sonuçlar ve kontrol	Gelirim yok ¹ 1000 TL-15.000 TL ²	5.000	2.828	5	3	7			
	15.001 TL-	12.554	4.459	12	5	23			
		13.347	4.091	13	5	25	14.717	0.005	3>1,2

	30.000 TL ³								
	31.001 TL-	13.357	3.225	13.5	8	19			
	50.000 TL ⁴								
	50.001 TL-								
	100.000 TL-	19.000	2.828	19	17	21			
	TL ⁵								
	Gelirim yok	52.301	5.967	53	30	65			
	1000 TL-								
	15.000 TL	53.121	5.739	54	33	68			
	15.001 TL-								
	30.000 TL	54.058	4.907	54	43	65			
	30.001 TL-						5.923	0.205	-
	50.000 TL	54.286	5.165	56	45	62			
	50.001 TL-								
	100.000 TL	48.500	2.121	48.5	47	50			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.14'te B-APQ yaşlılığı algılama ölçüm aracının tüm boyutlarına ait skor puanlarının gelir düzeyi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin gelir düzeylerine göre emosyonel ifadeler ve genel yaşlılığı algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sonuçlara bakıldığında bireylerin gelir düzeylerine göre zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, pozitif sonuçlar, pozitif kontrol ve negatif sonuçlar ve kontrol puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Gelir düzeylerine göre zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık puanları incelendiğinde; geliri olmayan, 1000 TL- 15.000 TL ve 15.001 TL-30.000 TL geliri olan bireylerin puanları sırasıyla anlamlı ölçüde azalmaktadır. Pozitif sonuçlar boyutuna ait puanlar incelendiğinde; geliri olmayan katılımcıların puanları 1000 TL- 15.000 TL, 15.001 TL-30.000 TL ve 30.001 TL- 50.000 TL gruplarına göre anlamlı ölçüde daha fazladır. Pozitif kontrol

boyutuna ait puanlar incelendiğinde; geliri olmayan katılımcıların puanları 1000 TL- 15.000 TL, 15.001 TL-30.000 TL ve 30.001 TL- 50.000 TL gruplarına göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Negatif sonuçlar ve kontrol boyutuna bakıldığında ise gelir düzeyi 15.001 TL-30.000 TL olan bireylerin geliri olmayan ve 1000 TL- 15.000 TL geliri olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tablo 3.15 Yaşlılığı Algılama Ölçüm Aracına Ait Skor Puanlarının Yaşam Biçimi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Me d	Mi n	Mak s	KW	p	Anlamlı fark
Zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	11.000	3.582	12	4	15	5.828	0.323	-
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	11.704	3.506	12	3	15			
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	10.429	3.077	10	3	15			
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	10.491	3.179	11	3	15			
	Yalnız Yaşıyorum	10.325	3.025	11	3	15			
	Diğer	10.750	3.044	12	6	15			
	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	13.433	1.813	14	8	15			
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	13.148	2.537	15	6	15			
Pozitif Sonuçlar	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	13.345	2.105	14	3	15	5.993	0.307	-
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	13.633	2.177	15	3	15			
	Yalnız Yaşıyorum	13.350	2.020	14	6	15			

B-APQ Yaşlılığı Algılama Anketi	a birlikte yaşıyorum ³							
	Eşimle birlikte yaşıyorum ⁴	13.77 1	3.97 4	14	5	25		
	Yalnız yaşıyorum ⁵	13.37 5	4.48 2	12	6	25		
	Diğer ⁶	12.62 5	3.75 7	13	6	19		
	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	53.16 7	5.72 4	54	46	68		
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	50.59 3	5.93 7	51	30	59		
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	53.75 6	5.04 7	54	39	65	6.400	0.269
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	53.11 5	5.69 7	54	33	66		
	Yalnız Yaşıyorum	53.37 5	5.67 4	53.5	33	64		
	Diğer	53.25	7.35 3	55	42	64		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.15'te B-APQ yaşlılığı algılama ölçüm aracının tüm boyutlarına ait skor puanlarının yaşam biçimi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin yaşam biçimlerine göre zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, pozitif sonuçlar, emosyonel ifadeler, pozitif kontrol ve genel yaşlılığı algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sonuçlara göre bireylerin yaşam biçimlerine göre negatif sonuçlar ve kontrol puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Bu farklılık incelendiğinde çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların negatif sonuçlar ve kontrol puanı, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan ve eşi ile yaşayan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

3.3.7 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Sağlık Algıları Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.16 Katılımcıların sağlık durumlarına göre sağlık algısı ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Kontrol merkezi	Çok Kötü	16.091	3.961	16	8	22	9.348	0.053
	Kötü	15.614	5.017	16	5	25		
	Orta	15.915	4.563	16	5	25		
	İyi	16.333	3.964	17	5	25		
	Çok iyi	18.515	5.203	21	9	25		
Öz farkındalık	Çok Kötü ¹	8.364	2.803	9	4	12	36.572	<0.001 (1,2,3<4,5 ve 4<5)
	Kötü ²	9.557	2.033	10	5	13		
	Orta ³	10.010	1.640	10	6	14		
	İyi ⁴	10.570	1.637	11	6	15		
	Çok iyi ⁵	11.758	2.372	12	6	15		
Kesinlik	Çok Kötü ¹	9.818	3.125	9	5	16	39.765	<0.001 (1,2,3<4,5 ve 4<5)
	Kötü ²	11.129	2.884	11	5	19		
	Orta ³	11.597	3.019	12	6	18		
	İyi ⁴	12.874	2.971	13	4	19		
	Çok iyi ⁵	14.424	3.913	15	6	20		
Sağlığın önemi	Çok Kötü	12.909	2.071	13	9	15	1.176	0.082
	Kötü	12.243	2.337	12	4	15		
	Orta	12.224	2.591	13	3	15		
	İyi	12.193	2.508	13	3	15		
	Çok iyi	12.303	3.036	13	3	15		
Sağlık Algısı Ölçeği	Çok Kötü ¹	47.182	6.478	47	37	60	23.812	<0.001 (1,2,3<4,5 ve 4<5)
	Kötü ²	48.543	7.566	48	33	64		
	Orta ³	49.746	7.651	50	25	68		
	İyi ⁴	51.970	7.087	52	32	66		
	Çok iyi ⁵	57.000	11.141	61	39	72		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.16’da katılımcıların genel sağlık durumlarına göre sağlık algısı ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, sağlık durumu çok kötü, kötü, orta, iyi ve çok iyi olanların sağlık algısı ölçüm aracına ait kontrol merkezi ve sağlığın önemi puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bulgulara göre sağlık durumu çok kötü, kötü, orta, iyi ve çok iyi olanların öz farkındalık, kesinlik ve genel sağlık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Öz farkındalık boyutuna bakıldığında, genel sağlık durumu, çok kötü, kötü ve orta olan katılımcıların puanları sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlara göre anlamlı ölçüde daha düşük ve ayrıca genel sağlık durumu iyi olan katılımcıların öz farkındalık puanları çok iyi olanlara göre

anlamli ölçüde daha düşüktür. Kesinlik boyutuna bakıldığında, genel sağlık durumu, çok kötü, kötü ve orta olan katılımcıların puanları sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlara göre anlamli ölçüde daha düşük ve ayrıca genel sağlık durumu iyi olan katılımcıların kesinlik puanları çok iyi olanlara göre anlamli ölçüde daha düşüktür. Genel olarak sağlık algısı ölçüm aracına bakıldığında, genel sağlık durumu, çok kötü, kötü ve orta olan katılımcıların puanları sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlara göre anlamli ölçüde daha düşük ve ayrıca sağlık durumu iyi olan katılımcıların sağlık algısı ölçüm aracına ait toplam puanları ise çok iyi olan katılımcılara göre anlamli ölçüde daha düşüktür.

3.3.8. Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Sağlık Algıları Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.17 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Cinsiyet Grubuna Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	U/ t	p
Kontrol merkezi	Kadın	15.616	4.563	16	5	25	21740.5	0.030^U
	Erkek	16.608	4.483	17	5	25		
Öz farkındalık	Kadın	10.032	1.952	10	4	15	22696.5	0.136 ^U
	Erkek	10.315	1.848	10	4	15		
Kesinlik	Kadın	11.705	3.246	12	4	19	22121	0.057 ^U
	Erkek	12.338	3.146	12	5	20		
Sağlığın önemi	Kadın	11.916	2.566	12	3	15	21244	0.010^U
	Erkek	12.477	2.506	13	3	15		
Sağlık Algısı Ölçeği	Kadın	49.268	8.071	49	25	71	-3.257	0.001^t
	Erkek	51.738	7.852	51	32	72		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, U: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız örneklem t-testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.17’de sağlık algısı ölçüm aracının tüm boyutlarına ait skor puanlarının cinsiyet grubuna göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen kadın ve erkeklerin sağlık algısı ölçeğine ait öz farkındalık ve kesinlik boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ayrıca kadın ve erkeklerin kontrol merkezi, sağlığın önemi ve genel sağlık algısı ölçeklerine ait skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Bu farklılıklar incelendiğinde; kadınların kontrol merkezi, sağlığın önemi ve genel sağlık algısı ölçeklerine ait skor puanları erkeklerden anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 3.18 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Kontrol merkezi	Bekar	15.000	6.861	15.5	6	25	2.691	0.442
	Boşanmış	16.611	3.883	16.5	11	23		
	Eşi vefat etmiş	15.538	5.008	15.5	5	25		
	Evli	16.365	4.339	17	5	25		
Öz farkındalık	Bekar	10.714	1.490	10	9	13	3.875	0.275
	Boşanmış	10.500	1.978	10	6	15		
	Eşi vefat etmiş	9.846	2.297	10	4	15		
	Evli	10.238	1.798	10	4	15		
Kesinlik	Bekar	10.643	3.104	10	7	17	5.570	0.135
	Boşanmış	11.778	3.059	11.5	7	19		
	Eşi vefat etmiş	11.731	3.190	11.5	4	20		
	Evli	12.224	3.206	12	5	20		
Sağlığın önemi	Bekar	12.643	1.946	13	8	15	2.527	0.470
	Boşanmış	11.500	2.771	13	6	15		
	Eşi vefat etmiş	12.077	2.422	12	5	15		
	Evli	12.300	2.582	13	3	15		
Sağlık Algısı Ölçeği	Bekar	49.000	10.612	46.5	34	64	6.381	0.094
	Boşanmış	50.389	6.946	48	42	69		
	Eşi vefat etmiş	49.192	8.608	48.5	33	72		
	Evli	51.126	7.810	51	25	72		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.18’de sağlık algısı ölçeğine ait boyutların skor puanlarının medeni durum gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil olan bireylerin medeni durumlarına göre kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi ve genel sağlık algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.19 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Eğitim Durum Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Me d	Mi n	Mak s	KW/ F	p	Anlamlı fark
Kontrol merkezi	Okur yazar değil ¹	16.38 5	3.66 4	18	11	20	26.48 2	<0.001 kw	3<5,6

	Okur yazar ²	15.167	5.677	15	5	24			
	İlkokul ³	15.294	4.504	16	5	25			
	Ortaokul ⁴	16.221	4.26	16.5	5	25			
	Lise ⁵	17.416	4.444	17	6	25			
	Üniversite ⁶	18.324	3.582	18.5	12	25			
	Yüksek lisans ⁷	22.000	2.000	22	20	24			
Öz farkındalık	Okur yazar değil ¹	9.385	2.599	10	4	12			
	Okur yazar ²	8.958	1.805	9	6	13			
	İlkokul ³	10.274	1.884	10	6	15			
	Ortaokul ⁴	10.221	1.881	10	5	15	14.964	0.021 KW	2<3,4,5,6
	Lise ⁵	10.292	1.779	10	5	15			
	Üniversite ⁶	10.618	1.652	11	7	13			
	Yüksek lisans ⁷	10.000	3.464	12	6	12			
Kesinlik	Okur yazar değil ¹	8.923	2.629	9	5	13			
	Okur yazar ²	10.333	2.761	10	6	15			
	İlkokul ³	11.692	3.075	12	4	20			
	Ortaokul ⁴	12.663	3.274	13	6	20	34.145	<0.001 KW	1<3,4,5,6
	Lise ⁵	12.708	3.152	12	6	20			
	Üniversite ⁶	13.441	2.915	13.5	8	19			
	Yüksek lisans ⁷	13.667	2.887	12	12	17			
Sağlığın önemi	Okur yazar değil ¹	12.231	2.421	11	8	15			
	Okur yazar ²	12.125	1.918	12	9	15	17.152	0.009 KW	3>5
	İlkokul ³	12.532	2.623	13	3	15			

	Ortaokul ⁴	12.30 2	2.55 8	13	3	15			
	Lise ⁵	11.59 6	2.41 5	12	4	15			
	Üniversite ⁶	12.41 2	2.46 3	13	6	15			
	Yüksek lisans ⁷	9.000	3.00 0	9	6	12			
Sağlık Algısı Ölçeği	Okur yazar değil ¹	46.92 3	4.89	46	40	56			
	Okur yazar ²	46.58 3	7.38 9	47	33	60			
	İlkokul ³	49.79 1	8.28	49	25	72			
	Ortaokul ⁴	51.40 7	7.68 6	51	25	72	4.237	<0.001 F	2<6
	Lise ⁵	52.01 1	8.03 3	51	34	71			
	Üniversite ⁶	54.79 4	6.30 4	55	44	68			
	Yüksek lisans ⁷	54.66 7	7.57 2	58	46	60			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan: Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, F: Bağımsız örneklem Anova testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.19’da sağlık algısı ölçeğine ait boyutların skor puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil olan bireylerin eğitim düzeylerine göre kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi ve genel sağlık algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrol merkezi boyutuna bakıldığında; ilkokul mezunu olan bireylerin puanları lise ve üniversite mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Öz farkındalık boyutuna bakıldığında; okur-yazar olan bireylerin puanları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Kesinlik boyutuna bakıldığında; okur-yazar olmayan bireylerin puanları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Sağlığın önemi boyutuna bakıldığında; ilkokul mezunu olan bireylerin puanları lise mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir. Genel sağlık algısı ölçeğine bakıldığında; okur-yazar olan bireylerin puanlarının üniversite mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 3.20 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Gelir Düzeyi Grupları
Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Kontrol merkezi	Gelirim yok ¹	14.711	4.626	15	5	25			
	1000 TL-15.000 TL ²	16.370	4.523	17	5	25			
	15.001 TL-30.000 TL ³	17.221	4.266	17	6	25			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	15.571	4.219	14	12	25	14.084	0.007	1<2,3
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	13.500	3.536	13.5	11	16			
Öz farkındalık	Gelirim yok ¹	9.723	1.803	10	5	15			
	1000 TL-15.000 TL ²	10.189	1.906	10	4	15			
	15.001 TL-30.000 TL ³	10.593	1.881	11	6	15			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	11.000	1.617	10.5	9	15	13.496	0.009	1<3
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	8.000	1.414	8	7	9			
Kesinlik	Gelirim yok ¹	11.060	3.225	11	5	18			
	1000 TL-15.000 TL ²	11.940	3.094	12	4	20			
	15.001 TL-30.000 TL ³	13.372	2.998	13	7	20	22.745	<0.001	3>1,2
	30.001 TL-	11.929	3.605	11.5	8	19			

	50.000 TL ⁴								
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	16.500	3.536	16.5	14	19			
Sağlığın önemi	Gelirim yok ¹	12.566	2.524	13	3	15			
	1000 TL-15.000 TL ²	12.253	2.602	13	3	15			
	15.001 TL-30.000 TL ³	12.012	2.527	12.5	6	15			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	11.429	1.505	12	9	13			
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	12.500	0.707	12.5	12	13			
	Gelirim yok ¹	48.060	8.165	49	25	71			
	1000 TL-15.000 TL ²	50.751	7.666	50	29	72			
	15.001 TL-30.000 TL ³	53.198	8.106	53	35	72			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	49.929	9.691	47	40	69			
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	50.500	6.364	50.5	46	55			
Sağlık Algısı Ölçeği	Gelirim yok ¹	48.060	8.165	49	25	71			
	1000 TL-15.000 TL ²	50.751	7.666	50	29	72			
	15.001 TL-30.000 TL ³	53.198	8.106	53	35	72			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	49.929	9.691	47	40	69			
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	50.500	6.364	50.5	46	55			
	Gelirim yok ¹	48.060	8.165	49	25	71			
	1000 TL-15.000 TL ²	50.751	7.666	50	29	72			
	15.001 TL-30.000 TL ³	53.198	8.106	53	35	72			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	49.929	9.691	47	40	69			
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	50.500	6.364	50.5	46	55			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.20’de sağlık algısı ölçeğine ait skor puanlarının gelir düzeyi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil olan bireylerin gelir düzeyi gruplarına göre sağlığın önemi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sonuçlara göre kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik ve genel sağlık algısı ölçeği puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrol merkezi boyutuna bakıldığında; geliri olmayan birey grubunun puanı geliri 1000 TL- 15.000 TL ve 15.001 TL-30.000 TL olan gruplara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Öz farkındalık boyutuna bakıldığında; geliri olmayan bireylerin puanları geliri 15.001 TL-30.000 TL olan gruplara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Kesinlik boyutuna bakıldığında gelir düzeyi 15.001 TL-30.000 TL olan bireylerin geliri olmayan ve geliri 1000 TL- 15.000 TL olan bireylerden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Genel sağlık algısı ölçeğine göre geliri olmayan bireylerin puanları geliri 15.000 TL-30.001 TL olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 3.21 Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Skor Puanlarının Yaşam Biçimi Gruplarına Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Kontrol merkezi	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	15.767	4.768	16	9	25	5.613	0.346
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	15.667	5.385	16	8	23		
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	16.193	4.546	17	5	25		
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	16.422	4.242	17	5	25		
	Yalnız Yaşıyorum	15.200	4.052	15	6	24		
	Diğer	17.125	7.182	20	5	25		
Öz farkındalık	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	10.667	2.057	11	6	15	6.527	0.258
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	9.074	2.401	10	4	13		
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	10.261	1.783	10	6	15		
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	10.211	1.817	10	4	15		

	Yalnız Yaşıyorum	10.275	1.811	10	7	15		
	Diğer	10.312	2.301	10	6	15		
Kesinlik	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	11.933	3.473	12	7	17		
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	11.222	2.375	11	7	17		
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	12.563	3.359	13	5	19	7.028	0.219
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	12.014	3.116	12	5	20		
	Yalnız Yaşıyorum	11.925	3.165	12	7	20		
	Diğer	11.250	3.768	11.5	4	19		
	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	12.167	2.260	13	6	15		
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	12.407	2.308	12	5	15		
Sağlığın önemi	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	12.294	2.549	13	3	15	5.261	0.385
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	12.307	2.607	13	3	15		
	Yalnız Yaşıyorum	11.525	2.449	12	7	15		
	Diğer	12.562	2.828	13	6	15		
	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	50.533	8.963	49	36	71		
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	48.370	8.210	49	33	64	7.211	0.205
Sağlık Algısı Ölçeği	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	51.311	8.395	52	25	71		

Eşimle Birlikte	50.954	7.507	50	32	72
Yaşıyorum Yalnız	48.925	7.865	47	35	72
Yaşıyorum Diğer	51.250	10.253	53	34	69

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.21’de sağlık algısı ölçeğine ait skor puanlarının yaşam biçimi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil olan bireylerin yaşam biçimlerine göre kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi ve genel sağlık algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

3.3.9 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Algılanan Fayda Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.22 Katılımcıların sağlık durumlarına göre bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Bilgi iletişim teknoloj ilerine yönelik algılana n fayda	Çok Kötü ¹	7.909	8.769	4	4	28	18.267	0.001 (1,2<4, 5 ve 3<5)
	Kötü ²	10.829	8.777	4	4	28		
	Orta ³	13.025	9.125	8	4	28		
	İyi ⁴	15.385	9.482	20	4	28		
	Çok iyi ⁵	14.606	10.124	10	4	28		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.22’de katılımcıların sağlık durumlarına göre bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında katılımcıların sağlık durumlarına göre bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılık incelendiğinde, genel sağlık durumu kötü ve çok kötü olan katılımcıların bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Ayrıca genel sağlık durumu orta olan katılımcıların ise bilgi

iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları sağlık durumu çok iyi olanlara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

3.3.10 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Algılanan Fayda Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.23 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	U	p
Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda	Kadın	13.753	9.070	16	4	28	25486.000	0.546
	Erkek	13.112	9.601	8	4	28		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, U: Mann Whitney U Testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.23’de bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanlarının cinsiyete göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen kadın ve erkeklerin bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.24 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda	Bekar	12.214	9.141	9	4	28	5.892	0.117
	Boşanmış	15.722	7.706	20	4	24		
	Eşi vefat etmiş	11.128	8.758	4	4	28		
	Evli	13.824	9.545	16	4	28		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.24’te bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanlarının medeni durumlarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bekar, boşanmış, eşi vefat etmiş ve evli olan birey gruplarının bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.25 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Eğitim düzeyine Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda	Okur yazar değil ¹	4.000	0.000	4	4	4	83.767	<0.001	5>1,2,3,4 ve 1,2<3,4,5,6,7
	Okur yazar ²	6.875	5.788	4	4	20			
	İlkokul ³	10.726	8.795	4	4	28			
	Ortaokul ⁴	14.488	9.350	20	4	28			
	Lise ⁵	19.348	8.079	22	4	28			
	Üniversite ⁶	18.000	8.068	20	4	28			
	Yüksek lisans ⁷	23.000	5.000	23	18	28			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.25’te bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin eğitim düzeylerine göre bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılıklar incelendiğinde; yüksek lisans mezunu olan bireylerin bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları okur-yazar olmayan, sadece okur-yazar olan, ilkokul ve ortaokul mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha fazladır. Ayrıca sadece okur-yazar olan bireylerin bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları ise ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve yüksek lisans mezunu olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 3.26 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Gelir düzeyine Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda	Geliri m yok ¹	7.952	7.117	4	4	24	64.215	<0.001	1<2<3
	1000 TL-15.000 TL ²	12.826	9.495	8	4	28			
	15.001 TL-30.000 TL ³	19.337	7.492	20	4	28			

30.001						
TL-	18.85	6.200	20	4	28	
50.000	7					
TL ⁴						
50.001						
TL-	18.00	14.14	18	8	28	
100.00	0	2				
0 TL ⁵						

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.26’da bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin gelir düzeylerine göre bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılıklar incelendiğinde aylık geliri olmayan, aylık geliri 1000 TL- 15.000 TL olan ve 15.001 TL-30.000 TL olan bireylerin bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanları sırasıyla anlamlı ölçüde artmaktadır.

Tablo 3.27 Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda Puanlarının Yaşam Biçimlerine Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Bilgi İletişim Teknolojilerine Yönelik Algılanan Fayda	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	11.467	8.772	4	4	28	9.672	0.085
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	9.074	8.004	4	4	28		
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	14.353	9.239	18	4	28		
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	13.404	9.704	8	4	28		
	Yalnız Yaşıyorum	15.375	8.796	20	4	28		
	Diğer	11.750	8.645	9	4	28		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.27’de bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanlarının yaşam biçimlerine göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin yaşam biçimlerine göre bilgi iletişim teknolojilerine

yönelik algılanan fayda puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

3.3.11 Katılımcıların Öznel Sağlık Durumları ile Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.28 Katılımcıların sağlık durumlarına göre eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Çok Kötü ¹	9.545	6.86	4	4	20	10.21	0.037 (2<3,4)
	Kötü ²	10.52	5.74	11.5	4	20		
	Orta ³	12.24	6.01	14	4	20		
	İyi ⁴	12.89	5.61	15	4	20		
	Çok iyi ⁵	12.66	5.73	16	4	20		
		7	7					

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.28’de katılımcıların sağlık durumlarına göre eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçüm aracına ait puanlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında katılımcıların sağlık durumlarına göre eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılık incelendiğinde, genel sağlık durumu kötü olan katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları, sağlık durumu orta ve iyi olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

3.3.12 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.29 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	U	p
Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı	Kadın	11.984	5.768	14	4	20	23624.000	0.422
	Erkek	12.25	5.994	15	4	20		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, U: Mann Whitney U Testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.29’da eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanlarının cinsiyete göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen kadın ve erkeklerin eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.30 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı	Bekar	15.071	5.03	16	4	20	12.09	0.007	3<1,2,4
	Boşanmış	14.889	3.359	16	8	20			
	Eşi vefat etmiş	10.372	6.148	10	4	20			
	Evli	12.276	5.866	14	4	20			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.30’da eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanlarının medeni duruma göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin medeni durumlarına göre eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılık incelendiğinde; eşi vefat etmiş bireylerin eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları bekar, boşanmış ve evli olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Tablo 3.31 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı	Okur yazar değil ¹	9.846	6.866	4	4	20	57.020	<0.001	1,2<5,6
	Okur yazar ²	8.083	5.258	4	4	20			
	İlkokul ³	10.687	5.966	12	4	20			
	Ortaokul ⁴	12.744	5.323	15	4	20			
	Lise ⁵	15.011	4.976	16	4	20			
	Üniversite ⁶	15.353	4.148	16	4	20			
	Yüksek lisans ⁷	12.667	7.767	15	4	19			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.31’de eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin eğitim düzeylerine göre eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılıklar incelendiğinde; lise ve üniversite mezunu olan bireylerin eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları okur yazar olmayan ve sadece okur-yazar olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tablo 3.32 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p	Anlamlı fark
Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı	Gelirim yok ¹	8.614	5.342	4	4	20	47.198	<0.001	1<2<3
	1000 TL-15.000 TL ²	12.245	5.989	15	4	20			
	15.001 TL-30.000 TL ³	14.581	4.651	16	4	20			
	30.001 TL-50.000 TL ⁴	15.714	3.384	16	8	20			
	50.001 TL-100.000 TL ⁵	14.000	8.485	14	8	20			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskall Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.32’de eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin gelir düzeylerine göre eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılık incelendiğinde; aylık geliri olmayan, aylık geliri 1000 TL- 15.000 TL olan ve 15.001

TL-30.000 TL olan birey gruplarının sırasıyla sağlık okur-yazarlığı puanları anlamlı ölçüde artmaktadır.

Tablo 3.33 Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı Puanlarının Yaşam Biçimlerine Göre Karşılaştırmaları

Boyut	Grup	Ort	SS	Med	Min	Maks	KW	p
Eleştirel Sağlık Okur-Yazarlığı	Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	11.633	5.974	12	4	20	8.010	0.156
	Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	8.926	6.765	4	4	20		
	Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	12.370	5.923	15	4	20		
	Eşimle Birlikte Yaşıyorum	12.151	5.844	14	4	20		
	Yalnız Yaşıyorum	13.250	5.017	15	4	20		
	Diğer	13.812	5.516	15	4	20		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, KW: Kruskal Wallis H Testi, p: Anlamlılık değeri

Tablo 3.33'te eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanlarının yaşam biçimlerine göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil edilen bireylerin yaşam biçimlerine göre eleştirel sağlık okur-yazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

3.4 Tartışma

Yaşlanma ve sağlığa ilişkin öz algılar, yaşlı bireylerin birçok boyutuyla fiziksel, psikolojik sağlıkları, sağlık davranışları (Levy ve Myers, 2004; Silva-Smith ve Benton, 2021) sağlık çıktıları, iyi oluş ve yaşam kaliteleri (Velaithan ve diğerleri, 2024) üzerinde belirleyicidir (Westerhof ve diğerleri, 2014; Tully-Wilson ve diğerleri, 2021; Westerhof ve diğerleri, 2023). Bu çalışma, Türkiye'deki yaşlı yetişkinlerin sosyo-demografik durumları, yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin öz algıları, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ve eleştirel sağlık okuryazarlık

düzeyleri arasındaki ilişkileri ve bu değişkenlerin birbirleri üzerindeki etki yollarının ortaya çıkarılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaşlanma algıları (53.176 ± 5.633) orta üstü düzeyde, sağlık algıları (41.806 ± 6.283) orta düzeyde, bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda (13.382 ± 9.376) düşük seviyede ve sağlık okuryazarlığı ise (12.137 ± 5.895) orta düzeyde tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların yaşlanmaya ilişkin algılarının sağlık algılarına göre biraz daha olumlu olduğunu gösterirken tüm boyutların düşük ya da orta düzeye yakın seyretmesi katılımcıların yaşlanma, sağlık, algılanan fayda ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmeye açık olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde aynı ölçeği kullanan Çakmak ve Kaşlı (2020) da çalışmasında yaşlanma algılarının ortalama puanını ($53,95 \pm 6,3$) olarak bulmuş ve bu puanı diğer çalışmalarla karşılaştırarak yaşlıların algılarının olumsuz olarak değerlendirmiştir (Çakmak ve Kaşlı, 2022). Literatürde Türk yaşlı bireylerin yaşlanma algıları ve tutumları üzerine gerçekleştirilen nicel çalışmaların çoğunluğunda yaşlanma algıları ve tutumlarına ilişkin toplam puanları ortalama, ortalama altı ya da düşük çıkmış ve yaşlıların yaşlanma algısı ve tutumları olumsuz tespit edilmiştir (Sözen ve arkadaşları, 2020; Kalıncara ve Sarı, 2022; Akpınar ve arkadaşları, 2023, Kalıncara, Sarı 2023;). Nitel çalışmalarda ise yaşlı bireylerin büyük bir kısmı yaşlanmaya ve yaşlılığa ilişkin olumsuz yaşlanma metaforları kullanmaktadır (Temel ve arkadaşları, 2023; Yılmaz ve Mermutlu, 2023;). Bu bulguların aksine, huzur evinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşlıların yaşlanma algıları olumlu ancak büyük bir kısmının ise depresyon ya da eğiliminde olduğu ortaya konmuştur (Alaca ve arkadaşları, 2022).

Çalışmamızdaki eleştirel sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı bulgularını destekler nitelikte Say Şahin ve arkadaşları (2018) da çalışmalarında yaşlıların sağlık okuryazarlığı ve sağlık algılarını düzeylerini orta düzeyde tespit etmiştir (Say Şahin, Özer ve Songur, 2018). Kerkez ve Şahin (2022) ise 30-60 yaş arası yetişkin bireyler üzerine gerçekleştirdiği araştırmasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini orta üstü, sağlık algısını ise orta düzey olarak elde etmiştir (Kerkez, Şahin, 2022). Ancak çalışmadaki bulguların aksine, Bozkurt ve Demirci (2019), Türk yaşlı

bireylerin büyük bir kısmının yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye’deki farklı etnik kimliğe sahip yetişkinler üzerine yapılan diğer bir çalışmada ise katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük çıkmış, sağlık algıları ise orta düzeyde bulunmuştur (Yiğitalp, Değer ve Çiftçi, 2021). Yine Deniz ve Oğuzöncül (2020), Türk yetişkin bireyler üzerine gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların %77,6’sının yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bulmuştur (Deniz ve Oğuzöncül, 2020). Bu çalışmanın, literatürdeki diğer çalışmalarla olan temel farkı, yaşlıların genel sağlık okuryazarlığı yerine eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyine odaklanmasıdır. Yine, Türkiye’de ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişliği aynı düzeyde değildir (T.C Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2022) ve kırsal bölgede yaşamak yaşlı yetişkinler için sosyal ve sağlık eşitsizlik riskini arttırmaktadır (Yeşil ve Karakaş, 2023; Arun ve Arun, 2011). Dolayısıyla bu farklılıklar, sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarının incelenmesinden, çalışmaların Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerinde yürütülmüş veya farklı örneklemeler kullanılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlı bireylerin teknolojileri kabul ve benimsemelerinde algılanan fayda/kullanışlılık ve kullanım kolaylığı iki temel belirleyicidir (Davis, 1989; Venkatesh ve diğerleri, 2003). Yine, sosyal etki ve kolaylaştırıcı şartlar gibi farklı değişkenlerin eklenerek tasarlanan teknoloji kabul modelinin birleştirilmiş modelinde ise algılanan fayda ve kullanışlılık boyutlarının karşılığı, performans beklentisi ve çaba beklentisidir (Venkatesh ve diğerleri, 2003) Bireylerin algılanan fayda düzeyleri, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kendisi için nasıl faydalı olduğu tutum, inanç ve algısını yansıtmaktadır. Bu inanç ve algılar ise yaş, eğitim, teknoloji tecrübesi (Burton-Jones ve Hubona, 2006), sosyal varlık gösterebilmesi, sosyal norm ve çevresi tarafından belirlenen sosyal etki, fiziksel erişim, sosyal destek gibi değişkenler tarafından şekillenmektedir (Karahanna ve Straub, 1999). Bireylerin teknolojileri benimsemesi ve kullanmasında algılanan fayda temel bir belirleyici olarak direkt bir etkiye sahipken, algılanan kullanım kolaylığı, teknoloji kullanımı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmayıp algılanan fayda aracılığıyla dolaylı bir etkiye sahiptir (Davis, 1989; Mathieson, 1991; Karahanna ve Straub, 1999). Bu sebeple bu çalışmada da yaşlı

bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeyleri incelenmiştir.

Bu çalışmadaki katılımcıların bilgi ve iletişim teknolojilerine (BİT) ilişkin algılanan fayda düzeyleri düşük çıkmasına rağmen Özsungur'un (2018) çalışmasında Adana'daki yaşlıların performans beklenti düzeyi yüksek çıkmıştır (Özsungur, 2018). Benzer şekilde, Macedo (2017), yaşlı yetişkinlerin BİT kullanma niyeti üzerinde performans beklentisinin büyük bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir (Macedo, 2017). Açıkıdilli ve arkadaşları ise (2018) 55 yaş ve üstü bireylerle gerçekleştirdikleri nitel çalışmada, sosyal medya yorumlarını faydalı bulmanın, kullanımı amacıyla belirleyici olduğunu tespit etmiştir (Açıkıdilli ve arkadaşları, 2018). Jokish ve arkadaşları, yaşlılarda yüksek algılanan fayda düzeyinin, yüksek öz yeterlilik ve düşük gizlilik endişenin dijital sağlık hizmetleri kullanma niyetinin arttırdığını ortaya koymuştur (Jokish ve diğerleri, 2022). Buna karşın Chen ve Chan ise (2014) geronteoloji kabülünde kullanım davranışının, algılanan fayda ve kullanım kolaylığından daha iyi bir belirleyici olduğunu ifade etmektedir (Chen ve Chan, 2014).

Literatürde yaşlı yetişkinlerin internet, bilgisayar, sağlık hizmetleri, çevrimiçi hizmetler, eğlence, sosyal iletişim gibi farklı amaçlarla bilgi ve iletişim teknolojilerini kabul etme, benimseme ve kullanma niyetleri; eğitim, algılanan fayda, güvenlik, gizlilik, yaşlı yetişkinlerin gelecekte BİT yeniliklerini kullanmaya yönelik niyetleri (Ma ve diğerleri, 2016), algılanan kullanım faydaları, öznel normlar, algılanan davranış kontrolü, algılanan kullanılabilirlik, duygular ve sosyo-demografik araçlar (Ma, 2015), teknoloji algıları, teknoloji deneyimi/aşinalığı ve teknolojiyi kavramsallaştırma güçlüğü ve teknoloji yardımına duyulan ihtiyaç (Walsh ve Callan, 2011), teknolojiye yönelik olan tutumlar, cinsiyet, kişisel ihtiyaçlar (Nayak, 2010) gibi faktörden etkilenmektedir.

Ma ve arkadaşlarının (2021) yaşlıların teknoloji kabullerine ilişkin çalışmaları incelediği kapsamlı meta analiz çalışmasında; algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı ve sosyal etkinin, yaşlı yetişkinlerin teknolojiyi benimseme konusundaki davranışsal niyetlerle önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Ma ve arkadaşları, 2021). Chen ve Chan (2013) ise Hongkong'daki Çinli yaşlı bireylerle gerçekleştirdiği çalışmalarında geronteolojik ürünlerin kabülünde yaş, cinsiyet, eğitim, teknoloji öz

yeterliliğive kaygısı, sağlık ve yetenek ve kolaylaştırıcı koşullarında etkilediği bulmuştur. (Chen ve Chan, 2014). Bu açıdan değerlendirildiğinde yaşlıların teknoloji kabullerinde algılanan fayda düzeyi haricinde de birçok değişkenin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmadaki yaşlıların algılanan fayda düzeylerinin düşük çıkmasında, tüm bu belirtilen faktörlerin de etkili olabileceğini söylemek mümkündür.

Hem yaşlanma hem sağlık algıları, bireylerin gelecekteki sağlıklarına ve iyi olma hallerine ilişkin öngörüler sunmaktadır (Westerhof ve diğerleri, 2014; Tully-Wilson ve diğerleri, 2021; Westerhof ve diğerleri, 2023). Yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle ilişkili olmasına ve birçok sağlık çıktıları üzerindeki etkilerine rağmen literatürde bu çalışmaları alanları genellikle ayrı ayrı çalışılmıştır. (Benyamini ve Burns 2020). Halbuki bireyin kendi yaşlanma sürecine uyguladığı negatif yaşlanma algılarının birçok sağlık üzerindeki çıktısı olmakta, bu durum öznel sağlık durumu/algılanan sağlık ile ilgili faktörlerle örtüşmektedir (Wurm ve diğerleri, 2017; 4-6; Benyamini, Burns, 2020, s. 477-478). Bu bağlamda, yaşlanmaya ilişkin öz algılar ile sağlık algısı/algılanan sağlık arasındaki ilişkiler literatürde sınırlı düzeyde çalışıldığı için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacı da dikkate alarak bu çalışmada öncelikle Spearman korelasyon analizi ile yaşlı bireylerin yaşlanma ve sağlıkları, BİT'e yönelik algılanan fayda düzeyleri ve eleştirel sağlık okuryazarlık durumlarına arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Daha sonra bu değişkenlerin birbirleri üzerindeki etki ve ilişki yollarının ortaya çıkarılması amacıyla yol analizi gerçekleştirilmiştir.

Korelasyon analizi bulgularına göre yaşlıların BİT'e ilişkin algılanan fayda düzeyleri ile eleştirel sağlık okuryazarlığı arasında orta düzeyde pozitif yönlü, yaşlanma ve sağlık algıları arasında ise düşük düzeyde pozitif anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ($r > 0$, $p < 0$) Yol analizindeki kovaryans bulgusuna göre de yaşlıların yaşlanma ve sağlıkları arasında aynı yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki mevcuttur ($B > 0$, $p < 0.05$). Çalışmamızdaki bu bulgular, yaşlı bireylerin yaşlanma ve sağlık algılarının, sağlık çıktıları üzerindeki diğer ikili etki/ilişki çalışmalarının haricinde, birbirleriyle de düşük düzeyli, pozitif ve aynı yönlü bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Bir başka ifadeyle, yaşlıların sağlık veya yaşlanma algılarından birindeki olumlu artış, diğer algısını da aynı oranda arttırmaktadır. Ters bir durumda, sağlık ya da yaşlanma algılarından birindeki bir azalış, diğer algının da azalmasına neden olmaktadır. Bu durum, yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle

olan psikolojik bağı göstermesi açısından önemlidir. Çalışmada yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki ilişki düzeyinin pozitif yönlü ancak düşük çıkmasında, yaşlanma ve sağlık algıları üzerinde belirleyici diğer birçok bireysel, kültürel ve sosyo-demografik değişkenlerin (Levy ve diğerleri, 2002a, s. 499-500; Eurostat, 2021) var olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Çalışma bulgularına paralel şekilde literatürde yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki ilişkiler, aracılık ve düzenleyici değişkenlerle birlikte ele alınmıştır. Jang ve arkadaşları (2004) sağlıkla ilgili faktörler ile yaşlanma algısı arasındaki ilişkide sağlık algısının aracı etkisinin olduğunu tespit etmiştir. Yine öznel yaş ve mortalite ilişkisinde Westerhof ve Wurm (2015), sağlık algısının aracılık etkisini ele almışken, Benyamini ve Burns (2020), yaşlanma algıları ve mortalite arasında sağlık algısının anlamlı bir aracılık ilişkisinin olmadığını ortaya koymuştur (Benyamini ve Burns, 2020). Yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki davranışsal bağı açıklamaya çalışan çalışmalar da vardır. Beyer ve arkadaşları (2015), kronik rahatsızlıkları olan yaşlı yetişkinler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, yaşlanmaya ilişkin öz algılar ile öznel sağlık (self-rated) arasındaki ilişkide fiziksel aktivitenin kısmen aracılık etkisinin olduğunu, daha olumlu yaşlanma algısı, daha yüksek düzeyde fiziksel aktivite ile ilişkilendirilmiş ve bu durumun da zaman içinde daha iyi bir öznel sağlığı öngördüğü belirlenmiştir (Beyer ve arkadaşları, 2015). Jimanez ve arkadaşları (2024) yaşlanmaya ilişkin öz algılar ile algılanan sağlık arasında bilişsel işlev ve fiziksel aktivitenin aracı rolünün olduğunu tespit etmiştir. Bu konuda, yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle olan psikolojik, davranışsal bağları, aracı ve düzenleyici faktörlerinin daha kapsamlı, boylamsal çalışmalarla incelenerek kavramlar arası teorik boşlukların da giderilmesi yerinde olacaktır.

Çalışmadaki yol analizinin regresyon sonuçlarına göre yaşlı yetişkinlerin BİT'e yönelik algılanan fayda düzeyleri eleştirel sağlık okuryazarlığını pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemektedir ($B > 0$, $p < 0.05$). Yine daha önce belirtildiği gibi korelasyon analizinde yaşlıların algılanan fayda düzeyleri ile eleştirel sağlık okuryazarlığı arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak, Mackert ve arkadaşları (2016), yetişkinlerin sağlık enformasyon teknoloji kullanımları, bu teknolojilere yönelik algıladıkları fayda ve kullanım kolaylığı ile sağlık okuryazarlıkları arasında bir ilişki bulmuş, sağlık okuryazarlığı düşük katılımcıların sağlık enformasyon teknolojilerini kullanma,

bunları kolay veya yararlı olarak algılama olasılığının daha düşük olduğu belirlemiştir. (Mackert ve diğerleri, 2016).

Benzer şekilde, hamile kadınlar üzerinde yapılan diğer bir çalışmada e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının enformasyon teknolojileri kabullerini arttırdığını, enformasyon teknoloji kabülünün artmasının ise kendileri ile ilgili enformasyon paylaşım motivasyonunu sağladığını ortaya koymuştur (Rahdar ve diğerleri, 2023). Bununla birlikte Hsieh ve Lai (2020), araştırma modellerinde sağlıkla ilgili enformasyon teknolojilerinin kabulünde sağlık okuryazarlığının algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığını etkileyen güçlü bir belirleyici olarak tespit etmiştir (Hsieh ve Lai, 2020).

Öte yandan, Irizarry ve arkadaşları (2017) karma yöntemli çalışmasında yaşlı yetişkinlerin sağlık hizmetlerine katılımında hasta portallerini benimseme, kullanma motivasyonları ve algılanan fayda ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki tespit etmemiştir (Irizarry ve diğerleri, 2017). Diğer bir çalışmada da ebeveynlerin internet ve cep telefonu kullanımlarıyla sağlık okuryazarlığı ilişkiliyken, farklı sağlık okuryazarlığına sahip katılımcılar ile kullanma arzuları arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir (Meyers ve diğerleri, 2020). Literatürdeki çalışmalarda sağlık okuryazarlığının teknoloji kabulü, kullanımı, algılanan fayda üzerindeki rolüne odaklanılmış, sağlık okuryazarlığı temelde bağımsız değişken olarak incelenmiştir. Mevcut çalışmalardan farklı olarak bu çalışmamızda, yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojileri kabullerinde belirleyici bir faktör olan algılanan fayda düzeyinin de eleştirel sağlık okuryazarlığını etkilediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda, çalışmanın bulguları, yaşlı yetişkinlerin BİT'leri ne ölçüde faydalı olarak algıladıklarının, sağlık enformasyonlarını anlama, eleştirel bir şekilde analiz etme ve sağlıkları için uygulama becerilerini (Nutbeam, 2000; Nutbeam ve Lloyd, 2021) etkileyebileceğini göstermektedir. Bu durum, sağlık bilgilerinin yanı sıra bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaşlı yetişkinler tarafından kabul edilme düzeyinin de dikkate alınmasının gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızdaki regresyon analizinin diğer bir bulgusunda ise yaşlı bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algılarını pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir ($B>0$, $p<0.05$). Çalışmanın bulgularını destekler nitelikte, Say Şahin ve arkadaşları (2018) da Türkiye'deki yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık algıları arasında pozitif bir ilişki tespit etmiştir

(Say Şahin ve arkadaşları, 2018). Bu konuda farklı örneklerle gerçekleştirilen çalışmalarda, Türkiye’deki yetişkin bireylerin (Yiğitalp ve arkadaşları, 2021; Gül ve Erci, 2022), gebelerin (Filiz, 2015; Akça ve arkadaşları, 2020, Tugut ve arkadaşları, 2021), öğrencilerin (Kıbrıs ve Kızılkaya, 2023) sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlık algıları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Korelasyonun gücü açısından ise üniversite personeliyle gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında orta düzeyli (Kerkez ve Şahin 2022), mermer işçilerinde ise düşük düzeyli, pozitif yönlü bir ilişki ortaya konmuştur. Elde edilen tüm bu bulgular, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasının, olumlu sağlık algılarını da artırdığını kanıtlamaktadır. Önceki çalışmalarla uyumlu olan bu bulgu, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede, sağlık enformasyonuna erişim, kullanım, değerlendirme ve kendi sağlıklarına uygulama biçimi olan eleştirel sağlık okuryazarlığının, sağlık algıları üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir.

Yol analizi bulgularına göre, araştırma modeli bütünsel bir şekilde değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerin yaşlanma ve sağlık algılarının birbiriyle bağımlı belirleyiciler olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple, yaşlıların tek başına sağlık ya da yaşlanma algılarına odaklanmak yerine, bu iki algının birlikte dikkate alınmasının, yaşam kalitelerinin artırılması ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, yaşlı yetişkinlerin bilgi ve iletişim teknolojilerini benimsemeleri ve bu teknolojileri faydalı algılamaları, eleştirel sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilemekte; eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi ise yaşlıların sağlık algılarını etkilemektedir. Bu haliyle çalışmamızda, sağlık iletişimde sağlık kararları, davranışları ve çıktılarının öncül belirleyiciler olan yaşlanma ve sağlık algısı süreçlerinin nasıl işlediğine dair bir model sunulmaktadır (Levy ve Myers, 2004; Silva-Smith ve Benton, 2021; Velaithan ve diğerleri, 2024; Westerhof ve diğerleri, 2023)

Yaşlı yetişkinlerin yaşlanma ve sağlık algıları, algılanan fayda ve eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde sosyo-demografik değişkenler de belirleyicidir. Çalışmada yaşlı bireylerin sosyo-demografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu, yaşam biçimi, algılanan sağlığı) bir kısmının yaşlanma, sağlık algıları, eleştirel sağlık okuryazarlık ve algılanan fayda düzeyleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların genel yaşlılığı algılama ve alt boyutları ile cinsiyet ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamakla

birlikte ($p>0.05$), eşi vefat eden yaşlılara ait negatif sonuçlar ve kontrol boyutuna ait skor puanları eşinden boşanmış ve evli olan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Bir başka ifadeyle dul yaşlı yetişkinler, yaşlanmanın negatif sonuçlarının yönetilmesi ve kontrol edilmesinde (Özkaptan ve arkadaşları, 2019) evli bireylere göre daha zayıf kalmaktadır. Böyle bir farkın oluşmasında özellikle başta yaşlı dul veya boşanmış kadınlar olmak üzere medeni durum ve cinsiyete dayalı sosyal, ekonomik ve sağlık eşitsizliklerinin oluşması (Arber, 2004; Lurie ve Stier, 2022), yaşlı kadınlarda evlilik ilişkilerinin ve dulluğun yaşlanmanın anlamlandırılmasında önemli bir yere sahip olmasıyla açıklamak mümkündür (Osorio-Parraguez, 2013).

Yaşlılığı algılama ölçeğindeki zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, bireyin kendi yaşlı hissetmesi, yaş farkındalığı, ya da yaşlılıkla özdeşleştirilmesi; pozitif sonuçlar, yaşlılığın olumlu sonuçları olduğuna inanma; emosyonel ifadeler, yaşlanmaya karşı kaygı, depresyon ve endişe gibi olumsuz duygusal temsilleri; pozitif kontrol, yaşlılıkta olumlu deneyimleri yönetebileceğine, olumlu yönleri üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğuna inanma; negatif sonuçlar ve kontrol ise bireyin yaşlanmanın olumsuz etkileri olduğuna ve bu olumsuz etkileri yönetemeyeceğine inanmasını ifade eder (Barker ve arkadaşları, 2007; Sexton ve arkadaşları, 2014).

Çalışmada yaşlı bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça olumlu yaşlanma algılarının yükseldiği, ancak ölçeğin zaman süreci yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık, pozitif sonuçlar ve emosyonel ifadeler alt boyutları açısından ise negatif bir ilişki söz konusudur. Yine, gelir düzeyi ile genel yaşlılığı algılama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, yaşlanmayla ilgili sürekli farkındalık ve pozitif sonuçların gelir durumu ile negatif bir ilişkisi varken, pozitif kontrol ile negatif sonuçlar ve kontrol boyutları arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu bulgular, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça yaşlı bireylerin kendilerini daha az yaşlı hissetme veya yaşlılıkla özdeşleştirmeme, daha az olumsuz yaşlılık temsillerine sahip olma eğiliminde olduklarını; yaşlılığın olumlu sonuçlarına olan inançlarının azalırken, yaşlanmanın olumsuz etkilerine olan inançlarının arttığını göstermektedir. Buna karşın, yaşlanmanın olumlu ve olumsuz sonuçlarını yönetebileceğine olan inanç ve kontrol duyguları artmaktadır.

Aynı ölçekleri kullanan Çakmak ve Kaşlı (2022) ile Akpınar ve arkadaşları da (2023) yaşlıların eğitim düzeyi arttıkça yaşlanma algısının arttığını tespit etmiştir. Ek olarak Koçak ve arkadaşları (2023), benzer şekilde gelir düzeyi arttıkça olumlu yaşlılık algısının arttığını bulmuştur. (Çakmak ve arkadaşları, 2022; Akpınar ve arkadaşları, 2023). Koreli yaşlı yetişkinler üzerine yapılan bir çalışmada (2004), daha düşük eğitim seviyesi ve ekonomik statüye ve çeşitli sağlık sorunlarına sahip olan yaşlı bireylerin yaşlanma ve sağlıkla ilgili daha olumsuz bir öz algıya sahip oldukları bulunmuştur (Jang ve diğerleri, 2004). Yine benzer şekilde yaşlanma algısı ve zihinsel sağlık üzerine yapılan diğer çalışmada (2012) olumsuz yaşlanma algısına sahip Çinli Yaşlı kadınların bu durumu, düşük eğitim seviyesi, zayıf finansal durumla ilişkilendirilmiştir (Bryantan aktaran Velaithan ve diğerleri, 2024). Daha iyi finansal duruma sahip olmak ise olumlu yaşlanma algısı ve iyi öznel fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmiştir (Bryant, 2012, s. 1674-1679).

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaşam biçimlerine göre yaşlılık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Sadece çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların negatif sonuçlar ve kontrol puanı, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan ve eşi ile yaşayan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşüktür. Bu durum, çocuklarının ailesi yanında yaşayan yaşlıların daha fazla yaşlanmanın olumsuz sonuçları olduğuna ve bu olumsuz etkileri yönetemeyeceğine olan inancı göstermektedir. Çakmak ve Kaşlı (2022) da çalışmasında benzer şekilde çocuklarıyla beraber yaşayan yaşlıların, eşiyle beraber yaşayan yaşlı bireylere göre yaşlanma algısının daha düşük olduğunu bulmuştur (Çakmak ve Kaşlı, 2022) Yine, yaşam biçimi açısından partneri olan bireylerin olmayanlara göre daha olumlu yaşlanma algısına sahip oldukları tespit edilmiştir (Bryant, 2012, s. 1679). Bu bulgular, eşi vefat etmiş yaşlıların sonuçlarıyla tutarlıdır. Böyle bir sonucun çıkması, yaşlı bireylerin kendilerine ait bir evde, sosyal ve psikolojik destek sağlayacak eş ve çocuklarının önemini göstermektedir. Öte yandan, evli bireylerin ilişki kalitesi de yaşlanma algısında belirleyici olmaktadır. Evli erkeklerin yaşadıkları ilişki gerginliği daha olumsuz yaşlanma algısıyla ilişkilendirilmektedir. (Kim ve diğerleri, 2021).

Sosyo-demografik değişkenlerin yanında, yaşlanma ve sağlık algılarının fiziksel sağlık, kişilik özellikleri sosyal ve psikolojik faktörler gibi çok çeşitli belirleyicileri bulunmaktadır. Yaşlanma ve sağlık algılarının en çok etkileyen potansiyel belirleyicisi sağlıkla ilişkili faktörlerdir. Sosyal açıdan aile, arkadaş ve

sosyal çevre desteği de yaşlanma ve sağlık algısında belirleyici olmaktadır (Caetano, 2013).

Çalışmadaki katılımcıların sağlık algıları ve sosyo-demografik durumları arasındaki ilişkiler incelendiğinde yaşlı kadınların, erkeklere göre sağlıklarını daha olumsuz algıladığı tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularını destekler nitelikte Alarcão ve arkadaşları (2019) kadın olmanın, kendi sağlığını (öznel sağlığını) kötü değerlendirme riskini artırdığını ortaya koymuştur. (Alarcão, 2019). Kalitatif başka bir çalışmada (2016) kadınların erkeklere göre daha negatif yaşlanma algısına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Lin, 2016). Bu çalışmaların aksine, Kim ve arkadaşları (2021) ise cinsiyet ile yaşlanma algıları arasında bir fark tespit etmemiştir (Kim ve diğerleri, 2021). Çalışmada ise katılımcıların medeni durum ve yaşam biçimleri ile sağlık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yine çalışma bulgularına göre yaşlı bireylerin eğitim ve gelir düzeyi arttıkça olumlu sağlık algıları artmaktadır. Beklendiği gibi bu bulgular, literatürle tutarlıdır. Türkiye’de yaşlı bireyler üzerine yapılan bir çalışmaya göre, düşük eğitim seviyesi ve ekonomik durumun sağlıksız davranışları ve olumsuz sağlık algısını artırdığı tespit edilmiştir (Şimşek ve diğerleri, 2013). Malezya’daki yaşlılar üzerinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada da katılımcıların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça, sağlık algıları da artmaktadır (Mohamad Fuad ve arkadaşları, 2020).

Yaşlı bireyler gençlere göre daha olumlu sağlık algılarına sahipken, eğitim düzeyi yüksek yaşlıların öznel sağlık algıları da daha yüksektir (Cockerham ve diğerleri, 1983). Bu bakımdan yaşlı bireylerde düşük gelir, zayıf öznel sağlık durumu ile ilişkilendirilmektedir (Caetano, 2013). Buna karşın ileri yaş ve düşük eğitim düzeyi, daha yüksek bir yaşam tatmini ile ilişkilendirilmiştir (Pan ve diğerleri, 2019).

Yaşlı bireylerin BİT kullanım ve kabulü; algılanan fayda düzeyleri (yaşam üzerindeki algılanan etki, algılanan fayda, ihtiyaç tatmini), öznel normlar, algılanan davranış kontrolü ve algılanan kullanılabilirlik ve sosyo-demografik araçlar tarafından etkilenmektedir (Ma ve diğerleri, 2015). Bu açıdan, yaşlı bireyler için bireysel avantajlar, fayda, yararlılık, ilgi ve adaptasyon BİT’nin kullanım ve benimsenmesinde direkt ilgili olup, algılanan fayda, kullanımın belirleyicisidir (Hernández-Encuentra ve diğerleri, 2009, s. 239-240). Bu noktada, teknolojinin algılanan kullanım kolaylığı, bu kaynakların algılanan faydası üzerinde olumlu bir

etkiye sahipken, BİT'nin algılanan kullanışlılığı, bu kaynakları kullanma niyeti üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir (Liesa-Orús ve diğerleri, 2023).

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kabulünde sosyo-demografik faktörler de bireylerin algılanan fayda düzeylerini etkilemektedir (Tambotoh, 2015; Ma ve diğerleri, 2015). Çalışmadaki katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaşam biçimleri ile algılanan fayda düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Chen ve Chan (2014) teknolojiye ilişkin tutum ve inançlar açısından cinsiyet farkı bulunmadığını tespit etmiştir (Chen ve Chan, 2014). Ancak bu çalışmadaki bulguların aksine yalnız yaşamanın teknoloji kabulünü arttırdığını gösteren çalışmalar da vardır (Chimento-Díaz ve arkadaşları, 2022).

Ha ve Park'ın (2020) yaşlı yetişkinlerle gerçekleştirdiği çalışmasında yaş ve eğitim düzeyi, teknolojinin kabulünü yordayan önemli faktörler olarak bulunmuştur. Bu durum, yaşın teknoloji kullanımını doğrudan etkilediğini ve eğitim seviyesi yükseldikçe teknoloji kullanımının arttığını göstermektedir (Ha ve Park, 2020) Güney Afrika'da yakın zamanda yapılan diğer bir çalışma da yaş ve eğitimin teknoloji üzerinde önemli bir etkisi olduğu bildirmiştir (Jarvis ve diğerleri, 2020). Yaşlı yetişkinler arasında daha genç bir yaşa sahip olma, yüksek eğitim seviyesi ve yalnız yaşama, yerinde yaşlanma teknolojilerinin kullanımının daha fazla kabul görmesiyle ilişkilendirilmiştir (Chimento-Díaz ve arkadaşları, 2022). Literatürdeki bulgularla uyumlu şekilde çalışmaya katılan yaşlıların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça algılanan fayda düzeyleri de artmaktadır ($p<0.05$).

Teknoloji maliyetleri de yaşlı yetişkinlerin davranış niyetini etkileyen kritik bir faktör olarak bulunmuştur. Hong Kong'taki Çinli Yaşlı yetişkinler üzerine yapılan bir çalışma, maliyet toleransının akıllı telefonun kabulü üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu, daha yüksek maliyet toleransının algılanan kullanım kolaylığını, algılanan faydayı ve davranışsal niyeti arttırdığını ortaya koymuştur (Ma ve diğerleri, 2016). Chen ve Chan (2014) da çalışmasında yüksek ekonomik statü ve eğitim seviyesine sahip yaşlı yetişkinlerin gerontechnoloji kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Chen ve Chan, 2014). Literatürde tüm bu bulgularla uyumlu şekilde çalışmada yaşlıların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça algılanan fayda düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmadaki algılanan fayda düzeyi bulgularına benzer şekilde, yaşlıların gelir ve eğitim düzeyleri arttıkça eleştirel sağlık okuryazarlıkları da artmaktadır ($p<0.05$). Beauchamp ve arkadaşları da (2015) düşük eğitim seviyesine sahip Avustralyalı yetişkinlerin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bildirmiştir (Beauchamp ve diğerleri, 2015) Çalışma sonucunda elde edilen bu bulguların, sağlık okuryazarlığının sosyo-ekonomik ve demografik eşitsizliklerle sağlık çıktıları, davranışları arasındaki aracı rolünün bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Van Der Heide ve arkadaşları, 2013). Bu görüşü destekleyen diğer bir inceleme çalışması, başta eğitim düzeyi olmak üzere dezavantajlı sosyo-demografik faktörlerin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasına neden olduğunu ve sağlık okuryazarlığının sosyo-ekonomik değişkenler ve sağlık durumu arasında aracılık etkisinin olduğunu tespit etmiştir (Stormacq ve diğerleri, 2019) Bu çalışma, Türkiye’deki yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ve sağlıkları üzerindeki kritik belirleyicilerden olan yaşlanma ve sağlığa yönelik öz algılamaları, bu algılar üzerindeki ilişki ve etki mekanizmaları, yaşlıların sosyo-demografik faktörleri, bilgi ve iletişim teknoloji kabulüne yönelik algılanan fayda ve eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri çerçevesinde kapsamlı bir şekilde incelemektedir. Çalışma, bu düzeyde etki ve ilişkileri inceleyerek sağlık iletişimi disiplininde çalışma eksikliği bulunan yaşlanma, sağlık algıları ile bilgi ve iletişim teknolojileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki bağı, kanıta dayalı bir şekilde kurmaktadır.

Tüm bunların yanında araştırma bulguları, çalışmanın teorik çerçevesini oluşturan yaşam boyu gelişim teorisi ve yaşam seyri yaklaşımıyla büyük ölçüde uyumlu bir görünüm çizmektedir. Çalışma, yaşlıların yaşlanma ve sağlık algılarını etkileyen sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik birçok şartların belirleyici olduğunu, medeni durum, cinsiyet, gelir düzeyi ve eğitim durumu, yaşam biçimi boyutları, kesişimsellik perspektifiyle ele alında sağlık ve yaşlanma algılarında olduğu gibi yaşlıları yeni alanlarda da avantajlı ya da dezavantajlı duruma sokmaktadır. Burada her bir faktörü ikili okumak yerine, keşişen faktörler açısından ele alındığında kümalatif, çok boyutlu ve ilişkisel bir şekilde değerlendirme yapmak mümkündür (Arun, 2015). Mikro düzeyde çalışma bulguları, eşi vefat etmiş, yoksul yaşlı kadınların, eğitim ve gelir düzeyi düşük yaşlı erkeklerin diğer yaşlılara göre sosyo-demografik açıdan daha dezavantajlı olduğunu, bu olumsuz faktörlerin birleşiminde ise yaşlıların yaşlanma ve sağlık algılarının olumsuz olmasına neden olmaktadır. Öte yandan gelir ve eğitim durumu iyi yaşlı bireylerin ise yaşlanma ve sağlık algıları daha olumlu olmakta, bu durum daha iyi fiziksel, psikolojik sağlık çıktıları, yaşam kalitesi ve iyi oluş hallerine

sahip olmalarına imkan tanımaktadır (Levy ve Myers, 2004; Silva-Smithve Benton, 2021, Velaithan ve diğlerleri, 2024)

Makro düzeyde ele alındığında ise yaşlıların gelir, eğitim, cinsiyet temelli avantaj ya da dezavantajlarını Türkiye'nin yapısal sorun ve gerçeklerinden azade incelemek gerçekçi değildir. Türkiye'deki kadınlar yıllar boyunca erkeklere göre daha düşük eğitim düzeyine, gelire ve iş gücüne katılım oranına sahip olmuştur. Kadınların ortalama eğitim süresi 8,5 yıl erkeklerin ise 10,5 yıl iken iş gücüne katılım oranında bu uçurum derinleşmektedir. Kadınların iş gücüne katılım oranı %35,1, erkeklerde ise bu oran %71,4'tir. Daha çarpıcı olan ise erkeklerle aynı yükseköğretim seviyesine sahip kadınların ortalama ücret maaş farkı %19,2'dir (TÜİK, 2024d).

Öte yandan yaşlı yoksulluk oranı 2019 yılından beri giderek artmaktadır (TÜİK, 2024b). 2024 yılı itibariyle Türkiye'de birçok yaşlı birey açlık sınırında, çoğunluğu ise yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (TÜRK-İŞ, 2024). Bu durumun temel nedenlerinden biri de yaşlıların refahını koruyamayan, gelir adaletsizliği ve yoksullaşmaya neden olan sosyal güvenlik sistemi oluşturmaktadır (Gökbayrak, 2010). “Demografik yaşlanma gerekçeleriyle” yapılan sosyal güvenlik düzenlemelerinde çelişkili bir şekilde demografiden bağımsız genç işsizlik oranı 2005 yılından günümüze ortalama %19 düzeyinde gerçekleşmiştir (TÜİK, 2024c). Tüm bu durumlar ise çalışmadaki sosyo-demografik faktörleri de kuşatan çevresel, sosyal ve sistemsal bağlamın ve durumların yaşlıları etkilediğini göstermektedir.

4. YAŞLILARIN SAĞLIK ENFORMASYON ARAYIŞLARI KAPSAMINDA İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ KULLANIM PRATİKLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Dünyadaki 65 yaş ve üstü nüfusun giderek artmasıyla birlikte yaşlı yetişkinlerin bilgi ve iletişim teknoloji (BİT) kullanımları giderek daha fazla ilgiyle araştırılmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin bu teknolojileri kullanma şekilleri, teknoloji kabullerindeki belirleyici değişkenler, engeller (Lee ve Coughlin, 2015; Blok ve diğerleri, 2020) ve bilgi iletişim teknolojilerinin yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkileri ön plana çıkmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar, bilgi iletişim teknolojileri kullanımlarının bireyin yaşam kalitesini etkilediğini, sosyal destek, sosyal bağlılık ve sosyal izolasyon konusunda bireyleri kısa süreli olumlu yönde etkilediğini (Chen ve Schulz, 2016; Casanova ve diğerleri, 2021) yaşlı yetişkinlerin aile, arkadaş gibi yakın çevresiyle bağlantıda kalmasını sağlayarak yalnızlığı azalttığı (Thangavel ve diğerleri, 2022) ortaya konmuştur. Bununla birlikte bireylerin düşük dijital okuryazarlığın yaşam kalitesi ve sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği ortaya konulmuştur (Nedeljko ve diğerleri, 2021, s. 645).

Bireylerin mortalite, davranışsal ve metabolik risk faktörleri, sağlık durumları üzerinde etkiye sahip yalnızlık ve sosyal izolasyona karşı (Holt-Lunstad, 2021, s. 437), Dünya Sağlık Örgütü, bilgi ve iletişim teknolojilerini daha erişilebilir ve kullanılabilir kılınması, tüm paydaşların katıldığı bir politika stratejisi olarak önermektedir (WHO, 2021). Bilgi iletişim teknolojileri sahipliği ve kullanımı yaşlı bireylerin kendi yaşamları üzerindeki kontrol duygusunu ve bağımsızlıklarını teşvik etmekte, uzaktan sağlık ve sosyal bakımı imkanı sağlamakta ve bireylerin acil durumlar için kendilerini güvende hissetmeleri, sosyal katılım, psikolojik iyilik halleri, fiziksel kapasiteleri üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Damant ve diğerleri, 2017, s. 1681, s. 1697).

Yaşlı bireylerin, sağlıkla ilgili bilgi ve iletişim teknolojilerini kabul etmeleri ve benimsemelerinin etkileyen birçok olumlu ve olumsuz faktör bulunmaktadır. Özellikle yaşlı bireyler; bağımsız yaşamlarını destekleyen, artırılmış emniyet, güvenlik sağlayan, sosyalleşmelerine, kendi sağlıklarını yönetmelerine imkan tanıyan ve günlük

yaşamlarındaki kendilerine yardımcı olan sağlıklı ilgili bilgi ve iletişim teknolojilerini tercih etmektedir (Vassli, ve Farshchian, 2018, s. 106-107). Yaşlıların sağlığa yönelik sağlık enformasyon ve dijital sağlık gibi bilgi iletişim teknolojilerinin kabullerinde temel belirleyicilerinden biri de algılanan fayda düzeyidir. Bir başka ifadeyle yaşlı yetişkinlerin sağlık ile ilgili enformasyon ve iletişim teknolojilerini ne kadar faydalı ve ihtiyacı olarak gördükleri ve algılamaları BİT kabulünde olumlu ya da olumsuz düzeyde etkilemektedir (Wu ve diğerleri, 2015, s. 193; Demiris, 2008; Jung ve Loria, 2010). Bu açıdan teknoloji kabulünde, kullanıcıların teknolojiyi faydalı (perceived usefulness) ve yararlı görmeleri, algılanan maliyetten daha etkili bir belirleyici olup bireylerin çaba harcayabileceğini gösterirken, fayda eksikliği kullanıma ilişkin erişilebilirlik, kullanılabilirlik gibi boyutlardan daha önce gelmektedir (Price ve diğerleri, 2013, s. 193).

Öte yandan, yaşlıların bilgi ve iletişim kullanımları üzerinde teknik sorunlar, sağlığın bozulması, bilişsel ve duysal kayıp, teknik yetkinliğin azlığı birçok zorluk ve bariyer bulunmaktadır (Jøranson ve diğerleri, 2023, s. 7). Yine sağlık enformasyon teknolojilerinde kullanıcıların “teknolojik rahatsızlıkları, gizlilik veya güvenlik endişeleri, göreceli avantaj eksikliği” gibi nedenler de teknoloji kabulünü olumsuz etkilemektedir (Young, 2014, s. 130-132) Bu sebeple literatürde BİT kullanımlarının olumlu yönde olduğu kadar olumsuz etkilerini ya da karma sonuçları gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Damant ve diğerleri, 2017, s. 1681, s. 1697). Yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı ve yararlanması önündeki temel bariyerlerden biri teknolojiye yönelik bilişsel zorluklar, teknik kontrol ve yetkinlik eksikliği, kaygı ve endişe gibi nedenlerle oluşan dijital uçurum (Wu ve diğerleri, 2015, s. 196) ve sahip oldukları sosyo-ekonomik faktörler, yaşam geçmişi ve kullanım yetkinliği kaynaklı dijital eşitsizliklerdir (Hargittai ve diğerleri, 2019).

Günümüzde yaş, cinsiyet, etnik köken, toplumsal sınıf, sosyo-ekonomik durum gibi devam eden sosyal eşitsizliklerle birlikte dijital eşitsizliklerin etkisi sağlık hizmetleri, siyaset ve ekonomik gibi bireysel ve toplumsal düzeyde etkisini göstermektedir. Bireylerin dijital kapitaleri ise yaşamlarının birçok alanında hayat boyu kilit belirleyici bir role sahiptir (Robinson ve diğerleri, 2015, s. 570-571). Benzer şekilde, günümüzdeki dijitalleşme, dijital eşitsizlikler, sağlık eşitsizliklerinin her alanına nüfuz eden belirleyici konuma gelmiştir (Jahnel ve diğerleri, 2022, s. 1-3).

Özellikle Covid-19 pandemisi bu dijital eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur (Beaunoyer ve diğerleri, 2020).

Bu çalışmada ise İstanbul örnekleminde Türkiye’deki yaşlı bireylerin kullanım pratikleri, sosyo-demografik durumları ile kullanım pratikleri ve sağlık enformasyon arama davranışları arasındaki ilişkinlerin analiz edilmesini, yaşlıların bilgi ve iletişim teknoloji kabulünde temel bir belirleyici olan algılanan fayda düzeylerinin kullanım pratiklerini nasıl ve hangi oranda etkilediğinin tespit edilmesi ve yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık enformasyon arama davranışı üzerindeki rolünün ortaya konulması amaçlanmaktadır.

4.1 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi) bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerini etkilemektedir.

H2: Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi) sağlık enformasyon arama davranışını etkilemektedir.

H3: Türkiye’deki 65+ bireylerdeki algılanan fayda, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerini etkilemektedir.

H4: Türkiye’deki 65+ bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri, sağlık enformasyon arama davranışlarını etkilemektedir.

4.2 Metodoloji

Çalışmanın dördüncü bölümünde, üçüncü bölümde olduğu gibi araştırmanın kapsayıcı metodolojik çerçevesi ve bu çerçevede araştırma tasarımına ilişkin belirlen adımlar açıklanmaktadır. Veri toplama sürecinin efektif olması amacıyla bu araştırmanın evren, örneklem ve veri toplama tekniği üçüncü bölümdeki araştırma ile aynıdır. Bu bölümdeki araştırmanın sorunsal ve hipotezlerine bağlı olarak veri toplama süreçlerindeki soru formları ve veri analiz yöntemleri farklılaşmaktadır.

4.2.1 Evren ve Örneklem

Üçüncü bölümde olduğu gibi araştırmanın evrenini, İstanbul'da yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Bu araştırma için de kantitatif bulguların %5 hata payı ve %95 güven düzeyinde temsil edilebilmesi için en az 385 kişiyle anket gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Medhesap, 2023). Çalışmada İstanbul'da yaşayan 450 katılımcı ile görülmüştür.

Bu çalışmada kullanım pratiklerine ve sağlık enformasyon arama davranışlarına yönelik soru formları hazırlanmış, bilgi iletişim teknolojilerine ilişkin algılanan fayda ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçekleri kullanılmıştır. Kullanılan bu ölçekler üzerinden örneklem yeterliliği Kaiser Meier Olkin istatistiği (KMO) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ise KMO istatistiği bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda ölçeği için 0.889 ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçeği için 0.738 olarak hesaplanmıştır. KMO istatistikleri iki ölçek için de 0.7'nin üzerinde olduğu ve iki ölçeğin ortalama KMO ölçüsü 0,813 olması sebebiyle çalışmadaki verilerin örneklem hacmi yeterli bulunmuştur. Yine bu çalışmada da örneklemin İstanbul'da ilçe bazında homojen dağılabilmesi için Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralama Endeksinden (SEGE) faydalanılmıştır.

4.2.2 Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bu çalışmada üçüncü bölümde belirtildiği gibi veri toplama tekniği olarak açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Üçüncü ve dördüncü bölümdeki araştırmalar için tek bir anket formu tasarımı yapılarak ilgili araştırmanın soruları tek bir saha üzerinden toplanmıştır. Bu araştırma için anket formu tasarımında kullanım pratiklerine ve sağlık enformasyon arama davranışlarına yönelik soru formları hazırlanmış, algılanan fayda, eleştirel sağlık okuryazarlığı ölçek soruları ve katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yönelik sorular ortak iki araştırma için toplanmıştır. İki araştırmanın sahası ve veri toplama süreçleri tek bir aşamada elde edildiği için üçüncü bölümde belirtilen veri toplama prosedürlerinin aynısı bu araştırma için de geçerlidir.

Üçüncü bölümdeki ve bu bölümdeki araştırmalar için anket formunda, sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu, yaşam biçimi, öznel sağlık durumu) sorularının yanında yaşlanma, sağlık, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda olmak üzere dört farklı ölçek kullanılmıştır. Aynı anket formunda dördüncü bölümdeki araştırma için ise kullanım pratikleri ve sağlık enformasyon arama davranışına yönelik sorular yönetilmiştir. Böylece çalışmada farklı odaklara sahip iki araştırma için aynı sahadan veri toplanabilme imkânı yakalanmıştır. Bu çalışmada üçüncü bölümde de kullanılan sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda ölçekleri ilişkin detaylar aynıdır. Bu sebeple üçüncü bölümde gösterildiği gibi ölçek bazlı güvenilirlik, doğrulayıcı faktör analizleri ve bu ölçeklerin birbirleriyle uyum indeksleri kontrol edilmiştir.

4.2.3 Araştırmanın Etik Boyutu

Galatasaray Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 06.07.2023 tarih ve 2023/02 sayılı toplantısında alınan 01 no'lu kararıyla 2023/017 protokol kodlu bu çalışma, etik kurul onayı almıştır. Çalışmada her katılımcı araştırma hakkında detaylı bilgilendirilmiş ve gönüllü rıza formuyla onamları alınmıştır.

4.2.4 Veri Analiz Yöntemleri

Çalışmada veri analiz yöntemleri olarak tanımlayıcı veri analizleri, güvenilirlik analizleri, ortalama karşılaştırma testleri, çapraz tablo ilişki testleri, veri görselleştirme teknikleri, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Shapiro-Wilk testi ile verilerin normal dağılıma uygunluk durumları kontrol edilmiştir. Kategorik verileri arası ilişkilerin anlamlılığı sınanırken, hücrelerin beklenen değerine göre Fisher (beklenen değer 5'in altında ise) veya Ki-Kare bağımsızlık testi tercih edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıkları, Cronbach Alfa ve Omega katsayıları ile kontrol edilmiştir. Güvenirlik analizlerinde likert veriler için daha uygun olan Polikorik korelasyon matrisi kullanılmıştır (Kiwanuka, ve diğ., 2022). Ayrıca bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini incelemek amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

İstatistiksel analizler $p < 0.05$ önem düzeyinde değerlendirilmiş ve analiz bulgularının tamamı, R yazılımı kullanılarak elde edilmiştir (R Core Team, 2024). Bu süreçte R yazılımındaki lavaan (Rosseel, 2012), likert (Bryer ve Speersneider, 2016), psych (Revelle, 2018) ve ggcorrplot (Kassambara, 2023) paketlerinden yararlanılmıştır.

4.3 Araştırmanın Bulguları

Bu çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratikleri ve sağlıklarına yönelik sağlık enformasyon arama davranışları, sosyo-demografik değişkenlerle bu pratik ve arama davranışları arasındaki ilişkilere yönelik bulgular ortaya konmakta, 65 yaş ve üstü bireylerin teknoloji kabulü ve benimsemesinde önemli bir belirleyici olan algılanan fayda düzeyinin BİT kullanım pratiklerini, eleştirel sağlık okuryazarlık düzeylerinin ise sağlık enformasyon arama davranışlarını nasıl ve hangi düzeyde etkilediğine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların özellikleri, aynı örneklem olması sebebiyle 3.3.1 Katılımcıların özellikleri başlığında gösterilmiştir.

4.3.1 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Kullanım Pratikleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.1 Bireylerin cinsiyetlerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	34	156	0.024	0.878 χ^2
	%	42.2%	17.9%	82.1%		
Erkek	n	260	48	212		
	%	57.8%	18.5%	81.5%		

n: Gözlem sayısı χ^2 : Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 4.1’de bireylerin cinsiyetlerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Televizyon izleme alışkanlığı incelendiğinde, kadınların %17.9’u televizyon izlerken, erkeklerin %18.5’i televizyon izlemektedir. Her iki cinsiyet grubunda televizyon izleme alışkanlığına sahip olanların oranı benzerdir; kadınların %82.1’i ve erkeklerin %81.5’i televizyon izlememektedir. Bulgulara bakıldığında katılımcıların cinsiyetlerine göre televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.2 Bireylerin medeni durumlarına göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	1	13	1.697	0.631 ^F
	%	3.1%	7.1%	92.9%		
Boşanmış	n	18	4	14		
	%	4.0%	22.2%	77.8%		
Eşi vefat etmiş	n	78	12	66		
	%	17.3%	15.4%	84.6%		
Evli	n	340	65	275		
	%	75.6%	19.1%	80.9%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.2’de bireylerin medeni durumlarına göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bekar katılımcılar televizyon izleme alışkanlığı açısından diğer gruplara göre daha yüksek bir orana sahiptir (%92.9). Boşanmış ve eşi vefat etmiş katılımcılar arasında benzer bir oran gözlenirken (%77.8 ve %84.6), evli katılımcıların televizyon izleme oranı biraz daha düşüktür (%80.9). Bulgulara bakıldığında katılımcıların medeni durumlarına göre televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.3 Bireylerin eğitim düzeylerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	0	13	6.548	0.337 ^F
	%	2.9%	0.0%	100.0%		
Okur yazar değil	n	24	3	21		
	%	5.3%	12.5%	87.5%		
İlkokul	n	201	37	164		
	%	44.7%	18.4%	81.6%		
Ortaokul	n	86	18	68		
	%	19.1%	20.9%	79.1%		
Lise	n	89	14	75		
	%	19.8%	15.7%	84.3%		
Üniversite	n	34	9	25		
	%	7.6%	26.5%	73.5%		
Yüksek lisans	n	3	1	2		
	%	0.7%	33.3%	66.7%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.3’te bireylerin eğitim göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara göre okur yazar olmayan okur-yazar olan ve ilköğretim mezunları

arasında televizyon izleme oranları diğer gruplara göre daha yüksektir. Okur yazar olmayanlarda %100'e yakın bir izleme oranı bulunurken, ilkokul mezunlarında bu oran %81.6'dır. Ortaokul ve lise mezunlarında ise izleme oranları birbirine daha yakındır ve bu gruplarda izleme oranları sırasıyla %79.1 ve %84.3'tür. Üniversite ve yüksek lisans mezunları arasında ise izleme oranları diğer gruplara göre daha düşüktür, bu gruplarda izleme oranları sırasıyla %73.5 ve %66.7'dir. Bu bilgiler ışığında katılımcıların eğitim düzeylerine göre televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.4 Bireylerin gelir düzeylerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	3	80	20.42	<0.001 ^F
	%	18.4%	3.6%	96.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	54	211		
	%	58.9%	20.4%	79.6%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	21	65		
	%	19.1%	24.4%	75.6%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	14	3	11		
	%	3.1%	21.4%	78.6%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.4%	50.0%	50.0%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.4'te farklı aylık gelir düzeylerine sahip katılımcıların televizyon izleme alışkanlıklarını göstermektedir. Geliri olmayan katılımcıların televizyon izleme oranı %96.4'tür, bu grup en yüksek izleme oranına sahiptir. 1000 TL - 15.000 TL arası gelire sahip olanların izleme oranı %79.6'dır. Ancak, 15.001 TL - 30.000 TL arası gelire sahip katılımcılar arasında izleme oranı biraz daha düşüktür (%75.6). Daha yüksek gelir düzeylerine sahip katılımcılar arasında (30.001 TL - 50.000 TL ve 50.001 TL - 100.000 TL arası gelire sahip olanlar), izleme oranları sırasıyla %78.6 ve %50.0'dır. Genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça televizyon izleme oranı anlamlı ölçüde azalmıştır. Katılımcıların gelir düzeyi gruplarına göre televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.5 Bireylerin yaşam biçimlerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi			Değer	Toplam	Televizyon		Test	p
					Hayır	Evet	istatistiği	
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum			n	30	7	23		
			%	6.7%	23.3%	76.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum			n	27	2	25		
			%	6.0%	7.4%	92.6%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum			n	119	28	91		
			%	26.4%	23.5%	76.5%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum			n	218	36	182		
			%	48.4%	16.5%	83.5%		
Yalnız Yaşıyorum			n	40	7	33		
			%	8.9%	17.5%	82.5%		
Diğer			n	16	2	14		
			%	3.6%	12.5%	87.5%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.5'te bireylerin gelir düzeylerine göre televizyon kullanımlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında Çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcılar, genellikle yüksek bir izleme oranına sahiptir (%76.7 - %92.6 arası). Özellikle, çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan katılımcıların izleme oranı %92.6 ile oldukça yüksektir. Eşi ile birlikte yaşayan ve yalnız yaşayan katılımcılar da yüksek bir izleme oranına sahiptir (%83.5). Bulgulara bakıldığında katılımcıların yaşam biçimlerine göre televizyon kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 4.6 Bireylerin cinsiyetlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Toplam	Akıllı Televizyon		Test istatistiği	p
				Hayır	Evet		
Kadın	n	190	190	153	37	0.836	0.361 χ^2
	%	42.2%	100.0%	80.5%	19.5%		
Erkek	n	260	260	218	42		
	%	57.8%	100.0%	83.8%	16.2%		

n:Gözlem sayısı χ^2 : Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 4.6’da katılımcıların cinsiyetlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında kadınların %80.5'i akıllı televizyon sahibi değilken, %19.5'i akıllı televizyon kullanmaktadır. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %83.8 ve %16.2'dir. Bu bilgiler ışığında katılımcıların cinsiyetleri ile akıllı televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.7 Bireylerin medeni durumlarına göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Akıllı Televizyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	13	1	1.461	0.700 ^F
	%	3.1%	92.9%	7.1%		
Boşanmış	n	18	14	4		
	%	4.0%	77.8%	22.2%		
Eşi vefat etmiş	n	78	66	12		
	%	17.3%	84.6%	15.4%		
Evli	n	340	278	62		
	%	75.6%	81.8%	18.2%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.7’de bireylerin medeni durumlarına göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar katılımcıların %92.9'u akıllı televizyon kullanmamakta, %7.1'i akıllı kullanmaktadır. Boşanmış katılımcılarda bu oranlar sırasıyla %77.8 ve %22.2'dir. Eşi vefat etmiş olan katılımcılarda %84.6'sı akıllı televizyon sahibi değilken, %15.4'ü akıllı televizyon kullanmaktadır. Evli katılımcılarda ise %81.8'i akıllı televizyon kullanmamakta ve %18.2'si akıllı televizyon kullanmaktadır. Bulgular incelendiğinde katılımcıların

medeni durumları ile akıllı televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.8 Bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Akıllı Televizyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	13	0		
	%	2.9%	100.0%	0.0%		
Okur yazar değil	n	24	23	1		
	%	5.3%	95.8%	4.2%		
İlkokul	n	201	169	32		
	%	44.7%	84.1%	15.9%		
Ortaokul	n	86	71	15	14.172	0.022^F
	%	19.1%	82.6%	17.4%		
Lise	n	89	70	19		
	%	19.8%	78.7%	21.3%		
Üniversite	n	34	24	10		
	%	7.6%	70.6%	29.4%		
Yüksek lisans	n	3	1	2		
	%	0.7%	33.3%	66.7%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.8'de bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında yüksek lisans mezunlarının %66.7'si akıllı televizyon kullanırken, üniversite mezunlarının %29.4'ü, lise mezunlarının %21.3'ü ve ortaokul mezunlarının %17.4'ü bu özelliğe sahiptir. Eğitim düzeyi arttıkça, akıllı televizyon kullanım oranının genellikle arttığı görülmektedir. Bu bulgular ışığında katılımcıların eğitim düzeyleri ile akıllı televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.9 Bireylerin aylık gelirlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Akıllı Televizyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	82	1		
	%	18.4%	98.8%	1.2%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	215	50	30.428	<0.001^F
	%	58.9%	81.1%	18.9%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	63	23		

	%	19.1%	73.3%	26.7%
30.001TL- 50.000 TL	n	14	10	4
	%	3.1%	71.4%	28.6%
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1
	%	0.4%	50.0%	50.0%

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.9'da bireylerin aylık gelirlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre Geliri olmayan katılımcıların %98.8'i akıllı televizyon kullanmazken, sadece %1.2'si bu özelliğe sahiptir. Daha yüksek gelir seviyelerine sahip katılımcılar arasında ise akıllı televizyon kullanım oranı artmaktadır. Örneğin, 15.001 TL ile 30.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %26.7'si, 30.001 TL ile 50.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %28.6'sı akıllı televizyon kullanmaktadır. Gelir seviyesi arttıkça, akıllı televizyon kullanım oranının genellikle arttığı görülmektedir. Bu bulgular ışığında katılımcıların gelir düzeyleri ile akıllı televizyon kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.10 Bireylerin yaşam biçimlerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi			Değer	Toplam	Akıllı Televizyon Hayatı		Test istatistiği	p
					Evet			
Çocuğum veya Yaşıyorum	Çocuklarımla	Birlikte	n	30	23	7	8.304	0.137 _F
			%	6.7%	76.7%	23.3%		
Çocuğumun Yaşıyorum	Ailesiyle	Birlikte	n	27	25	2		
			%	6.0%	92.6%	7.4%		
Eşim ve Yaşıyorum	Çocuklarımla	Birlikte	n	119	90	29		
			%	26.4%	75.6%	24.4%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum			n	218	187	31		
			%	48.4%	85.8%	14.2%		
Yalnız Yaşıyorum			n	40	32	8		
			%	8.9%	80.0%	20.0%		
Diğer			n	16	14	2		

%	3.6%	87.5	12.5
		%	%

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.10'da bireylerin gelir düzeylerine göre akıllı televizyon kullanımlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %76.7'si akıllı televizyon kullanmazken, %23.3'ü bu özelliğe sahiptir. Eşi ile birlikte yaşayan katılımcıların ise %85.8'i akıllı televizyon kullanmamakta ve %14.2'si kullanmaktadır. Genel olarak, yalnız yaşayanlar ve diğer yaşam biçimlerine sahip olanlar dışında diğer gruplarda akıllı televizyon kullanım oranı daha yüksektir. Bulgulara bakıldığında katılımcıların yaşam biçimlerine göre akıllı televizyon kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 4.11 Bireylerin cinsiyetlerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	169	21	0.051	0.821 χ^2
	%	42.2%	88.9%	11.1%		
Erkek	n	260	233	27		
	%	57.8%	89.6%	10.4%		

n: Gözlem sayısı χ^2 : Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 4.11'de katılımcıların cinsiyetlerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında kadın katılımcıların %11.1'i radyo kullanırken, erkek katılımcıların %10.4'ü radyo kullanmaktadır. Her iki cinsiyette de radyo kullanım oranı benzerdir. Bu bilgiler ışığında katılımcıların cinsiyetleri ile radyo kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.12 Bireylerin medeni durumlarına göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	12	2	5.434	0.113 ^F
	%	3.1%	85.7%	14.3%		
Boşanmış	n	18	16	2		
	%	4.0%	88.9%	11.1%		
Eşi vefat etmiş	n	78	75	3		
	%	17.3%	96.2%	3.8%		

Evli	n	340	299	41
	%	75.6%	87.9%	12.1%

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.12’de bireylerin medeni durumları ile radyo kullanımı arasındaki ilişki incelenmektedir. Bulgulara göre, evli katılımcıların %12.1’i radyo kullanırken, bekar katılımcıların %14.3’ü, boşanmış katılımcıların %11.1’i ve eşi vefat etmiş katılımcıların %3.8’i radyo kullanmaktadır. Bu verilere dayanarak, medeni durum ile radyo kullanımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.13 Bireylerin eğitim düzeylerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	13	0	5.329	0.452 ^F
	%	2.9%	100.0%	0.0%		
Okur yazar	n	24	23	1		
	%	5.3%	95.8%	4.2%		
İlkokul	n	201	176	25		
	%	44.7%	87.6%	12.4%		
Ortaokul	n	86	76	10		
	%	19.1%	88.4%	11.6%		
Lise	n	89	82	7		
	%	19.8%	92.1%	7.9%		
Üniversite	n	34	30	4		
	%	7.6%	88.2%	11.8%		
Yüksek lisans	n	3	2	1		
	%	0.7%	66.7%	33.3%		

n: Gözlem sayısı F: Fisher's Exact test

Tablo 4.13’te bireylerin eğitim düzeyleri ile radyo kullanımı arasındaki ilişki incelenmektedir. Bulgulara göre radyo kullananların oranları eğitim düzeyi yükseldikçe genellikle azalma eğilimi göstermektedir. Örneğin, okur yazar olan katılımcıların %95.8’i radyo kullanmazken, bu oran ilkokul mezunlarında %87.6’ya, ortaokul mezunlarında %88.4’e, lise mezunlarında %92.1’e ve üniversite mezunlarında %88.2’ye düşmektedir. Yüksek lisans mezunlarında ise bu oran daha da düşük olup %66.7’dir. Sonuçlara bakıldığında katılımcıların eğitim düzeylerine göre radyo kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.14 Bireylerin aylık gelir düzeylerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	81	2	13.173	0.008^F
	%	18.4%	97.6%	2.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	231	34		
	%	58.9%	87.2%	12.8%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	75	11		
	%	19.1%	87.2%	12.8%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.1%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.4%	50.0%	50.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.14'te katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre radyo kullanım alışkanlıkları gösterilmektedir. Bulgulara göre geliri olmayan katılımcıların %2.4'ü radyo kullanırken, 1000 TL ile 15.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %12.8'i, 15.001 TL ile 30.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %12.8'i, 30.001 TL ile 50.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %0'ı ve 50.001 TL ile 100.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %50.0'ı radyo kullanmaktadır. Bu verilere dayanarak, gelir seviyesi arttıkça radyo kullanım oranının genellikle arttığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.15 Bireylerin yaşam biçimlerine göre radyo kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	29	1	8.825	0.095 ^F
	%	6.7%	96.7%	3.3%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	26	1		
	%	6.0%	96.3%	3.7%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	99	20		

	%	26.4%	83.2%	16.8%
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	198	20
	%	48.4%	90.8%	9.2%
Yalnız Yaşıyorum	n	40	37	3
	%	8.9%	92.5%	7.5%
Diğer	n	16	13	3
	%	3.6%	81.3%	18.8%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.15'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre radyo kullanım alışkanlıkları gösterilmektedir. Bulgulara göre çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %3.3'ü radyo kullanırken, çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan katılımcıların %3.7'si, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %16.8'i, eşiyle birlikte yaşayan katılımcıların %9.2'si, yalnız yaşayan katılımcıların %7.5'i ve diğer yaşam biçimlerine sahip katılımcıların %18.8'i radyo kullanmaktadır. Sonuç olarak katılımcıların yaşam biçimleri ile radyo kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.16 Bireylerin cinsiyetlerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Masaüstü bilgisayar		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	180	10	1.041	0.308 χ^2
	%	42.2%	94.7%	5.3%		
Erkek	n	260	240	20		
	%	57.8%	92.3%	7.7%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.16'de katılımcıların cinsiyetlerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında kadın katılımcıların %5.3'ü masaüstü bilgisayar kullanırken, erkek katılımcıların %7.7'si masaüstü bilgisayar kullanmaktadır. Bulgulara göre cinsiyetleri ile masaüstü bilgisayar kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.17 Bireylerin medeni durumlarına göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Masaüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	13	1	1.261	0.702 ^F
	%	3.1%	92.9%	7.1%		
Boşanmış	n	18	16	2		
	%	4.0%	88.9%	11.1%		
Eşi vefat etmiş	n	78	73	5		
	%	17.3%	93.6%	6.4%		
Evli	n	340	318	22		
	%	75.6%	93.5%	6.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.17'de katılımcıların medeni durumlarına göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar katılımcıların %7.1'i masaüstü bilgisayar kullanırken, boşanmış katılımcıların %11.1'i, eşi vefat etmiş katılımcıların %6.4'ü ve evli katılımcıların %6.5'i masaüstü bilgisayar kullanmaktadır. Bulgulara göre katılımcıların medeni durumları ile masaüstü bilgisayar kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.18 Bireylerin eğitim düzeylerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Masaüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	13	0	28.36	<0.001 ^F
	%	2.9%	100.0%	0.0%		
Okur yazar	n	24	24	0		
	%	5.3%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	197	4		
	%	44.7%	98.0%	2.0%		
Ortaokul	n	86	80	6		
	%	19.1%	93.0%	7.0%		
Lise	n	89	78	11		
	%	19.8%	87.6%	12.4%		
Üniversite	n	34	26	8		
	%	7.6%	76.5%	23.5%		

Yüksek lisans	n	3	2	1
	%	0.7%	66.7%	33.3%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.18'da katılımcıların eğitim düzeylerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında okur yazar olmayan katılımcılar arasında masaüstü bilgisayar kullanımı bulunmamaktadır. İlkokul mezunları arasında %2.0, ortaokul mezunları arasında %7.0, lise mezunları arasında %12.4, üniversite mezunları arasında %23.5 ve yüksek lisans mezunları arasında %33.3'lük bir masaüstü bilgisayar kullanım oranı bulunmaktadır. Bu verilere dayanarak, eğitim düzeyi arttıkça masaüstü bilgisayar kullanımının genellikle arttığı görülmektedir. Sonuç olarak katılımcıların eğitim düzeyleri ile masaüstü bilgisayar kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.19 Bireylerin gelir düzeylerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Masaüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	17.369	0.001^F
	%	18.4%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	248	17		
	%	58.9%	93.6%	6.4%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	75	11		
	%	19.1%	87.2%	12.8%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	14	13	1		
	%	3.1%	92.9%	7.1%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.4%	50.0%	50.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.19'da katılımcıların gelir düzeylerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında geliri olmayan katılımcılar arasında masaüstü bilgisayar kullanımı bulunmamaktadır. 1000 TL ile 15.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %6.4, 15.001 TL ile 30.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %12.8, 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %7.1 ve 50.001 TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %50.0'lik bir masaüstü bilgisayar kullanım oranı bulunmaktadır. Bu bulgulara dayanarak, gelir seviyesi arttıkça masaüstü bilgisayar kullanım oranının genellikle arttığı görülmektedir. Ancak, 50.001

TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında masaüstü bilgisayar kullanım oranının diğer gruplardan belirgin şekilde daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Sonuç olarak katılımcıların gelir düzeyleri ile masaüstü bilgisayar kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.20 Bireylerin yaşam biçimlerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Masaüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	28	2		
	%	6.7%	93.3%	6.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	25	2		
	%	6.0%	92.6%	7.4%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	110	9	2.015	0.836 ^F
	%	26.4%	92.4%	7.6%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	205	13		
	%	48.4%	94.0%	6.0%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	38	2		
	%	8.9%	95.0%	5.0%		
Diğer	n	16	14	2		
	%	3.6%	87.5%	12.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.20'de katılımcıların yaşam biçimlerine göre masaüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında çocuğu veya çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %6.7'si masaüstü bilgisayar kullanırken, çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan katılımcıların %7.4'ü, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %7.6'sı, eşiyle birlikte yaşayan katılımcıların %6.0'ı, yalnız yaşayan katılımcıların %5.0'ı ve diğer yaşam biçimine sahip katılımcıların %12.5'i masaüstü bilgisayar kullanmaktadır. Bulgulara göre katılımcıların yaşam biçimleri ile

masaüstü bilgisayar kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.21 Bireylerin cinsiyetlerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Dizüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	174	16	2.131	0.144 χ^2
	%	42.2%	91.6%	8.4%		
Erkek	n	260	247	13		
	%	57.8%	95.0%	5.0%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 :Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 4.21’de katılımcıların cinsiyetlerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında kadın katılımcıların %8.4’ü dizüstü bilgisayar kullanırken, erkek katılımcıların %5.0’i dizüstü bilgisayar kullanmaktadır. Sonuç olarak katılımcıların cinsiyetleri ile dizüstü bilgisayar kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.22 Bireylerin medeni durumlarına göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Dizüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	11	3	13.930	0.003^F
	%	3.1%	78.6%	21.4%		
Boşanmış	n	18	14	4		
	%	4.0%	77.8%	22.2%		
Eşi vefat etmiş	n	78	77	1		
	%	17.3%	98.7%	1.3%		
Evli	n	340	319	21		
	%	75.6%	93.8%	6.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.22’de katılımcıların medeni durumlarına göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar katılımcıların %21.4’ü dizüstü bilgisayar kullanırken, boşanmış katılımcıların %22.2’si, eşi vefat etmiş katılımcıların %1.3’ü ve evli katılımcıların %6.2’si dizüstü bilgisayar kullanmaktadır. Bekar ve boşanmış katılımcılar, evli katılımcılara kıyasla daha yüksek bir dizüstü bilgisayar kullanım oranına sahiptir. Bu verilere dayanarak,

medeni durumun dizüstü bilgisayar kullanımı üzerinde belirgin bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.23 Bireylerin eğitim düzeylerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Dizüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	13	0		
	%	2.9%	100.0%	0.0%		
Okur yazar	n	24	24	0		
	%	5.3%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	198	3		
	%	44.7%	98.5%	1.5%		
Ortaokul	n	86	83	3	36.174	<0.001 ^F
	%	19.1%	96.5%	3.5%		
Lise	n	89	73	16		
	%	19.8%	82.0%	18.0%		
Üniversite	n	34	28	6		
	%	7.6%	82.4%	17.6%		
Yüksek lisans	n	3	2	1		
	%	0.7%	66.7%	33.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.23'te katılımcıların eğitim düzeylerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında okur yazar olmayan katılımcılar arasında ve okur yazar olmayan katılımcılar arasında dizüstü bilgisayar kullanımı bulunmamaktadır. İlkokul mezunları arasında %1.5, ortaokul mezunları arasında %3.5, lise mezunları arasında %18.0, üniversite mezunları arasında %17.6 ve yüksek lisans mezunları arasında %33.3'lük bir dizüstü bilgisayar kullanım oranı bulunmaktadır. Özellikle yüksek lisans mezunlarının dizüstü bilgisayar kullanım oranı diğer gruplardan daha yüksektir. Bu bulgulara dayanarak, eğitim düzeyi arttıkça dizüstü bilgisayar kullanım da anlamlı ölçüde arttığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.24 Bireylerin gelir düzeylerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Dizüstü bilgisayar		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	28.226	<0.001 ^F

	%	18.4%	100.0%	0.0%
1000 TL- 15.000 TL	n	265	253	12
	%	58.9%	95.5%	4.5%
15.001 TL 30.000 TL	n	86	74	12
	%	19.1%	86.0%	14.0%
30.001 TL- 50.000 TL	n	14	10	4
	%	3.1%	71.4%	28.6%
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1
	%	0.4%	50.0%	50.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.24'te katılımcıların gelir düzeylerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında geliri olmayan katılımcılar arasında dizüstü bilgisayar kullanımı bulunmamaktadır. 1000 TL ile 15.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %4.5, 15.001 TL ile 30.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %14.0, 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %28.6 ve 50.001 TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %50.0'lik bir dizüstü bilgisayar kullanım oranı bulunmaktadır. Özellikle 50.001 TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcıların, diğer gelir gruplarına kıyasla daha yüksek bir dizüstü bilgisayar kullanım oranına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Sonuç olarak gelir seviyesi arttıkça dizüstü bilgisayar kullanımının da arttığı görülmektedir ($p < 0.05$).

Tablo 4.25 Bireylerin yaşam biçimlerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi			Değer	Toplam	Dizüstü bilgisayara		Test istatistiği	p
					Hayır	Evet		
Çocuğum Yaşıyorum	veya	Çocuklarımla	n	30	29	1		
			%	6.7%	96.7%	3.3%		
Çocuğumun Yaşıyorum	Ailesiyle	Birlikte	n	27	26	1		
			%	6.0%	96.3%	3.7%	5.635	0.285
Eşim ve Çocuğumun Yaşıyorum	Çocuklarımla	Birlikte	n	119	109	10		
			%	26.4%	91.6%	8.4%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum			n	218	207	11		

	%	48.4 %	95.0%	5.0%
Yalnız Yaşıyorum	n	40	37	3
	%	8.9%	92.5%	7.5%
Diğer	n	16	13	3
	%	3.6%	81.3%	18.8%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.25'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre dizüstü bilgisayar kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında çocuğu veya çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %3,3'ü dizüstü bilgisayar kullanırken, çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan katılımcıların %3.7'si, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %8.4'ü, eşiyle birlikte yaşayan katılımcıların %5.0'sı, yalnız yaşayan katılımcıların %7.5'i ve diğer yaşam biçimine sahip katılımcıların %18.8'i dizüstü bilgisayar kullanmaktadır. Bu sonuçlara göre yaşam biçiminin dizüstü bilgisayar kullanımı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Bir başka deyişle yaşam biçimi ile dizüstü bilgisayar kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4.26 Bireylerin cinsiyetlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Tablet		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	183	7	0.358	0.590 χ^2
	%	42.2%	96.3%	3.7%		
Erkek	n	260	253	7		
	%	57.8%	97.3%	2.7%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 4.26'da katılımcıların cinsiyetlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında kadın katılımcıların %3.7'si tablet kullanırken, erkek katılımcıların %2.7'si tablet kullanmaktadır. Bu sonuçlara göre cinsiyet ile tablet kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.27 Bireylerin medeni durumlarına göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları

Değer	Toplam	Tablet	p
-------	--------	--------	---

Medeni durum			Hayır	Evet	Test istatistiği	
Bekar	n	14	14	0	0.953	0.819 ^F
	%	3.1%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	18	17	1		
	%	4.0%	94.4%	5.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	76	2		
	%	17.3%	97.4%	2.6%		
Evli	n	340	329	11		
	%	75.6%	96.8%	3.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.27'de katılımcıların cinsiyetlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar katılımcılar arasında tablet kullanımı bulunmamaktadır. Boşanmış katılımcıların %5.6'sı, eşi vefat etmiş katılımcıların %2.6'sı ve evli katılımcıların %3.2'si tablet kullanmaktadır. Bu verilere dayanarak, medeni durum ile tablet kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.28 Bireylerin eğitim düzeylerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Tablet		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	13	0	4.647	0.512 ^F
	%	2.9%	100.0%	0.0%		
Okur yazar değil	n	24	24	0		
	%	5.3%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	195	6		
	%	44.7%	97.0%	3.0%		
Ortaokul	n	86	84	2		
	%	19.1%	97.7%	2.3%		
Lise	n	89	83	6		
	%	19.8%	93.3%	6.7%		
Üniversite	n	34	34	0		
	%	7.6%	100.0%	0.0%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.7%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.28'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında okur yazar olmayan ve okur yazar olan katılımcılar arasında tablet kullanımı bulunmamaktadır. İlkokul mezunları arasında %3.0, ortaokul mezunları arasında %2.3, lise mezunları arasında %6.7

oranında tablet kullanımı görülmektedir. Üniversite mezunları ve yüksek lisans mezunları arasında ise tablet kullanımı bulunmamaktadır. Sonuçlara göre eğitim düzeyleri ile tablet kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.29 Bireylerin gelir düzeylerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Tablet		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	17.370	0.001^F
	%	18.4%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	260	5		
	%	58.9%	98.1%	1.9%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	80	6		
	%	19.1%	93.0%	7.0%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	11	3		
	%	3.1%	78.6%	21.4%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.4%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.29'da katılımcıların gelir düzeylerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında geliri olmayan katılımcılar arasında tablet kullanımı bulunmamaktadır. 1000 TL ile 15.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %1.9, 15.001 TL ile 30.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %7.0, 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında %21.4 oranında tablet kullanımı görülmektedir. 50.001 TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcılar arasında tablet kullanımı bulunmamaktadır. Bu verilere dayanarak, gelir seviyesinin tablet kullanımı üzerinde belirgin bir etkisi olduğu ve gelir seviyesi arttıkça tablet kullanımının arttığı görülmektedir. Sonuç olarak gelir düzeyleri ile tablet kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.30 Bireylerin yaşam biçimlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi			Değer	Toplam	Tablet		Test istatistiği	p
					Hayır	Evet		
Çocuğum	veya	Çocuklarımla	n	30	30	0	5.209	0.281 _F
Yaşıyorum								

			%	6.7%	100.0%	0.0%
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27		27	0	
	%		6.0%	100.0%	0.0%	
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119		114	5	
	%		26.4%	95.8%	4.2%	
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218		213	5	
	%		48.4%	97.7%	2.3%	
Yalnız Yaşıyorum	n	40		37	3	
	%		8.9%	92.5%	7.5%	
Diğer	n	16		15	1	
	%		3.6%	93.8%	6.3%	

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.30'da katılımcıların yaşam biçimlerine göre tablet kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Çocuğu veya çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcılar arasında ve çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan katılımcılar arasında tablet kullanımı bulunmamaktadır. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %4.2'si, eşiyle birlikte yaşayan katılımcıların %2.3'ü, yalnız yaşayan katılımcıların %7.5'i ve diğer yaşam biçimine sahip katılımcıların %6.3'ü tablet kullanmaktadır. Sonuç olarak yaşam biçimi ile tablet kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.31 Bireylerin cinsiyetlerine göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Cep telefonu		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	120	70	1.380	0.240 χ^2
	%	42.2%	63.2%	36.8%		
Erkek	n	260	178	82		
	%	57.8%	68.5%	31.5%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : kıkare testi

Tablo 4.31'de katılımcıların yaşam biçimlerine göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara göre kadın katılımcıların %36.8'i cep telefonu kullanırken, erkek katılımcıların %31.5'i cep telefonu

kullanılmaktadır. Ancak aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak cinsiyet ile cep telefonu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.32 Bireylerin medeni durumlarına göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Cep telefonu		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	10	4	8.766	0.032^F
	%	3.1%	71.4%	28.6%		
Boşanmış	n	18	16	2		
	%	4.0%	88.9%	11.1%		
Eşi vefat etmiş	n	78	43	35		
	%	17.3%	55.1%	44.9%		
Evli	n	340	229	111		
	%	75.6%	67.4%	32.6%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.32'de katılımcıların medeni durumlarına göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre bekar katılımcıların %28.6'sı, boşanmış katılımcıların %11.1'i, eşi vefat etmiş katılımcıların %44.9'u ve evli katılımcıların %32.6'sı cep telefonu kullanmaktadır. Bu sonuçlara göre medeni durumun cep telefonu kullanımı üzerinde belirgin bir etkisinin olduğu ve özellikle eşi vefat etmiş katılımcıların cep telefonu kullanım oranının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Evli katılımcıların cep telefonu kullanım oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ise dikkat çekicidir. Sonuç olarak medeni durum ile cep telefonu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.33 Bireylerin eğitim düzeylerine göre tuşlu cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Cep telefonu		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	10	3	12.348	0.046^F
	%	2.9%	76.9%	23.1%		
Okur yazar	n	24	14	10		
	%	5.3%	58.3%	41.7%		
İlkokul	n	201	119	82		

	%	44.7%	59.2%	40.8%
Ortaokul	n	86	63	23
	%	19.1%	73.3%	26.7%
Lise	n	89	65	24
	%	19.8%	73.0%	27.0%
Üniversite	n	34	26	8
	%	7.6%	76.5%	23.5%
Yüksek lisans	n	3	1	2
	%	0.7%	33.3%	66.7%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.33'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre okur yazar olmayan katılımcıların %23.1'i, okur yazar olmayan diğer katılımcıların %41.7'si, ilkokul mezunlarının %40.8'i, ortaokul mezunlarının %26.7'si, lise mezunlarının %27.0'i, üniversite mezunlarının %23.5'i ve yüksek lisans mezunlarının %66.7'si cep telefonu kullanmaktadır. Özellikle yüksek lisans mezunlarının cep telefonu kullanım oranının diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksektir. Buna göre eğitim düzeyi ile cep telefonu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.34 Bireylerin gelir düzeylerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Cep telefonu		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	43	40	12.371	0.010^F
	%	18.4%	51.8%	48.2%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	187	78		
	%	58.9%	70.6%	29.4%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	60	26		
	%	19.1%	69.8%	30.2%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	7	7		
	%	3.1%	50.0%	50.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.4%	50.0%	50.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.34'te katılımcıların eğitim düzeylerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre geliri olmayan katılımcıların %48.2'si, 1000 TL ile 15.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcıların

%29.4'ü, 15.001 TL ile 30.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcıların %30.2'si, 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcıların %50.0'ı ve 50.001 TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan katılımcıların %50.0'ı cep telefonu kullanmaktadır. Bu sonuçlara göre gelir düzeyi ile cep telefonu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.35 Bireylerin yaşam biçimlerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi			Değer	Toplam	Cep telefonu		Test istatistiği	p
					Hayır	Evet		
Çocuğum Yaşıyorum	veya	Çocuklarımla	n	30	21	9		
			%	6.7%	70.0%	30.0%		
Çocuğumun Yaşıyorum	Ailesiyle	Birlikte	n	27	12	15		
			%	6.0%	44.4%	55.6%		
Eşim ve Yaşıyorum	Çocuklarımla	Birlikte	n	119	77	42		
			%	26.4%	64.7%	35.3%	8.158 _F	0.145
Eşimle Birlikte Yaşıyorum			n	218	150	68		
			%	48.4%	68.8%	31.2%		
Yalnız Yaşıyorum			n	40	25	15		
			%	8.9%	62.5%	37.5%		
Diğer			n	16	13	3		
			%	3.6%	81.3%	18.8%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.35'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre cep telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %30.0'u, çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan katılımcıların %55.6'sı, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %35.3'ü, sadece eşiyle yaşayan katılımcıların %31.2'si, yalnız yaşayan katılımcıların %37.5'i ve diğer yaşam biçimine sahip katılımcıların %18.8'i cep telefonu kullanmaktadır. Bulgulara bakıldığında

bireylerin yaşam biçimleri ile cep telefonu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.36 Bireylerin cinsiyetlerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Akıllı telefon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	81	109	9.762	0.002 χ^2
	%	42.2%	42.6%	57.4%		
Erkek	n	260	74	186		
	%	57.8%	28.5%	71.5%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 4.36’da katılımcıların cinsiyetlerine göre akıllı telefon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadın katılımcıların %57.4’ü ve erkek katılımcıların %71.5’i akıllı telefon kullanmaktadır. Bu verilere dayanarak, erkeklerin kadınlara kıyasla akıllı telefon kullanım oranının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Sonuç olarak cinsiyet ile akıllı telefon kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.37 Bireylerin medeni durumlarına göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Akıllı telefon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	6	8	35.858	<0.001 ^F
	%	3.1%	42.9%	57.1%		
Boşanmış	n	18	2	16		
	%	4.0%	11.1%	88.9%		
Eşi vefat etmiş	n	78	49	29		
	%	17.3%	62.8%	37.2%		
Evli	n	340	98	242		
	%	75.6%	28.8%	71.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.37’de katılımcıların medeni durumlarına göre akıllı telefon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre bekar katılımcıların %57.1’i, boşanmış katılımcıların %88.9’u, eşi vefat etmiş katılımcıların %37.2’si ve evli katılımcıların %71.2’si akıllı telefon kullanmaktadır. Özellikle boşanmış katılımcıların ve evli katılımcıların diğer gruplara kıyasla daha yüksek oranda akıllı

telefon kullandığı gözlemlenmektedir. Sonuçlara göre medeni durum ile akıllı telefon kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.38 Bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Akıllı telefon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	8	5	53.493	<0.001 ^F
	%	2.9%	61.5%	38.5%		
Okur yazar değil	n	24	18	6		
	%	5.3%	75.0%	25.0%		
İlkokul	n	201	89	112		
	%	44.7%	44.3%	55.7%		
Ortaokul	n	86	19	67		
	%	19.1%	22.1%	77.9%		
Lise	n	89	16	73		
	%	19.8%	18.0%	82.0%		
Üniversite	n	34	5	29		
	%	7.6%	14.7%	85.3%		
Yüksek lisans	n	3	0	3		
	%	0.7%	0.0%	100.0%		

n, s. Gözlem sayısı, F, s. Fisher's Exact test

Tablo 4.38'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre akıllı telefon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre okur yazar olmayan katılımcıların %38.5'i, ilkokul mezunu katılımcıların %55.7'si, ortaokul mezunu katılımcıların %77.9'u, lise mezunu katılımcıların %82.0'si, üniversite mezunu katılımcıların %85.3'ü ve yüksek lisans mezunu katılımcıların %100'ü akıllı telefon kullanmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça akıllı telefon kullanım oranlarının da arttığı gözlemlenmektedir. Sonuç olarak eğitim seviyesi ile akıllı telefon kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.39 Bireylerin gelir düzeylerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Akıllı telefon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	49	34	31.129	<0.001 ^F
	%	18.4%	59.0%	41.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	84	181		
	%	58.9%	31.7%	68.3%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	17	69		
	%	19.1%	19.8%	80.2%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	5	9		
	%	3.1%	35.7%	64.3%		

50.001 TL- 100.000 TL	n	2	0	2
	%	0.4%	0.0%	100.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.39'da katılımcıların eğitim düzeylerine göre akıllı telefon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre akıllı telefon kullanımını göstermektedir. Gelir seviyeleri arttıkça, akıllı telefon kullanım oranlarında artış gözlemlenmektedir. Sonuçlara bakıldığında geliri olmayan katılımcıların %41.0'u, 1000 TL ile 15.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %68.3'ü, 15.001 TL ile 30.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların %80.2'si akıllı telefon kullanmaktadır. Ancak, 50.001 TL ile 100.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların tamamı (%100.0) akıllı telefon kullanmaktadır. Sonuç olarak gelir düzeyi ile akıllı telefon kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.40 Bireylerin yaşam biçimlerine göre akıllı telefon telefonu kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Akıllı telefon		Test	P
			Hayır	Evet	istatistiği	
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	15	15		
	%	6.7%	50.0%	50.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	21	6		
	%	6.0%	77.8%	22.2%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	32	87	29.160	<0.001 F
	%	26.4%	26.9%	73.1%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	66	152		
	%	48.4%	30.3%	69.7%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	15	25		
	%	8.9%	37.5%	62.5%		
Diğer	n	16	6	10		
	%	3.6%	37.5%	62.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.40'ta katılımcıların eğitim düzeylerine göre akıllı telefon kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre farklı yaşam biçimlerine sahip katılımcılar arasında akıllı telefon kullanımında farklılıklar

gözlemlenmektedir. Sonuçlara göre çocuklarının ailesiyle birlikte yaşayan katılımcıların %22'si, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %73.1'i, eşimle birlikte yaşayan katılımcıların %69.7'si ve yalnız yaşayan katılımcıların %62.5'i akıllı telefon kullanmaktadır. Bulgulara göre yaşam biçimleri ile akıllı akıllı telefon kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.41 Bireylerin cinsiyetlerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Akıllı saat		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	187	3	0.074	0.785 ^F
	%	42.2%	98.4%	1.6%		
Erkek	n	260	255	5		
	%	57.8%	98.1%	1.9%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.41'de katılımcıların cinsiyetlerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre farklı yaşam biçimlerine sahip katılımcılar arasında akıllı telefon kullanımında farklılıklar gözlemlenmektedir. Bulgulara bakıldığında eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan katılımcıların %73.1'i, eşimle birlikte yaşayan katılımcıların %69.7'si ve yalnız yaşayan katılımcıların %62.5'i akıllı telefon kullanmaktadır. Sonuç olarak cinsiyet ile akıllı saat kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.42 Bireylerin medeni durumlarına göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Akıllı saat		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	14	0	2.243	0.542 ^F
	%	3.1%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	18	17	1		
	%	4.0%	94.4%	5.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	77	1		
	%	17.3%	98.7%	1.3%		
Evli	n	340	334	6		
	%	75.6%	98.2%	1.8%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.42'de katılımcıların medeni durumlarına göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre evli katılımcıların akıllı saat kullanımı diğer medeni durumlara göre daha yaygın görünmektedir. Evli katılımcıların %1.8'i akıllı saat kullanırken, boşanmış ve eşi vefat etmiş katılımcılarda bu oranlar daha

düşük seviyededir. Bekar katılımcıların ise akıllı saat kullanmadığı görülmektedir. Sonuç olarak medeni durum ile akıllı saat kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.43 Bireylerin eğitim düzeylerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Akıllı saat		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur yazar değil	n	13	13	0	3.720	0.735 ^F
	%	2.9%	100.0%	0.0%		
Okur yazar	n	24	24	0		
	%	5.3%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	198	3		
	%	44.7%	98.5%	1.5%		
Ortaokul	n	86	85	1		
	%	19.1%	98.8%	1.2%		
Lise	n	89	86	3		
	%	19.8%	96.6%	3.4%		
Üniversite	n	34	33	1		
	%	7.6%	97.1%	2.9%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.7%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.43'te katılımcıların eğitim düzeylerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre üniversite ve yüksek lisans mezunu katılımcıların akıllı saat kullanma oranı diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksektir. Üniversite mezunlarının %3.4'ü ve yüksek lisans mezunlarının %2.9'u akıllı saat kullanırken, diğer eğitim düzeylerinde bu oranlar daha düşüktür. Sonuç olarak eğitim düzeyi ile akıllı saat kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.44 Bireylerin aylık gelir düzeylerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Akıllı saat		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	11.853	0.014 ^F
	%	18.4%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	260	5		
	%	58.9%	98.1%	1.9%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	85	1		
	%	19.1%	98.8%	1.2%		

30.001TL- 50.000 TL	n	14	13	1
	%	3.1%	92.9%	7.1%
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1
	%	0.4%	50.0%	50.0%

n, s. Gözlem sayısı, F, s. Fisher's Exact test

Tablo 4.44'te katılımcıların gelir düzeylerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında geliri 50.001 TL'den 100.000 TL'ye kadar olan katılımcılar arasında akıllı saat kullanım oranı diğer gelir gruplarına göre daha yüksektir. Bu gelir aralığındaki katılımcıların %50'si akıllı saat kullanırken, diğer gelir gruplarında bu oranlar daha düşüktür. Sonuç olarak aylık gelir ile akıllı saat kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.45 Bireylerin yaşam biçimlerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Akıllı saat		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	30	0	3.591	0.487 F
	%	6.7%	100.0%	0.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0		
	%	6.0%	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	116	3		
	%	26.4%	97.5%	2.5%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	215	3		
	%	48.4%	98.6%	1.4%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	39	1		
	%	8.9%	97.5%	2.5%		
Diğer	n	16	15	1		
	%	3.6%	93.8%	6.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.45'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre akıllı saat kullanımlarının karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında "Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum" ve "Diğer" yaşam biçimlerine sahip katılımcıların akıllı saat kullanım oranı diğer yaşam biçimlerine göre daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak yaşam biçimi ile akıllı saat kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

4.3.2 Katılımcıların Sosyo-demografik Durumları ile Sağlık Enformasyon Arama Davranışları Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.46 İnternette bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	130	60	2.984	0.084 χ^2
	%	42.2%	68.4%	31.6%		
Erkek	n	260	197	63		
	%	57.8%	75.8%	24.2%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.46'da internette bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %31,6'sı ve erkeklerin %24,2'si sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi çevrimiçi internet arama motorlarından edinmektedir. Bulgulara göre cinsiyet ile internette bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.47 Yakın çevresinden bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Toplam	Toplam	Yakın Çevrem		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	90	100	10.473	0.001 χ^2
	%	42.2%	47.4%	52.6%		
Erkek	n	260	163	97		
	%	57.8%	62.7%	37.3%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.47'de yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %52,6'sı sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi yakın çevrelerinden alırken, erkeklerin ise %37,3'ü aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bu sonuçlar, kadınların erkeklere göre genellikle yakın çevrelerinden daha fazla bilgi aldığını göstermektedir.

Bulgulara göre cinsiyet ile yakın çevresinden bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.48 Sosyal medyadan bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Sosyal Medya		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	174	16	0.350	0.554 ^{χ²}
	%	42.2%	91.6%	8.4%		
Erkek	n	260	242	18		
	%	57.8%	93.1%	6.9%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.48’de sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %8.4’ü sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi sosyal medyadan alırken, erkeklerin %6.9’u aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Sonuçlara bakıldığında cinsiyet ile sosyal medyadan bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.49 Anlık mesajlaşma uygulamaları ile bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Anlık Uygulamaları		Mesajlaşma Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	189	1	1.825	0.177 ^f
	%	42.2%	99.5%	0.5%		
Erkek	n	260	255	5		
	%	57.8%	98.1%	1.9%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.49’da anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %0.5’i sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi anlık mesajlaşma uygulamalarından alırken, erkeklerin %1.9’u aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.50 Sağlık uzmanlarından bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Sağlık Uzmanları		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		

Kadın	n	190	75	115	3.588	0.058 χ^2
	%	42.2%	39.5%	60.5%		
Erkek	n	260	126	134		
	%	57.8%	48.5%	51.5%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.50’de sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %60.5’i sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi sağlık uzmanlarından alırken, erkeklerin %51.5’i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile sağlık uzmanlarından bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.51 Aile hekiminden bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Aile Hekimim		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	61	129	3.842	0.051 χ^2
	%	42.2%	32.1%	67.9%		
Erkek	n	260	107	153		
	%	57.8%	41.2%	58.8%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.51’de aile hekiminden bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %67.9’u sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi aile hekimlerinden alırken, erkeklerin %58.8’i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile aile hekimlerinden bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.52 Kurumsal hastane ve web siteleri bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Kurumsal siteleri	Hastane-Web	Test istatistiği	P
----------	-------	--------	-------------------	-------------	------------------	---

			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	187	3		
	%	42.2%	98.4%	1.6%	1.085	0.298 ^f
Erkek	n	260	252	8		
	%	57.8%	96.9%	3.1%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.52’de kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %1.6’sı sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi kurumsal hastanelerin web sitelerinden alırken, erkeklerin %3.1’i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.53 Sağlık portallarından bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Sağlık Portalları, Blogları		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	187	3		
	%	42.2%	98.4%	1.6%	0.645	0.422 ^f
Erkek	n	260	258	2		
	%	57.8%	99.2%	0.8%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.53’te sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %1.6’sı sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi sağlık portalları ve bloglarından alırken, erkeklerin %0.8’i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile sağlık portallarından bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.54 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Çevrimiçi Platformları-Uygulamalar	Video	Test istatistiği	P
----------	-------	--------	------------------------------------	-------	------------------	---

			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	189	1		
	%	42.2%	99.5%	0.5%	0.522	0.470 ^f
Erkek	n	260	257	3		
	%	57.8%	98.8%	1.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.54'te çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %0.5'i sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi çevrimiçi video platformları ve uygulamalarından alırken, erkeklerin %1.2'si aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile çevrimiçi video platformlarından bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.55 E-devletten bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	E-devlet Hayır	Evet	Test istatistiği	P
Kadın	n	190	186	4		
	%	42.2%	97.9%	2.1%	0.744	0.388 ^{χ²}
Erkek	n	260	251	9		
	%	57.8%	96.5%	3.5%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 5.55'te E-devletten bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %2.1'i sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi e-devletten edinirken, erkeklerin %3.5'i aynı kaynaktan yararlanmaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile E-devletten bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.56 Gazeteden bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Gazete Hayır	Evet	Test istatistiği	P
Kadın	n	190	186	4		
	%	42.2%	97.9%	2.1%	0.019	0.892 ^f
Erkek	n	260	255	5		

% 57.8% 98.1% 1.9%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.56'da gazeteden bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %2.1'i sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi gazetelerden alırken, erkeklerin %1.9'u aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile gazeteden bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.57 Televizyondan bilgi alanların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	163	27	6.388	0.011 χ^2
	%	42.2%	85.8%	14.2%		
Erkek	n	260	242	18		
	%	57.8%	93.1%	6.9%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.57'de televizyondan bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların %14.2'si sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi televizyondan alırken, erkeklerin %6.9'u aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara bakıldığında cinsiyet ile televizyondan bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Sonuçlara göre kadınların erkeklere göre, televizyonu bilgi kaynağı olarak daha fazla kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.58 Radyodan bilgi alan katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Kadın	n	190	187	3	1.788	0.181 ^f
	%	42.2%	98.4%	1.6%		
Erkek	n	260	259	1		
	%	57.8%	99.6%	0.4%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.58'de radyodan bilgi alan katılımcıların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında kadınların %1.6'sı sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili bilgiyi radyodan alırken, erkeklerin ise

%0.4'ü aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bu bulgulara göre cinsiyet ile radyodan bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.59 İnternette bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	10	4	8.126	0.040^f
	%	3.10%	71.4%	28.6%		
Boşanmış	n	18	9	9		
	%	4%	50.0%	50.0%		
Eşi vefat etmiş	n	78	64	14		
	%	17.30%	82.1%	17.9%		
Evli	n	340	244	96		
	%	75.60%	71.8%	28.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.59'da internette bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %28.6'sı, boşanmış kişilerin %50'si ve eşi vefat etmiş kişilerin %17.9'u internet arama motorlarını kullanırken, evli kişilerin sadece %28.2'si aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bu sonuçlara göre medeni durum ile internette bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.60 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Yakın Çevrem		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	11	3	7.538	0.054 ^f
	%	3.10%	78.6%	21.4%		
Boşanmış	n	18	8	10		
	%	4%	44.4%	55.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	36	42		
	%	17.30%	46.2%	53.8%		
Evli	n	340	198	142		
	%	75.60%	58.2%	41.8%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.60'ta yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %21.4'ü,

boşanmış kişilerin %55.6'sı ve eşi vefat etmiş kişilerin %53.8'i yakın çevrelerinden bilgi alırken, evli kişilerin ise sadece %41.8'i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Sonuçlara göre medeni durum ile yakın çevreden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.61 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Sosyal Medya		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	10	4	8.586	0.023^f
	%	3.10%	71.4%	28.6%		
Boşanmış	n	18	16	2		
	%	4%	88.9%	11.1%		
Eşi vefat etmiş	n	78	75	3		
	%	17.30%	96.2%	3.8%		
Evli	n	340	315	25		
	%	75.60%	92.6%	7.4%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.61'te sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %28.6'sı, boşanmış kişilerin %11.1'i ve eşi vefat etmiş kişilerin %3.8'i sosyal medyadan bilgi alırken, evli kişilerin sadece %7.4'ü aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara göre medeni durumun sosyal medya kullanma eğilimini etkilediği görülmektedir ($p<0.05$). Bekar ve boşanmış kişilerin, sosyal etkileşimi artırmak veya sosyal bağları korumak için sosyal medyayı daha fazla kullandığı düşünülmektedir.

Tablo 4.62 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Anlık Mesajlaşma Uygulamaları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	14	0	3.523	0.345 ^f
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	18	17	1		
	%	4%	94.4%	5.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	78	0		
	%	17.30%	100.0%	0.0%		
Evli	n	340	335	5		
	%	75.60%	98.5%	1.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.62’de anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi almadığı, boşanmış kişilerin %5.6’sının bu kaynaktan bilgi aldığı ve eşi vefat etmiş kişilerin ise bu kaynağı kullanmadığı görülmektedir. Evli kişilerin ise %1.5’i anlık mesajlaşma uygulamalarını bilgi kaynağı olarak kullanmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.63 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Sağlık Uzmanları		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	3	11	4.795	0.182 ^{χ²}
	%	3.10%	21.4%	78.6%		
Boşanmış	n	18	6	12		
	%	4%	33.3%	66.7%		
Eşi vefat etmiş	n	78	39	39		
	%	17.30%	50.0%	50.0%		
Evli	n	340	153	187		
	%	75.60%	45.0%	55.0%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.63’de sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %78.6’sı, boşanmış kişilerin %66.7’si ve eşi vefat etmiş kişilerin %50.0’i sağlık uzmanlarından bilgi alırken, evli kişilerin %55.0’i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara göre katılımcıların medeni durumları ile sağlık uzmanlarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.64 Aile hekiminden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Aile Hekimim		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	6	8	1.936	0.587 ^{χ²}
	%	3.10%	42.9%	57.1%		
Boşanmış	n	18	7	11		
	%	4%	38.9%	61.1%		
Eşi vefat etmiş	n	78	24	54		
	%	17.30%	30.8%	69.2%		

Evli	n	340	131	209
	%	75.60%	38.5%	61.5%

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.64'te aile hekiminden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %57.1'i, boşanmış kişilerin %61.1'i ve eşi vefat etmiş kişilerin %69.2'si aile hekimlerinden bilgi alırken, evli kişilerin %61.5'i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara göre katılımcıların medeni durumları ile aile hekiminden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.65 Kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Kurumsal Hastane Web siteleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	13	1	3.054	0.317 ^f
	%	3.10%	92.9%	7.1%		
Boşanmış	n	18	18	0		
	%	4%	100.0%	0.0%		
Eşi vefat etmiş	n	78	75	3		
	%	17.30%	96.2%	3.8%		
Evli	n	340	333	7		
	%	75.60%	97.9%	2.1%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.65'te kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %7.1'i ve eşi vefat etmiş kişilerin %3.8'i kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alırken, evli kişilerin %2.1'i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Bulgulara göre katılımcıların medeni durumları ile kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.66 Sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Sağlık Portalları, Blogları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	13	1	8.191	0.043^f
	%	3.10%	92.9%	7.1%		
Boşanmış	n	18	17	1		
	%	4%	94.4%	5.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	77	1		
	%	17.30%	98.7%	1.3%		
Evli	n	340	338	2		
	%	75.60%	99.4%	0.6%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.66'da sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %7.1'i, boşanmış kişilerin %5.6'sı ve eşi vefat etmiş kişilerin %1.3'ü sağlık portalları ve bloglarından bilgi alırken, evli kişilerin ise sadece %0.6'sı aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile sağlık portallarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.67 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Çevrimiçi	Video	Test istatistiği	p
			Platformları			
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	14	0	13.226	0.005 ^f
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	18	18	0		
	%	4%	100.0%	0.0%		
Eşi vefat etmiş	n	78	74	4		
	%	17.30%	94.9%	5.1%		
Evli	n	340	340	0		
	%	75.60%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.67'de çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar ve boşanmış kişilerin çevrimiçi video platformlarından bilgi almadığı, eşi vefat etmiş kişilerin ise %5.1'inin bu kaynaktan bilgi aldığı görülmektedir. Evli kişilerin ise bu

kaynağı kullanmadığı belirtilmektedir. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile çevrimiçi video platformlarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.68 E-devletten bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	E-devlet		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	14	0	0.406	0.888 ^f
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	18	18	0		
	%	4%	100.0%	0.0%		
Eşi vefat etmiş	n	78	75	3		
	%	17.30%	96.2%	3.8%		
Evli	n	340	330	10		
	%	75.60%	97.1%	2.9%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.68'de E-devletten bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar ve boşanmış kişilerin e-devlet hizmetlerinden bilgi almadığı, eşi vefat etmiş kişilerin ise %3.8'inin bu kaynaktan bilgi aldığı görülmektedir. Evli kişilerin ise %2.9'unun aynı kaynaktan bilgi aldığı belirtilmektedir. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile e devletten bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.69 Gazeteden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Gazete		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	14	0	3.964	0.200 ^f
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	18	17	1		
	%	4%	94.4%	5.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	75	3		
	%	17.30%	96.2%	3.8%		
Evli	n	340	335	5		
	%	75.60%	98.5%	1.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.69'da gazeteden bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin gazetelerden bilgi almadığı, boşanmış kişilerin %5.6'sının bu kaynaktan bilgi aldığı ve eşi vefat etmiş kişilerin %3.8'inin gazeteleri bilgi kaynağı olarak kullandığı görülmektedir. Evli

kişilerin ise %1.5'inin aynı kaynaktan bilgi aldığı belirtilmektedir. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile gazeteden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.70 Televizyondan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	9	5	21.514	<0.001 ^{χ²}
	%	3.10%	64.3%	35.7%		
Boşanmış	n	18	12	6		
	%	4%	66.7%	33.3%		
Eşi vefat etmiş	n	78	67	11		
	%	17.30%	85.9%	14.1%		
Evli	n	340	317	23		
	%	75.60%	93.2%	6.8%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.70’te televizyondan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar kişilerin %35.7’si, boşanmış kişilerin %33.3’ü ve eşi vefat etmiş kişilerin %14.1’i televizyondan bilgi alırken, evli kişilerin ise sadece %6.8’i aynı kaynaktan bilgi almaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile televizyondan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.71 Radyodan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	14	13	1	8.585	0.038 ^f
	%	3.10%	92.9%	7.1%		
Boşanmış	n	18	17	1		
	%	4%	94.4%	5.6%		
Eşi vefat etmiş	n	78	78	0		
	%	17.30%	100.0%	0.0%		
Evli	n	340	338	2		
	%	75.60%	99.4%	0.6%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.71’de radyodan bilgi alan katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bekar ve boşanmış kişilerin birer kişi hariç radyo kullanmadığı, eşi vefat etmiş kişilerin ise bu kaynağı

kullanmadığı görülmektedir. Evli kişilerin ise %0.6'sının radyo kullandığı görülmektedir. Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumları ile radyodan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.72 İnternette (çevrimiçi arama motorlarından) bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	64.978	<0.001 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	169	32		
	%	44.70%	84.1%	15.9%		
Ortaokul	n	86	57	29		
	%	19.10%	66.3%	33.7%		
Lise	n	89	44	45		
	%	19.80%	49.4%	50.6%		
Üniversite	n	34	20	14		
	%	7.60%	58.8%	41.2%		
Yüksek lisans	n	3	0	3		
	%	0.70%	0.0%	100.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.72'de internette (çevrimiçi arama motorlarından) bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında lise mezunlarının % 50.6'sı üniversite mezunlarının %41.2'si ve yüksek lisans mezunlarının %100'ü çevrimiçi arama motorlarını bilgi kaynağı olarak kullanmaktadır. Bu verilere göre, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin çevrimiçi arama motorlarını kullanma eğiliminin daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile internette (çevrimiçi arama motorlarından) bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.73 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Yakın Çevrem		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	2	11	17.757	<0.001 ^f
	%	2.90%	15.4%	84.6%		
Okur-yazar	n	24	11	13		

	%	5.30%	45.8%	54.2%
İlkokul	n	201	113	88
	%	44.70%	56.2%	43.8%
Ortaokul	n	86	43	43
	%	19.10%	50.0%	50.0%
Lise	n	89	58	31
	%	19.80%	65.2%	34.8%
Üniversite	n	34	23	11
	%	7.60%	67.6%	32.4%
Yüksek lisans	n	3	3	0
	%	0.70%	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.73'te yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında okur-yazar olmayan veya okur-yazar seviyesinde eğitime sahip olan bireylerin %84.6'sı ve %54.2'si yakın çevrelerinden bilgi almaktadır. Ancak, lise ve üniversite mezunlarının bu oranı sırasıyla %34.8 ve %32.4'dir. Daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin yakın çevrelerinden bilgi almayı tercih etme eğilimi daha fazladır. Sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile yakın çevresinden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.74 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Sosyal Medya		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	9.597	0.102 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	190	11		
	%	44.70%	94.5%	5.5%		
Ortaokul	n	86	78	8		
	%	19.10%	90.7%	9.3%		
Lise	n	89	78	11		
	%	19.80%	87.6%	12.4%		
Üniversite	n	34	31	3		
	%	7.60%	91.2%	8.8%		
Yüksek lisans	n	3	2	1		
	%	0.70%	66.7%	33.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.74'te sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında lise ve yüksek lisans

mezunlarının %12.4'ü ve %33.3'ü sosyal medya platformlarından bilgi almaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile sosyal medyadan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.75 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Anlık Mesajlaşma Uygulamaları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	5.926	0.445 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	200	1		
	%	44.70%	99.5%	0.5%		
Ortaokul	n	86	84	2		
	%	19.10%	97.7%	2.3%		
Lise	n	89	87	2		
	%	19.80%	97.8%	2.2%		
Üniversite	n	34	33	1		
	%	7.60%	97.1%	2.9%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.70%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.75'te anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu bulgulara bakıldığında lise, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının bu uygulamaları kullanma oranları sırasıyla %2.2, %2.9 ve %0.0 olarak belirtilmiştir. Sonuçlara göre eğitim düzeyi ile anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.76 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Sağlık Uzmanları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	9	4	12.240	0.020 ^f
	%	2.90%	69.2%	30.8%		
Okur-yazar	n	24	16	8		
	%	5.30%	66.7%	33.3%		
İlkokul	n	201	96	105		
	%	44.70%	47.8%	52.2%		

Ortaokul	n	86	36	50
	%	19.10%	41.9%	58.1%
Lise	n	89	33	56
	%	19.80%	37.1%	62.9%
Üniversite	n	34	10	24
	%	7.60%	29.4%	70.6%
Yüksek lisans	n	3	1	2
	%	0.70%	33.3%	66.7%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.76'da sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu bulgulara bakıldığında üniversite ve yüksek lisans mezunlarının %70.6'sı ve %66.7 çoğunluğu diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha fazla sağlık uzmanlarından bilgi almaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile sağlık uzmanlarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.77 Aile hekiminden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Aile Hekimim		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	5	8		
	%	2.90%	38.5%	61.5%		
Okur-yazar	n	24	9	15		
	%	5.30%	37.5%	62.5%		
İlkokul	n	201	67	134		
	%	44.70%	33.3%	66.7%		
Ortaokul	n	86	34	52	3.235	0.793 ^f
	%	19.10%	39.5%	60.5%		
Lise	n	89	37	52		
	%	19.80%	41.6%	58.4%		
Üniversite	n	34	15	19		
	%	7.60%	44.1%	55.9%		
Yüksek lisans	n	3	1	2		
	%	0.70%	33.3%	66.7%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.77'da aile hekimlerinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu bulgulara bakıldığında okur-yazar olmayan ve okur-yazar seviyesinde eğitime sahip olan bireylerin %61.5'i ve %62.5'i aile hekimlerinden bilgi almaktadır. İlkokul ve ortaokul mezunlarının bu oranı sırasıyla %66.7 ve %60.5 olarak belirtilmiştir. Tüm eğitim gruplarının aile hekiminden bilgi alma durumları istatistiksel olarak benzerdir. Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim

düzeyi ile aile hekiminden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.78 Kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Kurumsal Hastane Web siteleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	2.621	0.880 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	197	4		
	%	44.70%	98.0%	2.0%		
Ortaokul	n	86	83	3		
	%	19.10%	96.5%	3.5%		
Lise	n	89	86	3		
	%	19.80%	96.6%	3.4%		
Üniversite	n	34	33	1		
	%	7.60%	97.1%	2.9%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.70%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.78'de kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu bulgulara bakıldığında ilkökul ve ortaokul mezunlarının %2.0 ve %3.5'i bu kaynağı kullanmaktadır. Lise mezunlarının ve üniversite mezunlarının bu oranları sırasıyla %3.4 ve %2.9'dur. Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.79 Sağlık portalları ve bloglardan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Sağlık Portalları, Blogları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	5.962	0.426 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	200	1		
	%	44.70%	99.5%	0.5%		
Ortaokul	n	86	84	2		
	%	19.10%	96.5%	3.5%		

	%	19.10%	97.7%	2.3%
Lise	n	89	88	1
	%	19.80%	98.9%	1.1%
Üniversite	n	34	33	1
	%	7.60%	97.1%	2.9%
Yüksek lisans	n	3	3	0
	%	0.70%	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.79'da sağlık portalları ve bloglardan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bu bulgulara bakıldığında ortaokul ve lise mezunlarının %2.3 ve %1.1'i sağlık portallarından bilgi almıyorken, üniversite mezunlarının %2.9'u bu kaynağı kullanmaktadır. Ancak, ilkokul mezunlarının ve okur-yazar seviyesinde eğitime sahip olan bireylerin bu kaynağı kullanmamaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile sağlık portallarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.80 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Çevrimiçi Platformları, Uygulamalar	Video	Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	4.167	0.908 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	198	3		
	%	44.70%	98.5%	1.5%		
Ortaokul	n	86	86	0		
	%	19.10%	100.0%	0.0%		
Lise	n	89	88	1		
	%	19.80%	98.9%	1.1%		
Üniversite	n	34	34	0		
	%	7.60%	100.0%	0.0%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.70%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.80’de çevrimiçi video platformları ve uygulamalardan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında ilkokul mezunlarının %1.5’i bu kaynağı kullanırken, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının bu kaynağı kullanmadığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile sağlık portallarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.81 E-devletten bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	E-devlet		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	11.105	0.053 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	199	2		
	%	44.70%	99.0%	1.0%		
Ortaokul	n	86	84	2		
	%	19.10%	97.7%	2.3%		
Lise	n	89	82	7		
	%	19.80%	92.1%	7.9%		
Üniversite	n	34	32	2		
	%	7.60%	94.1%	5.9%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.70%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.81’de e-devletten bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında ilkokul mezunlarının %1.0’u ve ortaokul mezunlarının %2.3’ü e-devleti kullanırken, lise mezunlarının %7.9’u ve üniversite mezunlarının %5.9’u bu kaynağı kullanmaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile e devletten bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.82 Gazetelerden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Gazete		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	10.470	0.066 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		

Okur-yazar	n	24	23	1
	%	5.30%	95.8%	4.2%
İlkokul	n	201	195	6
	%	44.70%	97.0%	3.0%
Ortaokul	n	86	85	1
	%	19.10%	98.8%	1.2%
Lise	n	89	89	0
	%	19.80%	100.0%	0.0%
Üniversite	n	34	34	0
	%	7.60%	100.0%	0.0%
Yüksek lisans	n	3	2	1
	%	0.70%	66.7%	33.3%

n, s. Gözlem sayısı, f, s. Fisher's exact test

Tablo 4.82'de gazetelerden bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında yüksek lisans mezunlarının %33.3'ü gazete okumaktadır. Diğer eğitim düzeyi gruplarında ise bu oran oldukça düşüktür. Sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile gazetelerden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.83 Televizyondan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	1.867	0.917 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	22	2		
	%	5.30%	91.7%	8.3%		
İlkokul	n	201	178	23		
	%	44.70%	88.6%	11.4%		
Ortaokul	n	86	79	7		
	%	19.10%	91.9%	8.1%		
Lise	n	89	79	10		
	%	19.80%	88.8%	11.2%		
Üniversite	n	34	31	3		
	%	7.60%	91.2%	8.8%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.70%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.83'te televizyonlardan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında lise mezunlarının %11.2'si ve üniversite mezunlarının %8.8'i televizyon izlemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların

eğitim düzeyi ile televizyondan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.84 Televizyondan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	13	13	0	5.340	0.643 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	24	24	0		
	%	5.30%	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	201	197	4		
	%	44.70%	98.0%	2.0%		
Ortaokul	n	86	86	0		
	%	19.10%	100.0%	0.0%		
Lise	n	89	89	0		
	%	19.80%	100.0%	0.0%		
Üniversite	n	34	34	0		
	%	7.60%	100.0%	0.0%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	0.70%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.84'te radyodan bilgi alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında genel olarak radyodan bilgi alma oranı bulunmamakla birlikte sadece ilkokul mezunlarının %2'si radyodan bilgi almaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyi ile radyodan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.85 İnternette bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	76	7	53.993	<0.001 ^f
	%	18.40%	91.6%	8.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	203	62		
	%	58.90%	76.6%	23.4%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	42	44		
	%	19.10%	48.8%	51.2%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	4	10		
	%	3.10%	28.6%	71.4%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.85'te internetten bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında 15.001 TL ile 30.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %51,2'si ve 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %71,4'ü bu kaynağı kullanmaktadır. Gelir seviyesi düştükçe çevrimiçi arama motorlarını kullananların oranı azalmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile internetten bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.86 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Yakın Çevrem		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	37	46	6.638	0.133 ^f
	%	18.40%	44.6%	55.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	159	106		
	%	58.90%	60.0%	40.0%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	49	37		
	%	19.10%	57.0%	43.0%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	7	7		
	%	3.10%	50.0%	50.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.40%	50.0%	50.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.86'da yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında gelir düzeyi yükseldikçe, yakın çevreden bilgi alma eğilimi anlamlı ölçüde farklılaşmamaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile yakın çevresinden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.87 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Sosyal Medya		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	81	2	24.576	<0.001 ^f
	%	18.40%	97.6%	2.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	251	14		
	%	58.90%	94.7%	5.3%		

15.001 TL 30.000 TL	n	86	74	12
	%	19.10%	86.0%	14.0%
30.001TL- 50.000 TL	n	14	8	6
	%	3.10%	57.1%	42.9%
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0
	%	0.40%	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.87’de sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %42.9'u bu kaynağı kullanırken, geliri olmayan bireylerde ve düşük gelir seviyesine sahip olanlarda sosyal medya kullanımı daha düşük ve gelir düzeyi yükseldikçe, sosyal medya kullanımı artmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile sosyal medyadan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.88 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Anlık Mesajlaşma Uygulamaları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	3.738	0.552 ^f
	%	18.40%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	261	4		
	%	58.90%	98.5%	1.5%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	84	2		
	%	19.10%	97.7%	2.3%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.88’de anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında gelir düzeyi gruplarının anlık mesajlaşma uygulamaları kullanımı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile anlık mesajlaşma

uygulamalarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.89 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Sağlık Uzmanları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	44	39	25.662	<0.001 ^f
	%	18.40%	53.0%	47.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	132	133		
	%	58.90%	49.8%	50.2%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	23	63		
	%	19.10%	26.7%	73.3%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	14	1	13		
	%	3.10%	7.1%	92.9%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.40%	50.0%	50.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.89'da sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında gelir düzeyi yükseldikçe sağlık uzmanlarından bilgi alma eğilimi genellikle artmaktadır. Özellikle, 15.001 TL -30.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %73.3'ü bu kaynağı kullanırken, 30.001 TL -50.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %92.9'u sağlık uzmanlarından bilgi almaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile sağlık uzmanlarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.90 Aile hekimlerinden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Aile Hekimim		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	22	61	11.791	0.014 ^f
	%	18.40%	26.5%	73.5%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	99	166		
	%	58.90%	37.4%	62.6%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	43	43		
	%	19.10%	50.0%	50.0%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	14	3	11		
	%	3.10%	21.4%	78.6%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	1	1		
	%	0.40%	50.0%	50.0%		

% 0.40% 50.0% 50.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.90'da aile hekimlerinden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında gelir düzeyi yükseldikçe aile hekimlerinden bilgi alma eğilimi genellikle artmaktadır. Özellikle, 30.001 TL ile 50.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %78.6'sı ve 50.001 TL ile 100.000 TL arasında gelire sahip olan bireylerin %50.0'ı bu kaynağı kullanmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimlerinden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.91 Kurumsal hastanelerden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Kurumsal Web siteleri	Hastane	Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0		
	%	18.40%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	257	8		
	%	58.90%	97.0%	3.0%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	83	3	4.144	0.432 ^f
	%	19.10%	96.5%	3.5%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.91'de kurumsal hastanelerden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında katılımcıların gelir düzeyleri ile kurumsal hastane web sitelerinden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.92 Sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Sağlık Blogları	Portalları,	Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	82	1	16.222	0.001 ^f
	%	18.40%	98.8%	1.2%		

1000 TL- 15.000 TL	n	265	265	0
	%	58.90%	100.0%	0.0%
15.001 TL 30.000 TL	n	86	84	2
	%	19.10%	97.7%	2.3%
30.001TL- 50.000 TL	n	14	12	2
	%	3.10%	85.7%	14.3%
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0
	%	0.40%	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.92'de sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça sağlık portallarından bilgi, enformasyon alma oranları da anlamlı ölçüde artmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile sağlık portallarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.93 Çevrimiçi video ve uygulamalardan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Çevrimiçi Platformları, Uygulamalar	Video	Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	8.160	0.114 ^f
	%	18.40%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	264	1		
	%	58.90%	99.6%	0.4%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	83	3		
	%	19.10%	96.5%	3.5%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.93'te çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça çevrimiçi video platformlarından bilgi,

enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile çevrimiçi video platformlarından bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.94 E-devletten bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	E-devlet Hayır	Evet	Test istatistiği	P
Gelirim yok	n	83	82	1		
	%	18.40%	98.8%	1.2%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	259	6		
	%	58.90%	97.7%	2.3%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	80	6	6.194	0.209 ^f
	%	19.10%	93.0%	7.0%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.94'te e-devletten bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça e-devletten bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile e-devletten bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.95 Gazeteden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Gazete Hayır	Evet	Test istatistiği	P
Gelirim yok	n	83	83	0		
	%	18.40%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	261	4		
	%	58.90%	98.5%	1.5%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	81	5	7.935	0.112 ^f
	%	19.10%	94.2%	5.8%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.95'te gazeteden bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça gazeteden bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile gazetelerden bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.96 Televizyondan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	81	2	19.393	0.001^f
	%	18.40%	97.6%	2.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	240	25		
	%	58.90%	90.6%	9.4%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	74	12		
	%	19.10%	86.0%	14.0%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	8	6		
	%	3.10%	57.1%	42.9%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.96'da televizyondan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça televizyondan bilgi ve enformasyon alma oranları artmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile televizyondan bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.97 Radyo bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları

Gelir düzeyi	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	83	83	0	8.160	0.114 ^f
	%	18.40%	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	265	264	1		
	%	58.90%	99.6%	0.4%		
15.001 TL 30.000 TL	n	86	83	3		
	%	19.10%	96.5%	3.5%		
30.001TL- 50.000 TL	n	14	14	0		
	%	3.10%	100.0%	0.0%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	2	2	0		
	%	0.40%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.97’de radyodan bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların gelir düzeyi arttıkça radyodan bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyleri ile radyolardan bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.98 İnternet (çevrimiçi arama motorlarından) bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	22	8	18.870	0.006
	%	6.70%	73.3%	26.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	26	1		
	%	6%	96.3%	3.7%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	79	40		
	%	26.40%	66.4%	33.6%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	165	53		
	%	48.40%	75.7%	24.3%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	24	16		
	%	8.90%	60.0%	40.0%		
Diğer	n	16	11	5		
	%	3.60%	68.8%	31.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.98’de internetten bilgi alan katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında yaşam biçiminin internet arama motorlarını kullanma eğilimi üzerinde bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu noktada, eşi ile birlikte yaşayan bireylerin %24.3’ü internet arama motorlarını kullanırken, yalnız yaşayan bireylerin bu oranı %40.0’dır. Bununla birlikte, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin %33.6’sı ve çocuğu veya çocuklarıyla yaşayan bireylerin %26.7’si

internet arama motorlarını kullanmaktadır. Çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin oranı ise oldukça düşüktür (%3.7). Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimleri ile internetten bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.99 Yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Yakın Çevrem		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	15	15	4.178	0.524 ^{χ²}
	%	6.70%	50.0%	50.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	11	16		
	%	6%	40.7%	59.3%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	68	51		
	%	26.40%	57.1%	42.9%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	128	90		
	%	48.40%	58.7%	41.3%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	21	19		
	%	8.90%	52.5%	47.5%		
Diğer	n	16	10	6		
	%	3.60%	62.5%	37.5%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.99’da yakın çevresinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre yakın çevresinden bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile yakın çevresinden bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.100 Sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Sosyal Medya		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	30	0	15.898	0.004 ^f
	%	6.70%	100.0%	0.0%		

Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0
	%	6%	100.0%	0.0%
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	106	13
	%	26.40%	89.1%	10.9%
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	207	11
	%	48.40%	95.0%	5.0%
Yalnız Yaşıyorum	n	40	32	8
	%	8.90%	80.0%	20.0%
Diğer	n	16	14	2
	%	3.60%	87.5%	12.5%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.100'de sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak tüm yaşam biçimlerinde sosyal medya kullanım oranları oldukça düşüktür. Ancak, çocuğu veya çocuklarıyla yaşayan bireylerin %10.9'u ve eşimle birlikte yaşayan bireylerin %5.0'si, yalnız yaşayan bireylerin %20'si sosyal medya kullanmaktadır. Diğer yaşam biçimlerinde bu oranlar çok daha düşüktür. Bu bakımdan yalnız yaşayan bireylerin sosyal medyadan bilgi alma oranı diğer yaşam biçimlerine göre daha yüksektir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile sosyal medyadan bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$).

Tablo 4.101 Anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Anlık Mesajlaşma Uygulamaları		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	30	0		
	%	6.70%	100.0%	0.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0		
	%	6%	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	117	2	1.551	0.942 ^f
	%	26.40%	98.3%	1.7%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	215	3		
	%	48.40%	98.6%	1.4%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	39	1		

	%	8.90%	97.5%	2.5%
Diğer	n	16	16	0
	%	3.60%	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.101'da anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile anlık mesajlaşma uygulamalarından bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.102 Sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Sağlık Uzmanları		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	13	17		
	%	6.70%	43.3%	56.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	14	13		
	%	6%	51.9%	48.1%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	61	58	4.683	0.458 ^{χ²}
	%	26.40%	51.3%	48.7%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	92	126		
	%	48.40%	42.2%	57.8%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	16	24		
	%	8.90%	40.0%	60.0%		
Diğer	n	16	5	11		
	%	3.60%	31.3%	68.8%		

n:Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 102'de sağlık uzmanlarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre sağlık uzmanlarından bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile sağlık uzmanlarından bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.103 Aile hekiminden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Aile Hekimim		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	7	23	3.981	0.555 ^{χ²}
	%	6.70%	23.3%	76.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	12	15		
	%	6%	44.4%	55.6%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	45	74		
	%	26.40%	37.8%	62.2%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	84	134		
	%	48.40%	38.5%	61.5%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	13	27		
	%	8.90%	32.5%	67.5%		
Diğer	n	16	7	9		
	%	3.60%	43.8%	56.3%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.103'te aile hekimlerinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre aile hekimlerinden bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile aile hekimlerinden bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.104 Kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Kurumsal Hastane Web siteleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	29	1	5.357	0.254 ^f
	%	6.70%	96.7%	3.3%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0		
	%	6%	100.0%	0.0%		

Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	118	1
	%	26.40%	99.2%	0.8%
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	212	6
	%	48.40%	97.2%	2.8%
Yalnız Yaşıyorum	n	40	37	3
	%	8.90%	92.5%	7.5%
Diğer	n	16	16	0
	%	3.60%	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.104'te kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.105 Sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Sağlık Portalları, Blogları		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	29	1	10.187	0.034^f
	%	6.70%	96.7%	3.3%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0		
	%	6%	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	117	2		
	%	26.40%	98.3%	1.7%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	218	0		
	%	48.40%	100.0%	0.0%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	39	1		
	%	8.90%	97.5%	2.5%		
Diğer	n	16	15	1		
	%	3.60%	93.8%	6.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.105’te sağlık portallarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında yalnız yaşayan (%2.5) ve eşi ve çocukları ile yaşayan (%1.7) katılımcıların sağlık portallarından bilgi ve enformasyon alma oranları diğer gruplara göre daha fazladır. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile sağlık portallarından bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.106 Çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Çevrimiçi Platformları, Uygulamalar		Video	Test istatistiği	P
			Hayır	Evet			
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	30	0			
	%	6.70%	100.0%	0.0%			
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0			
	%	6%	100.0%	0.0%			
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	119	0	16.903	0.001^f	
	%	26.40%	100.0%	0.0%			
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	218	0			
	%	48.40%	100.0%	0.0%			
Yalnız Yaşıyorum	n	40	36	4			
	%	8.90%	90.0%	10.0%			
Diğer	n	16	16	0			
	%	3.60%	100.0%	0.0%			

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.106’da çevrimiçi video platformlarından bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında yalnız yaşayan (%10) katılımcıların çevrimiçi video platformlarından bilgi ve enformasyon alma oranları diğer gruplara göre daha fazladır. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile çevrimiçi video platformlarından bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.107 E-devletten bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	E-devlet Hayır	Evet	Test istatistiği	p
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	29	1		
	%	6.70%	96.7%	3.3%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	26	1		
	%	6%	96.3%	3.7%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	114	5	1.857	0.832 ^f
	%	26.40%	95.8%	4.2%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	213	5		
	%	48.40%	97.7%	2.3%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	39	1		
	%	8.90%	97.5%	2.5%		
Diğer	n	16	16	0		
	%	3.60%	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.107'de kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile kurumsal hastanelerin web sitelerinden bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.108 Gazeteden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Gazete Hayır	Evet	Test istatistiği	p
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	29	1		
	%	6.70%	96.7%	3.3%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	26	1	5.961	0.213 ^f
	%	6%	96.3%	3.7%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	116	3		

		%	26.40%	97.5%	2.5%
Eşimle Yaşıyorum	Birlikte	n	218	216	2
		%	48.40%	99.1%	0.9%
Yalnız Yaşıyorum		n	40	39	1
		%	8.90%	97.5%	2.5%
Diğer		n	16	15	1
		%	3.60%	93.8%	6.3%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.108'de gazetelerden bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında katılımcıların yaşam biçimine göre gazetelerden bilgi ve enformasyon alma oranları değişmemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile gazetelerden bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.109 Televizyondan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Televizyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	24	6		
	%	6.70%	80.0%	20.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	23	4		
	%	6%	85.2%	14.8%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	107	12		
	%	26.40%	89.9%	10.1%	18.507	0.001^f
Eşimle Yaşıyorum	Birlikte	n	218	207	11	
	%	48.40%	95.0%	5.0%		
Yalnız Yaşıyorum		n	40	31	9	
	%	8.90%	77.5%	22.5%		
Diğer		n	16	13	3	
	%	3.60%	81.3%	18.8%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.109'da televizyondan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında yalnız yaşayan bireylerin %22,5'i, çocuğu veya çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin %20.0'si televizyon izlemekteyken, eşi ile birlikte yaşayan bireylerin %5.0'i televizyon

izlemektedir. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile televizyondan bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.110 Radyodan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Radyo		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	30	30	0		
	%	6.70%	100.0%	0.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	27	27	0		
	%	6%	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	119	118	1	9.846	0.042^f
	%	26.40%	99.2%	0.8%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	218	217	1		
	%	48.40%	99.5%	0.5%		
Yalnız Yaşıyorum	n	40	40	0		
	%	8.90%	100.0%	0.0%		
Diğer	n	16	14	2		
	%	3.60%	87.5%	12.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.110'da radyodan bilgi alan katılımcıların yaşam biçimlerine göre karşılaştırmaları verilmiştir. Bulgulara bakıldığında çocuğu ve çocuklarıyla yaşayan, yalnız yaşayan ve çocuklarının aileleriyle yaşayan katılımcılar radyo bilgi ve enformasyon almıyorlarken, eşi ile yaşayan katılımcılar arasında radyodan bilgi edinenler bulunmaktadır. Sonuçlara göre katılımcıların yaşam biçimi ile radyodan bilgi ve enformasyon alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.111 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Hastalık ya da sağlık durumu ile ilgili		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	50	62	3.351	0.067 ^χ

	%	41.1%	44.6%	55.4%
Erkek	n	161	90	71
	%	58.9%	55.9%	44.1%

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.111’de katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumları ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumları ile ilgili bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten hastalık ya da sağlık durumları ile ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.112 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	89	23	0.130	0.719 ^{χ²}
	%	41.1%	79.5%	20.5%		
Erkek	n	161	125	36		
	%	58.9%	77.6%	22.4%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.112’de katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi ile ilgili bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi ile ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.113 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Alternatif Tedavi Yöntemleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	73	39	0.426	0.514 ^{χ²}
	%	41.1%	65.2%	34.8%		
Erkek	n	161	111	50		
	%	58.9%	68.9%	31.1%		

% 58.9% 68.9% 31.1%

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.113'te katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.114 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	90	22	0.030	0.863 χ^2
	%	41.1%	80.4%	19.6%		
Erkek	n	161	128	33		
	%	58.9%	79.5%	20.5%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.114'te katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.115 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	85	27	0.698	0.403 χ^2
	%	41.1%	75.9%	24.1%		
Erkek	n	161	129	32		
	%					

% 58.9% 80.1% 19.9%

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.115'te katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takiyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takiyesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten reçetesiz ilaç ve gıda takiyesi hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.116 Katılımcıların cinsiyetlerine göre, internetten medikal ürün ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Medikal Ürün		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	108	4	0.946	0.331 ^f
	%	41.1%	96.4%	3.6%		
Erkek	n	161	151	10		
	%	58.9%	93.8%	6.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.116'da katılımcıların cinsiyetlerine göre medikal ürün ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten medikal ürün ile ilgili bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten medikal ürün ile ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.117 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten ilaç prospektüsleri ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	İlaç prospektüsleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	95	17	1.707	0.191 ^z
	%	41.1%	84.8%	15.2%		
Erkek	n	161	145	16		
	%	58.9%	90.1%	9.9%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo 4.117'de katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten ilaç prospektüsleri ile ilgili bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten ilaç prospektüsleri ile ilgili

bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.118 Katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Cinsiyet	Değer	Toplam	Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Kadın	n	112	55	57	0.360	0.549 ^z
	%	41.1%	49.1%	50.9%		
Erkek	n	161	85	76		
	%	58.9%	52.8%	47.2%		

n: Gözlem sayısı, χ^2 : Ki- kare bağımsızlık testi

Tablo4.118’de katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Cinsiyet ile internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.119 Katılımcıların medeni durumlarına göre hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	1	7	6.608	0.079 ^f
	%	2.90%	12.5%	87.5%		
Boşanmış	n	14	5	9		
	%	5.10%	35.7%	64.3%		
Eşi vefat etmiş	n	32	18	14		
	%	11.70%	56.3%	43.8%		
Evli	n	219	116	103		
	%	80.20%	53.0%	47.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.119’da katılımcıların medeni durumlarına göre internetten hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu

sonuçlara bakıldığında; katılımcıların cinsiyetlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.120 Katılımcıların medeni durumlarına göre tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	7	1	2.196	0.526 ^f
	%	2.90%	87.5%	12.5%		
Boşanmış	n	14	11	3		
	%	5.10%	78.6%	21.4%		
Eşi vefat etmiş	n	32	22	10		
	%	11.70%	68.8%	31.3%		
Evli	n	219	174	45		
	%	80.20%	79.5%	20.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.120'de katılımcıların medeni durumlarına göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.121 Katılımcıların medeni durumlarına göre alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Alternatif Tedavi Yöntemleri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	7	1	2.102	0.573 ^f
	%	2.90%	87.5%	12.5%		
Boşanmış	n	14	11	3		
	%	5.10%	78.6%	21.4%		
Eşi vefat etmiş	n	32	21	11		
	%	11.70%	65.6%	34.4%		
Evli	n	219	145	74		
	%	80.20%	66.2%	33.8%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.121'de katılımcıların medeni durumlarına göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.122 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	8	0	1.939	0.597 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	14	12	2		
	%	5.10%	85.7%	14.3%		
Eşi vefat etmiş	n	32	26	6		
	%	11.70%	81.3%	18.8%		
Evli	n	219	172	47		
	%	80.20%	78.5%	21.5%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.122'de katılımcıların medeni durumlarına göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.123 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	8	0	2.754	0.389 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		

Boşanmış	n	14	11	3
	%	5.10%	78.6%	21.4%
Eşi vefat etmiş	n	32	23	9
	%	11.70%	71.9%	28.1%
Evli	n	219	172	47
	%	80.20%	78.5%	21.5%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.23'te katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.124 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Medikal Ürün		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	8	0	3.006	0.312 ^f
	%	2.90%	100.0%	0.0%		
Boşanmış	n	14	12	2		
	%	5.10%	85.7%	14.3%		
Eşi vefat etmiş	n	32	30	2		
	%	11.70%	93.8%	6.3%		
Evli	n	219	209	10		
	%	80.20%	95.4%	4.6%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.124'te katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.125 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	İlaç prospektüsleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	5	3	7.067	0.056 ^f
	%	2.90%	62.5%	37.5%		
Boşanmış	n	14	11	3		
	%	5.10%	78.6%	21.4%		
Eşi vefat etmiş	n	32	27	5		
	%	11.70%	84.4%	15.6%		
Evli	n	219	197	22		
	%	80.20%	90.0%	10.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.125'te katılımcıların medeni durumlarına göre internetten reçetesiz ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre medeni durum ile internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.126 Katılımcıların medeni durumlarına göre internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Medeni durum	Değer	Toplam	Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Bekar	n	8	4	4	2.226	0.538 ^f
	%	2.90%	50.0%	50.0%		
Boşanmış	n	14	5	9		
	%	5.10%	35.7%	64.3%		
Eşi vefat etmiş	n	32	19	13		
	%	11.70%	59.4%	40.6%		
Evli	n	219	112	107		
	%	80.20%	51.1%	48.9%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.126'da katılımcıların medeni durumlarına göre internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların medeni durumlarına göre internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre

medeni durum ile internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.127 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	1	1	0		
	%	0.4	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	3	2	1		
	%	1.1	66.7%	33.3%		
İlkokul	n	88	48	40		
	%	32.2	54.5%	45.5%		
Ortaokul	n	67	39	28	5.631	0.466 ^f
	%	24.5	58.2%	41.8%		
Lise	n	81	36	45		
	%	29.7	44.4%	55.6%		
Üniversite	n	30	13	17		
	%	11.0	43.3%	56.7%		
Yüksek lisans	n	3	1	2		
	%	1.1	33.3%	66.7%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.127'da katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten hastalık ya da sağlık durumları hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.128 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n		1	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%	6.204	0.364 ^f
Okur-yazar	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		

İlkokul	n	88	75	13
	%	1.0	85.2%	14.8%
Ortaokul	n	67	52	15
	%	1.0	77.6%	22.4%
Lise	n	81	60	21
	%	1.0	74.1%	25.9%
Üniversite	n	30	21	9
	%	1.0	70.0%	30.0%
Yüksek lisans	n	3	2	1
	%	1.0	66.7%	33.3%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.128'da katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.129 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Alternatif Tedavi Yöntemleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	1	1	0	4.321	0.652 ^f
	%	1.0	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	88	59	29		
	%	1.0	67.0%	33.0%		
Ortaokul	n	67	48	19		
	%	1.0	71.6%	28.4%		
Lise	n	81	49	32		
	%	1.0	60.5%	39.5%		
Üniversite	n	30	22	8		
	%	1.0	73.3%	26.7%		
Yüksek lisans	n	3	2	1		
	%	1.0	66.7%	33.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.129’da katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.130 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	1	1	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	88	75	13		
	%	1.0	85.2%	14.8%		
Ortaokul	n	67	53	14	5.643	0.440 ^f
	%	1.0	79.1%	20.9%		
Lise	n	81	59	22		
	%	1.0	72.8%	27.2%		
Üniversite	n	30	25	5		
	%	1.0	83.3%	16.7%		
Yüksek lisans	n	3	2	1		
	%	1.0	66.7%	33.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.130’da katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.131 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi	Test istatistiği	p
---------------	-------	--------	----------------------------------	------------------	---

			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	1	1	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	88	73	15		
	%	1.0	83.0%	17.0%		
Ortaokul	n	67	49	18	5.764	0.415 ^f
	%	1.0	73.1%	26.9%		
Lise	n	81	59	22		
	%	1.0	72.8%	27.2%		
Üniversite	n	30	26	4		
	%	1.0	86.7%	13.3%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.131'da katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.132 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre medikal ürün hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Medikal Ürün		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	1	1	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	88	81	7		
	%	1.0	92.0%	8.0%		
Ortaokul	n	67	64	3	3.843	0.779 ^f
	%	1.0	95.5%	4.5%		
Lise	n	81	78	3		
	%	1.0	96.3%	3.7%		
Üniversite	n	30	29	1		
	%	1.0	96.7%	3.3%		
Yüksek lisans	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.132’de katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten medikal ürün hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.133 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	İlaç prospektüsleri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n		1	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
Okur-yazar	n	3	3	0		
	%	1.0	100.0%	0.0%		
İlkokul	n	88	81	7		
	%	1.0	92.0%	8.0%		
Ortaokul	n	67	59	8	5.392	0.461 ^f
	%	1.0	88.1%	11.9%		
Lise	n	81	69	12		
	%	1.0	85.2%	14.8%		
Üniversite	n	30	25	5		
	%	1.0	83.3%	16.7%		
Yüksek lisans	n	3	2	1		
	%	1.0	66.7%	33.3%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.133’te katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre eğitim düzeyi ile internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.134 Katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumlarının karşılaştırmaları

Eğitim düzeyi	Değer	Toplam	Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Okur-yazar değil	n	1	1	0	16.446	0.004 ^f

	%	1.0	100.0%	0.0%
Okur-yazar	n	3	3	0
	%	1.0	100.0%	0.0%
İlkokul	n	88	55	33
	%	1.0	62.5%	37.5%
Ortaokul	n	67	36	31
	%	1.0	53.7%	46.3%
Lise	n	81	31	50
	%	1.0	38.3%	61.7%
Üniversite	n	30	14	16
	%	1.0	46.7%	53.3%
Yüksek lisans	n	3	0	3
	%	1.0	0.0%	100.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.134'te katılımcıların eğitim düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeylerine göre (okur-yazar,..., yüksek lisans) internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi oranları artmaktadır. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.135 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Hastalıkla ya da sağlık durumu ilgili Test istatistiği p	
			Hayır	Evet
Gelirim yok	n	23	14	9
	%	0.1	60.9%	39.1%
1000 TL- 15.000 TL	n	158	89	69
	%	0.6	56.3%	43.7%
15.001 TL 30.000 TL	n	78	31	47
	%	0.3	39.7%	60.3%
30.001TL- 50.000 TL	n	13	5	8
	%	0.0	38.5%	61.5%
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0
	%	0.0	100.0%	0.0%

n, s. Gözlem sayısı, f, s. Fisher's exact test

Tablo 135'te katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.136 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	23	21	2	7.344	0.099 ^f
	%	0.1	91.3%	8.7%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	126	32		
	%	0.6	79.7%	20.3%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	59	19		
	%	0.3	75.6%	24.4%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	13	7	6		
	%	0.0	53.8%	46.2%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.136'da katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.137 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Alternatif Tedavi Yöntemleri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	23	19	4	14.201	0.003 ^f
	%	8.4	82.6%	17.4%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	114	44		
	%	57.9	72.2%	27.8%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	46	32		

	%	28.6	59.0%	41.0%
30.001TL- 50.000 TL	n	13	4	9
	%	4.8	30.8%	69.2%
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0
	%	0.4	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.137'de katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre (gelirim yok, ..., 50.001TL- 100.000 TL) internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma oranları da artmaktadır. Bir başka ifadeyle gelir düzeyi arttıkça alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma oranı artmaktadır. Buna göre gelir düzeyi ile internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.138 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	23	17	6	6.402	0.148 ^f
	%	8.4	73.9%	26.1%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	132	26		
	%	57.9	83.5%	16.5%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	56	22		
	%	28.6	71.8%	28.2%		
30.001TL- 50.000 TL	n	13	12	1		
	%	4.8	92.3%	7.7%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0		
	%	0.4	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.138’de katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.139 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	23	20	3	7.659	0.081 ^f
	%	8.4	87.0%	13.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	130	28		
	%	57.9	82.3%	17.7%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	55	23		
	%	28.6	70.5%	29.5%		
30.001 TL- 50.000 TL	n	13	8	5		
	%	4.8	61.5%	38.5%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0		
	%	0.4	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher’s Exact test

Tablo 4.139’da katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.140 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Medikal Ürün		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	23	22	1	1.564	1.000 ^f
	%	8.4	95.7%	4.3%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	149	9		
	%	57.9	94.3%	5.7%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	74	4		
	%	28.6	94.9%	5.1%		

30.001TL- 50.000 TL	n	13	13	0
	%	4.8	100.0%	0.0%
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0
	%	0.4	100.0%	0.0%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.140'da katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten medikal ürün hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.141 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	İlaç prospektüsleri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Gelirim yok	n	23	23	0		
	%	8.4	100.0%	0.0%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	139	19		
	%	57.9	88.0%	12.0%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	66	12	5.228	0.264 ^f
	%	28.6	84.6%	15.4%		
30.001TL- 50.000 TL	n	13	11	2		
	%	4.8	84.6%	15.4%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0		
	%	0.4	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.141'de katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.142 Katılımcıların gelir düzeylerine (aylık) göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Aylık gelir	Değer	Toplam	Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		

Gelirim yok	n	23	10	13		
	%	8.4	43.5%	56.5%		
1000 TL- 15.000 TL	n	158	84	74		
	%	57.9	53.2%	46.8%		
15.001 TL 30.000 TL	n	78	36	42	4.110	0.360 ^f
	%	28.6	46.2%	53.8%		
30.001TL- 50.000 TL	n	13	9	4		
	%	4.8	69.2%	30.8%		
50.001 TL- 100.000 TL	n	1	1	0		
	%	0.4	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.142’de katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların gelir düzeylerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre gelir düzeyi ile internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.143 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili Test istatistiği P	
			Hayır	Evet
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	6	6
	%	0.04%	50.0%	50.0%
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	4	3
	%	2.60%	57.1%	42.9%
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	34	42
	%	27.80%	44.7%	55.3%
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	80	60
	%	51.30%	57.1%	42.9%
Yalnız Yaşıyorum	n	29	12	17
	%	10.60%	41.4%	58.6%

Diğer	n	9	4	5
	%	3.30%	44.4%	55.6%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.143'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile internetten hastalık ya da sağlık durumu hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.144 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi		Test istatistiği	p
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	10	2	3.579	0.615 ^f
	%	0.0	83.3%	16.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	5	2		
	%	0.0	71.4%	28.6%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	56	20		
	%	0.3	73.7%	26.3%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	115	25		
	%	0.5	82.1%	17.9%		
Yalnız Yaşıyorum	n	29	21	8		
	%	0.1	72.4%	27.6%		
Diğer	n	9	7	2		
	%	0.0	77.8%	22.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.144'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile internetten tıbbi kavram ve jargonun tercümesi hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.145 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Alternatif Tedavi Yöntemleri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	7	5	5.447	0.367 ^f
	%	0.0	58.3%	41.7%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	7	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	48	28		
	%	0.3	63.2%	36.8%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	97	43		
	%	0.5	69.3%	30.7%		
Yalnız Yaşıyorum	n	29	18	11		
	%	0.1	62.1%	37.9%		
Diğer	n	9	7	2		
	%	0.0	77.8%	22.2%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.145'te katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile internetten alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.146 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	10	2	6.345	0.246 ^f
	%	0.0	83.3%	16.7%		

Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	5	2
	%	0.0	71.4%	28.6%
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	54	22
	%	0.3	71.1%	28.9%
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	115	25
	%	0.5	82.1%	17.9%
Yalnız Yaşıyorum	n	29	26	3
	%	0.1	89.7%	10.3%
Diğer	n	9	8	1
	%	0.0	88.9%	11.1%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.146'da katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile muayene öncesi uygulamalar hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.147 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten reçetesiz ilaç takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Reçetesiz ilaç ve gıda takviyesi		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	8	4		
	%	0.0	66.7%	33.3%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	7	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	57	19	7.351	0.173 ^f
	%	0.3	75.0%	25.0%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	113	27		
	%	0.5	80.7%	19.3%		
Yalnız Yaşıyorum	n	29	20	9		
	%	0.1	69.0%	31.0%		
Diğer	n	9	9	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.147'da katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten reçetesiz ilaç takviyesi hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten reçetesiz ilaç takviyesi hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile reçetesiz ilaç takviyesi hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.148 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Medikal Ürün		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	12	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	6	1		
	%	0.0	85.7%	14.3%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	69	7		
	%	0.3	90.8%	9.2%	8.939	0.071 ^f
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	137	3		
	%	0.5	97.9%	2.1%		
Yalnız Yaşıyorum	n	29	26	3		
	%	0.1	89.7%	10.3%		
Diğer	n	9	9	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4. 148'de katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten medikal ürün hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre medikal ürün hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile medikal ürün hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.149 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	İlaç prospektüsleri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	9	3		
	%	0.0	75.0%	25.0%		
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	7	0		
	%	0.0	100.0%	0.0%		
Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	64	12	10.645	0.039 ^f
	%	0.3	84.2%	15.8%		
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	130	10		
	%	0.5	92.9%	7.1%		
Yalnız Yaşıyorum	n	29	22	7		
	%	0.1	75.9%	24.1%		
Diğer	n	9	8	1		
	%	0.0	88.9%	11.1%		

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.149'da katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma durumları farklılık göstermektedir. Bulgulara göre çocuğu ile yaşayanların %25'i, eşi ve çocuğu ile yaşayanların %15.8'i, eşi ile yaşayanların %7.1'i ve yalnız yaşayanların %24.1'i internetten ilaç prospektüslerini araştırmaktadır. Buna göre yaşam biçimi ile ilaç prospektüsleri hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p>0.05$).

Tablo 4.150 Katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırmaları

Yaşam biçimi	Değer	Toplam	Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri		Test istatistiği	P
			Hayır	Evet		
Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum	n	12	8	4		
	%	0.0	66.7%	33.3%	1.780	0.898 ^f
Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum	n	7	3	4		
	%	0.0	42.9%	57.1%		

Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum	n	76	38	38
	%	0.3	50.0%	50.0%
Eşimle Birlikte Yaşıyorum	n	140	73	67
	%	0.5	52.1%	47.9%
Yalnız Yaşıyorum	n	29	14	15
	%	0.1	48.3%	51.7%
Diğer	n	9	4	5
	%	0.0	44.4%	55.6%

n: Gözlem sayısı, F: Fisher's Exact test

Tablo 4.150'de katılımcıların yaşam biçimlerine göre internetten sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi almalarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; katılımcıların yaşam biçimlerine göre sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma durumları değişmemektedir. Buna göre yaşam biçimi ile sağlık kuruluşu ve hekimler hakkında bilgi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

4.3.3 Katılımcıların Algılanan Fayda Düzeylerinin Bilgi ve İletişim Teknolojileri Kullanım Pratiklerine Etkisi

Tablo 4.151 Kullanım pratiklerine yönelik bağımlı değişkenler

Kullanım pratikleri	Kısaltma
Televizyon	kp1
Akıllı Televizyon	kp2
Radyo	kp3
Masaüstü Bilgisayar	kp4
Dizüstü Bilgisayar	kp5
Tablet	kp6
Cep Telefonu	kp7
Akıllı Cep Telefonu	kp8
Akıllı Saat	kp9
Diğer (lütfen belirtin)	kp10

Tablo 4.152 Kullanım pratiklerine yönelik lojistik regresyon modelleri

Bağımlı değişken	Katsayı	OR	95% GA		p
			Alt sınır	Üst sınır	
kp1	Sabit terim	19.023	10.877	35.752	<0.001

	IT	0.913	0.886	0.939	<0.001
kp2	Sabit terim	0.016	0.006	0.035	<0.001
	IT	1.161	1.119	1.210	<0.001
kp3	Sabit terim	0.047	0.023	0.088	<0.001
	IT	1.062	1.027	1.100	<0.001
kp4	Sabit terim	0.006	0.001	0.019	<0.001
	IT	1.151	1.089	1.231	<0.001
kp5	Sabit terim	0.010	0.003	0.027	<0.001
	IT	1.119	1.065	1.186	<0.001
kp6	Sabit terim	0.006	0.001	0.023	<0.001
	IT	1.099	1.031	1.189	0.008
kp7	Sabit terim	0.780	0.558	1.084	0.141
	IT	0.968	0.947	0.988	0.003
kp8	Sabit terim	0.655	0.469	0.913	0.013
	IT	1.092	1.067	1.120	<0.001
kp9	Sabit terim	0.003	0.000	0.015	<0.001
	IT	1.117	1.024	1.260	0.030
kp10	Sabit terim	0.033	0.009	0.092	<0.001
	IT	0.935	0.827	1.021	0.182

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı, IT: Bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda

Tablo 4.152’de bilgi iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeylerinin kullanım pratiklerine olan etkilerini gösteren lojistik regresyon analizi sonuçları gösterilmektedir. Tablo 4.151’de ise tüm kullanım pratiklerine dair bağımlı değişkenlerin açıklamaları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda ile televizyon, akıllı televizyon, akıllı televizyon, radyo, masaüstü bilgisayar, dizüstü bilgisayar, tablet, cep telefonu, akıllı cep telefonu ve akıllı saat kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Ancak diğer kategorisi ile anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kullanım pratiklerine yönelik anlamlı çıkan odds oranlarına göre aşağıdaki sonuçlara varılabilir:

- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde televizyon kullanma olasılığı %8.7 düzeyinde azalmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde akıllı televizyon kullanma olasılığı %16.1 düzeyinde artmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde radyo kullanma olasılığı %6.2 düzeyinde artmaktadır.

- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde masaüstü bilgisayar kullanma olasılığı %15.1 düzeyinde artmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde dizüstü bilgisayar kullanma olasılığı %11.9 düzeyinde artmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde tablet kullanma olasılığı %9.9 düzeyinde artmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde tuşlu cep telefonu kullanma olasılığı %3.2 düzeyinde azalmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde akıllı cep telefonu kullanma olasılığı %9.2 düzeyinde artmaktadır.
- Bilgi teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde akıllı saat kullanma olasılığı %11.7 düzeyinde artmaktadır.

4.3.4 Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Sağlık Enformasyon Arama Davranışlarına Etkisi

Tablo 4.153 Sağlık enformasyon davranışına yönelik bağımlı değişkenler

Sağlık enformasyon davranışı	Kısaltma
İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)	se1
Yakın Çevrem	se2
Sosyal Medya	se3
Anlık Mesajlaşma Uygulamaları	se4
Sağlık Uzmanları	se5
Aile Hekimim	se6
Kurumsal Hastane Websiteleri	se7
Sağlık Portalları, Blogları	se8
Çevrimiçi Video PlatformlarıveUygulamalar	se9
E-devlet	se10
Gazete	se11
Televizyon	se12
Radio	se13
Diğer (lütfen belirtin)	se14
Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyon	se15
Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi	se16
Alternatif Tedavi Yöntemleri	se17
Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon	se18

Reçetesiz ilaçveğıda takviyesi	se19
Medikal Ürün	se20
İlaç prospektüsleri	se21
Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri	se22
Diğer Hastalarla İletişim	se23

Tablo 4.154 Sağlık enformasyon davranışına yönelik lojistik regresyon modelleri

Bağımlı değişken	Katsayı	OR	95% GA		p
			Alt sınır	Üst sınır	
se1	Sabit terim	0.087	0.031	0.220	<0.001
	CL	1.162	1.096	1.241	<0.001
se2	Sabit terim	1.091	0.510	2.329	0.821
	CL	0.967	0.920	1.017	0.190
se3	Sabit terim	0.046	0.009	0.172	<0.001
	CL	1.072	0.986	1.182	0.128
se4	Sabit terim	0.002	0.000	0.051	0.005
	CL	1.173	0.952	1.598	0.223
se5	Sabit terim	1.113	0.520	2.414	0.784
	CL	1.033	0.982	1.087	0.202
se6	Sabit terim	0.686	0.319	1.460	0.329
	CL	1.049	0.999	1.103	0.058
se7	Sabit terim	0.000	0.000	0.009	<0.001
	CL	1.401	1.113	1.891	0.013
se8	Sabit terim	0.000	0.000	0.015	0.008
	CL	1.392	1.020	2.226	0.094
se9	Sabit terim	0.007	0.000	0.120	0.009
	CL	1.048	0.861	1.399	0.692
se10	Sabit terim	0.000	0.000	0.005	<0.001
	CL	1.477	1.161	2.010	0.005
se11	Sabit terim	0.005	0.000	0.075	0.003
	CL	1.115	0.936	1.431	0.307
se12	Sabit terim	0.044	0.009	0.159	<0.001
	CL	1.085	1.000	1.194	0.067
se13	Sabit terim	0.008	0.000	0.144	0.015
	CL	1.021	0.824	1.403	0.869
se14	Sabit terim	0.009	0.000	0.132	0.009
	CL	1.034	0.853	1.364	0.769
se15	Sabit terim	0.070	0.024	0.180	<0.001
	CL	1.193	1.122	1.277	<0.001
se16	Sabit terim	0.018	0.003	0.070	<0.001
	CL	1.192	1.097	1.314	<0.001
se17	Sabit terim	0.122	0.043	0.304	<0.001
	CL	1.097	1.035	1.169	0.003

se18	Sabit terim	0.011	0.002	0.051	<0.001
	CL	1.218	1.113	1.353	<0.001
se19	Sabit terim	0.035	0.008	0.118	<0.001
	CL	1.144	1.061	1.248	<0.001
se20	Sabit terim	0.030	0.003	0.159	<0.001
	CL	1.041	0.931	1.195	0.520
se21	Sabit terim	0.007	0.001	0.045	<0.001
	CL	1.202	1.079	1.370	0.002
se22	Sabit terim	0.141	0.055	0.331	<0.001
	CL	1.139	1.077	1.209	<0.001
se23	Sabit terim	0.000	0.000	0.025	0.066
	CL	1.476	0.923	3.830	0.250

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı, CL: Eleştirel sağlık okuryazarlığı

Tablo 4.154'te eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık enformasyon davranışlarına olan etkilerini gösteren lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.153'te ise sağlık enformasyon davranışlarına ait bağımlı değişkenlerin açıklamaları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları), Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyon, Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi, Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon, Reçetesiz ilaçveğıda takviyesi, Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri, Okuduğum metnin anlaşılması zor, Okuduğum metin, tıbbi ve teknik oluyor, Yazılar okurken küçük kalıyor, Kurumsal Hastane Websiteleri, E-devlet, Alternatif Tedavi Yöntemleri, İlaç prospektüsleri şeklindeki sağlık enformasyon davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p<0.05$). Bu davranışların dışında kalan tüm faktörler istatistiksel açıdan anlamsızdır ($p>0.05$).

Sağlık enformasyon davranışlarına yönelik anlamlı çıkan odds oranlarına göre aşağıdaki sonuçlara varılabilir, s.

- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)" davranışını gerçekleştirme olasılığı %16.2 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyon" erişme olasılığı %19.3 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi" erişme olasılığı %19.2 düzeyinde artmaktadır.

- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon" erişme olasılığı %21.8 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Reçetesiz ilaçvegıda takviyesi" arama olasılığı %14.4 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri" erişme olasılığı %13.9 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Kurumsal Hastane Websiteleri" erişme olasılığı %40.1 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "E-devlet" sistemlerini kullanma olasılığı %47.7 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "Alternatif Tedavi Yöntemleri" erişme olasılığı %9.7 düzeyinde artmaktadır.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanı bir birim arttıkça, yaşlı bireylerde "İlaç prospektüsleri" anlama olasılığı %20.2 düzeyinde artmaktadır.

4.4 Tartışma

Yaşlı bireylerin dünyada ve Türkiye’de bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) kullanımları giderek artmaktadır (TÜİK, 2024b). Bu artışa paralel bir şekilde literatürdeki çalışmalar, yaşlı bireylerin sadece kullanımlarında değil BİT’e karşı da olumlu bir tutum içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır (Neves ve diğerler, 2013; Ma ve diğerleri, 2015). Artan ilgiye rağmen, Türkiye’de ise yaşlıların bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerine ilişkin makro düzeyde sınırlı düzeyde çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, daha çok tanımlayıcı, kategorik bulgular ya da küçük ölçekli, ikincil okuma şeklinde gerçekleştirilmiştir (Arun ve diğerleri, 2022, s. 391). Bu çalışma ise yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımları ile sağlık enformasyon arama davranışları arasındaki ilişkiyi ve bu davranışların sosyo-demografik özelliklerle olan bağlantılarını analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, çalışmada teknoloji kabulünde temel boyutlardan biri olan algılanan fayda düzeyinin kullanım pratikleri üzerindeki etkisi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışlarını nasıl ve ne ölçüde etkilediği incelenmiştir.

Çalışmanın bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım bulguları incelediğinde yaşlıların %81,78'i televizyon, %17,57'si akıllı televizyon, %10,67'si radyo, %6,67'si masaüstü bilgisayar, %6,44'ü dizüstü bilgisayar, %3,11'i tablet, %33,78'i tuşlu cep telefonu, %65,56'sı akıllı cep telefonu ve %1,79'u akıllı saat kullanmakta olup, diğer cihazların kullanım oranı %1,56'dır. Bu bulgulara yakın bir şekilde, Binark ve arkadaşları (2020) tarafından pandemide Türkiye'deki yaşlıların enformasyon arayışları üzerine gerçekleştirdikleri bir çalışmada, yaşlı bireylerin %94,8'i televizyon, %51,1'i hanesinde masaüstü bilgisayar, %51'i akıllı telefona, bilgisayara, %13,9'u radyo, %13'ü dizüstü bilgisayar, %5,2'si tablet ve %6'sı akıllı televizyona sahiptir (Binark ve diğerleri, 2020, s. 8-17). Benzer şekilde, Erbil ve Hazer'in (2021) çalışmasında da pandemi döneminde yaşlı yetişkinler, yakınlarıyla iletişime geçmek ve bilgi alma ve gündem takibi amaçlarıyla en çok televizyon ve akıllı telefona ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Erbil ve Hazer, 2021, s.51). Binark ve arkadaşlarının (2020) bulgularıyla çalışma bulgularımız farklılaşmaktadır. Böyle bir farkın olmasında yaşlı bireylerin yıllara göre daha yeni teknolojiye sahip ürünleri tercih etmesinden ya da araştırma yılının ve örneklem bölgesinin farklı olmasında kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer dönemlerde TÜİK tarafından ilk defa gerçekleştirilen Türkiye Yaşlı Profili Araştırması'na göre, 65 yaş ve üstü bireylerin %32'si tuşlu cep telefonu, %52,7'si akıllı cep telefonu, %3,9'u tablet, %6'sı bilgisayar, %1,3'ü akıllı saat ve %2,2'si diğer teknolojik ürünleri kullanmaktadır (TÜİK, 2024). Bu bulgular, akıllı cep telefonu kullanım oranı hariç, çalışmamızın sonuçlarıyla büyük ölçüde uyumludur. Çalışmamızda akıllı cep telefonu kullanım oranının (%65,56) daha yüksek çıkmasının, örneklemimizin İstanbul'da yoğunlaşmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Küresel olarak ise 2023 yılında 21 ülkede gerçekleştirilen Mckinsey Küresel Sağlıklı Yaşlanma araştırmasında 65 yaş ve üzeri kişilerin %57'si akıllı cep telefonu, %35'i laptop/tablet, %19'u akıllı ev cihazları, %17'si online araçları, %16'sı ise fitness saati kullanmak istediklerini belirtmiştir (Ahlawat ve diğerleri, 2023).

Literatürde bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik olarak yaşlıların internet kullanımına yoğun bir şekilde yer verilmektedir. 2024 yılı itibariyle dünyadaki internet kullanıcılarının %4,2'sini 65 yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır (Statista, 2024a) ve bu oran, dünya genelinde yaklaşık 340 milyon yaşlı bireyin internet kullandığı anlamına

gelmektedir (Dyvik, 2024). Avrupa Birliği'nde ise 2021 yılı verilerine göre 65-74 yaş arası nüfusun %61'i son 3 ay içerisinde internet kullandığını belirtmiştir (Eurostat, 2021). Türkiye'de ise TÜİK'in 2023 yılında gerçekleştirdiği Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması'nda, son 3 ay içerisinde internet kullanan 65 yaş ve üstü bireylerin oranı %40,7 olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2024b). TÜİK verilerinin aksine, çalışmamızda son 3 ay içerisinde internet kullanan 65 yaş ve üstü bireylerin oranı %60,66 olarak belirlenmiştir. Bu farkın, TÜİK'in daha geniş bir örnekleme dayalı Türkiye geneli verileri toplamasından ileri gelmiş olabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile BİT kullanımları arasındaki ilişkiler kapsamlı bir şekilde analiz edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerin iletişim araçları arasındaki ortalama karşılaştırma analizleri sonucunda katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaşam biçimleri ile televizyon, akıllı televizyon, radyo, masaüstü bilgisayar, tablet, akıllı saat kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$). Bu açıdan, cinsiyet, medeni durum ve yaşam biçimi özelliklerinin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımları üzerinde daha sınırlı ilişkisinin olduğunu söylemek mümkündür.

Öte yandan, çalışmada öne çıkan bir bulgu ise yaşlıların gelir düzeyleri ve eğitim durumları, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımlarının büyük bir çoğunluğunda belirleyici başat faktör olmuştur. Literatürdeki bulgularla tutarlı bir biçimde, yaşlıların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça BİT kullanım oranı da arttığı gözlemlenmiştir. Öyle ki yaşlıların gelir düzeyleri ile belirttikleri tüm bilgi iletişim teknolojileri kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

BİT kullanımında yaş, en temel belirleyici faktörlerden olup, yaş arttıkça kullanım azalmakta, yüksek eğitim, biriyle birlikte yaşama, internet bağlantısının olması, teknolojiye daha fazla ilgi duyma, yüksek gelir ile ilişkilendirilmektedir (Ihm ve Hsieh, 2015, s. 1132; Fotteler ve diğerleri, 2023). Ma ve arkadaşları (2016) da yüksek eğitilmiş, dul olmayan ve ekonomik durumu iyi olan yaşlıların, akıllı telefon kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Ma ve diğerleri). İnternet kullanımındaki farklılıklar da yaş, etnik köken, eğitim, yoksulluk değişkenleriyle ilişkilendirilmektedir (Arcury ve diğerleri, 2020). Bu durum yaşlıların BİT kullanımlarında sosyo-ekonomik durumun ne kadar belirleyici olduğunu göstermektedir.

Yine, çalışmadaki gelir düzeyine ilişkin çarpıcı bulgu, Türkiye’deki yaşlı yetişkinlerin yaşadıkları dijital eşitsizliklerin sosyal eşitsizliklerin bir öncülü olduğu gözlemlenmiştir. Arun ve arkadaşlarının (2020) vurguladığı gibi Türkiye’deki yaşlıların BİT sahipliği ve kullanımında temelde toplumsal sınıf ve dijital sermaye eşitsizlikleri belirleyici olmaktadır. Toplum içerisinde yüksek gelir ve eğitim seviyesine sahip kültürel soylu grubundaki yaşlı bireyler, yüksek bir dijital sermaye sayesinde BİT kullanımları ve enformasyon arayışları daha çeşitli olmakta; sosyal güvencesi olmayan, dul, yoksul, kadın yaşlı bireyler, bulundukları halk sınıfı içerisinde, düşük dijital sermaye nedeniyle daha az bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanabilmektedir (Arun ve diğerler, 2020, s.401-402). Yaşam döngüsü perspektifiyle ele alındığında yaşlıların yaşadıkları bu dijital eşitsizliklerin kökeninde sosyal eşitsizlikler bulunmaktadır (Robinson ve arkadaşları, 2014). Bu sebeple, toplumsal eşitsizliklerin dijital eşitsizliklerle olan iç içe geçmiş olmasından kaynaklı olarak, onları üreten toplumsal dünyadan soyutlamak da mümkün değildir (Robinson ve arkadaşları, 2020).

Çalışmada, yaşlı bireylerin medeni durumu, cinsiyeti ve yaşam biçimi ile BİT kullanımları arasında da dikkat çekici bulgulara ulaşılmıştır. Çalışmamızdaki kadın katılımcıların %57,4’ü ve erkek katılımcıların %71,5’i akıllı telefon kullanmaktadır. Bu verilere dayanarak, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek oranda akıllı telefon kullandığı, ayrıca boşanmış ve evli katılımcıların diğer gruplara göre daha yüksek oranda akıllı telefona sahip olduğu gözlemlenmiştir. Medeni durum ve yaşam biçimi açısından ise eşi vefat etmiş katılımcıların tuşlu cep telefonu kullanım oranının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu, eşi ve/veya çocuklarıyla yaşayan ya da yalnız yaşayan katılımcıların ise akıllı telefon kullanım oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. TÜİK’in çalışmasında da benzer şekilde hem yaşa hem de cinsiyete göre kullanım eşitsizlikleri tespit edilmiştir. Buna göre, 65-74 yaş arası yaşlı yetişkinlerin BİT kullanım oranları, tuşlu telefon hariç, 75 yaş ve üstü yaşlılardan daha yüksekken, kadınların erkeklere oranla BİT kullanımları daha düşük çıkmıştır (TÜİK, 2024).

Türkiye’de eşi vefat etmiş katılımcıların tuşlu cep telefonu kullanma eğilimi, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımını belirleyebilecek birkaç potansiyel değişkenle ilişkilendirilebilir. Türkiye’de yaşlı dul kadın yoksulluğu temel sorunlardan biridir (Arun ve Arun, 2011). Özellikle kırsal bölgelerde, eşi vefat etmiş kadınlar birçok

sosyal eşitsizliğe ve yoksulluğa maruz kalmaktadır (Yeşil ve Karakaş, 2023). Bu nedenle düşük sosyo-ekonomik statü, önemli bir belirleyici faktör olabilir. Öte yandan, eşiyle birlikte yaşayan yaşlı yetişkinlerin hem BİT kullanma olasılığı hem de BİT çeşitliliği yüksek olmaktadır (Vroman ve arkadaşları, 2015; Chopik ve Francis, 2022). Bu durumun temel nedeni, “sıcak uzmanlar” olarak adlandırılan aile bireylerinden alınan destek olabilir (Hänninen ve diğerleri, 2021). Yine, çiftler, ev ortamında birbirlerinin dijital kullanım becerilerini geliştirmelerine karşılıklı olarak yardımcı olabilmektedir (Marler ve Hargittai, 2024). Bu sebeple eşi vefat etmiş yaşlı katılımcıların, daha fazla tuşlu telefon kullanmasında zayıf sosyo-ekonomik durum ya da sosyal destek eksikliği olası gözükmemektedir.

Literatürde bu konudaki çalışmalar, bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaşlı bireylerin sağlık sorunlarına karşı bağımsızlıklarının (González ve diğerleri, 2015), toplumla sosyal bağlarının devam etmesini, yalnızlık duygusu ve sosyal izolasyonu azaltarak (Nedeljko ve diğerleri, 2021, s. 645) sosyal katılımın, yaşam kalitelerinin ve refahlarının artmasına imkân tanıdığını göstermektedir (Jøranson, 2023; Olphert ve Damodaran, 2013). Yine internet teknolojisi, düşük gelirli engelli ve eve bağlı yaşlı yetişkinlerin sağlık ve ruh sağlığı sorunlarını yönetmeleri ve sosyal bağlantılarını sürdürmeleri için çeşitli çevrimiçi bir kaynak olabilmektedir (Choi ve DiNitto, 2013). Bu sebeple çalışmada ortaya çıkan sosyo-demografik özelliklerden kaynaklı eksiklerin giderilmesi, yaşlı bireylerin hem sağlık hem de yaşam kalitelerinin artmasına imkân tanıyacaktır (Damant ve diğerleri, 2017).

Çalışmanın diğer bir odak noktasında ise yaşlı bireylerin sağlık enformasyon arama davranışları incelenmiştir. Yaşlılar kendi sağlıklarını, sağlıklarına ilişkin kararları yönetmek ve geliştirmek amacıyla birçok farklı kaynaktan sağlık enformasyonu elde etmektedir (Sak ve Schulz, 2018). Bu konuda yaşlı yetişkinler sağlık hizmeti sağlayıcıları, ezcacılar, aile, akraba ve arkadaş gibi yakın çevreleri hem de internet televizyon, sosyal medya (Tennant, 2015), gazete, dergi, kitap, broşür gibi çeşitli kaynaklardan sağlık enformasyonuna ulaşmaktadır (Chaudhuri ve diğerleri, 2013, s.551). Çalışmada da benzer çeşitlilikte, yaşlı bireyler; sağlık durumları, rahatsızlıkları ya da hastalıkları ile ilgili ilk enformasyon alma kaynakları arasında en yaygın olarak %62,67 ile aile hekimi öne çıkarken, bunu sağlık uzmanları (%55,33), yakın çevre (%43,78), çevrimiçi arama motorları (%27,33), televizyon (%10,00), sosyal medya (%7,56), e-devlet (%2,89), kurumsal hastane websiteleri (%2,44) ve geri

kalan diğer kaynaklar toplamda %8,33 ile takip etmektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular, ilk sağlık enformasyon kaynağı olarak aile hekimlerinin ve sağlık uzmanlarının yaygın bir şekilde tercih edildiğini göstermektedir. Yine, yaşlı bireylerin yakın çevrelerinden de ciddi oranda sağlık enformasyonu almaya açık oldukları tespit edilmiştir. Şaşırtıcı bir şekilde çalışmada, yaşlı bireylerin %60,66'sı son 3 ayda ve %57,3'ü haftada birkaç kez interneti kullanmasına rağmen sadece %27,33'ü interneti bir sağlık enformasyon kaynağı olarak tercih etmektedir. Bu durum, internet kullanan katılımcıların yaklaşık yarısının çevrimiçi sağlık enformasyonu arama davranışında bulunmadığını göstermektedir. Yaşlıların bu tercihi, sağlık enformasyon kaynağına olan güven faktörü ile açıklamak mümkündür. Bu konuda Chaudhuri ve arkadaşları (2013) çalışmalarında, yaşlı yetişkinlerin, canlı olmayan bilgi ve iletişim teknolojileri yerine, kendi sağlıklarını tartışabildikleri sağlık hizmeti sağlayıcıları, eczacılar ve yakın çevrelerindeki kişilere daha fazla güven duyduğunu; bu konuda yaşlılar için sağlık hizmeti sağlayıcılarının en çok tercih edilen ve güvenilen kaynak olarak tespit edildiğini belirtmişlerdir (Chaudhuri ve arkadaşları 2013). Medlock ve arkadaşları (2015) da yaşlılar için sağlık uzmanları, eczacılar ve internetin en sık kullanılan ve güvenilen sağlık bilgisi kaynağı olduğunu belirtmiştir (Medlock ve diğerleri, 2015, s.1). Benzer şekilde, Sak ve Schulz (2018) da sağlık uzmanlarını, yaşlı hastalar için tercih edilen ve en güvenilir sağlık bilgisi kaynağı, interneti ise en çok başvuru alan ikinci kaynak olarak gözlemlemiştir. Bu bakımdan çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmalarla büyük oranda örtüşmektedir.

Yaşlı bireylerin internetteki çoğunlukla hastalık veya sağlık durumu bilgisi, sağlık kuruluşu ve hekim bilgileri, alternatif tedavi yöntemleri, tıbbi kavram ve jargonun tercümesi, reçetesiz ilaç ve gıda takviyeleri, muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon ve ilaç prospektüsleri gibi sağlık enformasyonlarını aramaktadır. ABD'deki yaşlı bireyler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada da katılımcıların %43'ü doktor bulmak için interneti kullanmış; %80'i sağlık enformasyonu için internete bakmıştır. Sadece %20'si bir sağlık sorunu için sosyal medyayı kullanmış; %7'si çevrimiçi bir sağlık destek grubuna katılmıştır (Calixte ve diğerleri, 2020). Kanada'da kırsalda yaşayan yaşlı yetişkinler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise katılımcılar en çok kalp krizi, kanser, diyabet, görme problemleri gibi hastalık türlerini araştırdığı ortaya konmuştur (Robertson-Lang ve arkadaşları, 2011).

Sosyo-demografik ve ekonomik faktörler de yaşlı yetişkinlerin sağlık enformasyon arama davranışları ve teknolojileri kullanımlarında önemli ölçüde belirleyicidir. Bu çalışmada, yaşlıların yaşlı bireylerin sağlık enformasyon arama davranışları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiş, katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve yaşam biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı birçok ilişki tespit edilmiştir. Çalışmadaki yaşlı kadın yetişkinler erkeklere göre sağlık durumu, rahatsızlığı ya da hastalığı ile ilgili yakın çevrelerinden ve televizyon daha fazla bilgi almaktadır. Medeni durum açısından ise boşanmış kişilerin %50'si internetten sağlık enformasyonu ararken eşi vefat etmiş kişilerin sadece %17,9'u internetten bilgi almaktadır. Aynı şekilde sosyal medyadan bilgi alan katılımcıların %28,6'sı bekar kişiler, %11,1'i boşanmış kişiler, %7,4'ü evli kişiler ve eşi vefat etmiş kişilerin sadece %3,8'i sosyal medyadan bilgi almaktadır. Daha önceki verilerimizle örtüşen bir şekilde eşi vefat etmiş yaşlılar, internet ve sosyal medyada üzerinden daha az sağlık enformasyon arama davranışı gerçekleştirmektedir.

Literatürdeki bilgileri destekler nitelikte çalışmada, yaşlıların eğitim düzeyi ve gelir durumu ile sağlık enformasyon arama davranışları ilişkili tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin çevrimiçi arama motorlarını kullanma eğiliminin daha yüksek olduğu görülmekte, daha düşük eğitim seviyesine sahip yaşlı yetişkinler, yakın çevrelerinden bilgi almakta, eğitim düzeyi yüksek kişiler ise sağlık uzmanlarını daha fazla tercih etmektedir. Yine, katılımcıların gelir seviyesi yükseldikçe sosyal medyadan, sağlık uzmanlarından, aile hekimlerinden ve sağlık portallerinden bilgi alma eğilimi artmakta, gelir seviyesi düştükçe sağlık enformasyonu amacıyla çevrimiçi arama motorlarını kullanma oranı azalmaktadır. Aynı şekilde, Yoon ve arkadaşları da (2018) yaşlıların azınlık statüsü ile düşük sosyo-ekonomik statü seviyeleri bir araya geldiğinde sağlık enformasyonu için internet kullanma olasılığının önemli ölçüde azaldığını bulmuştur. (Yoon ve diğerleri, 2018).

Benzer bulguya sahip diğer bir çalışma, düşük sosyo-ekonomik statüye sahip bireylerin interneti ve sosyal medyayı; kendileri veya bir başkası için sağlık enformasyonu arama, sağlık sorunları için kullanma olasılığı önemli ölçüde daha düşük olarak belirtilmektedir (Calixte ve diğerleri, 2020). Daha genç yaş, deneyim ve yüksek eğitim düzeyi, daha fazla çevrimiçi sağlık enformasyon erişimiyle

sonuçlanmaktadır (Hall ve diğerleri, 2015). Choi (2011) çalışmasında, erkekler ve 65-74 yaş grubundaki kişilerin daha fazla sağlık enformasyon teknolojisi kullandığını, üniversite eğitimi olmayan ve düşük gelirli yaşlı bireylerin ise sağlık enformasyon teknolojisi kullanımlarının daha düşük olduğunu gözlemlemiştir (Choi, 2011). Hong ve Cho'un (2017) ise ABD'deki sağlıkla ilişkili internet kullanımı üzerine gerçekleştirdiği çalışmalarında, yaş, cinsiyet ve gelirin internet kullanımında en önemli sosyo-demografik belirleyiciler olduğunu saptamıştır. Özellikle 75 yaş ve üzeri bireyler, eğitim ve hane gelir düzeyi düşük olan yetişkinlerin sağlıklarıyla ilgili internet kullanımı, diğer katılımcılara göre düşük çıkmıştır (Hong ve Cho, 2017). Estacio ve arkadaşları da (2019) özellikle yaş, eğitim, gelir, algılanan sağlık ve sosyal izolasyon gibi sosyo-demografik özelliklerin internette sağlık enformasyonuna erişim ve kullanımını öngördüğünü tespit etmiştir (Estacio ve arkadaşları, 2019). Literatürdeki tüm bu veriler, çalışmadaki yaşlıların eğitim ve gelir durumu bulgularıyla örtüşerek sosyo-demografik özelliklerin belirleyici özelliğini bir kez daha teyit etmektedir.

Yaşam biçimi de yaşlı bireylerin sağlık enformasyon arama davranışları üzerinde ciddi bir oranda belirleyici olmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlı bireylerin; internet, sosyal medya, sağlık portalleri, televizyon gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinden sağlık enformasyonu alma oranı daha yüksektir. Çocuğunun eşiyle birlikte yaşayan yaşlılar, internetten çok daha az bilgi almaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojileri, yaşlı yalnız bireyler için sosyal iletişim, sosyal katılım, aidiyet hissi, arkadaşlık ve görülme hissi ihtiyaçlarına cevap vererek sosyal izolasyon ve yalnızlığı azaltmaya yardımcı olmaktadır (Baecker ve diğerleri, 2014; Thangavel ve arkadaşları, 2022). Bilgi ve iletişim teknolojileri ile birlikte sosyal iletişim ve sosyal katılımın artırılması, sosyal izolasyon sorunlarının azaltılmasına yardımcı olmakta, duygusal ilişkilerin yerine getirilmesi ve değerli hissetmenin ise yalnızlık duygularını azaltabileceğini göstermektedir (Thangavel ve arkadaşları, 2022) Bilgi ve iletişim teknolojileri kullanan bireyler daha düşük düzeyde yalnızlık ve anomi ve daha yüksek düzeyde özerklik bildirmekte (Schlomann ve diğerleri, 2020), akıllı evler gibi bilgi teknoloji çözümleri yalnızlığı ve sosyal izolasyonu tespit ve tahmin etmeye ve yalnızlığı kısmen hafifletmeye yardımcı olabilmektedir (Latikka ve diğerleri, 2021). Bu sebeple çalışmadaki yalnız yaşlı yetişkinlerin de bu amaçlarla diğer katılımcılara daha fazla BİT kullandığı tahmin edilmektedir.

Öte yandan, çalışmadaki regresyon analizi bulguları, yaşlıların bilgi iletişim teknolojilerinin kabullerinde temel belirleyicilerinden biri olarak algılanan fayda düzeyinin BİT kullanımları, eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyinin ise sağlık enformasyon arama davranışlarını nasıl ve ne ölçüde etkilediğine ilişkin kapsamlı bulgular sunmaktadır. Yaşlıların sağlığa yönelik başta dijital sağlık olmak üzere bilgi iletişim teknolojilerinin kabullerinde temel belirleyicilerinden biri de algılanan fayda düzeyidir. Bir başka ifadeyle yaşlı yetişkinlerin sağlık ile ilgili enformasyon ve iletişim teknolojilerini ne kadar faydalı ve ihtiyacı olarak gördükleri ve algıladıkları bilgi ve iletişim teknolojilerinin kabul ve benimsenmesini olumlu ya da olumsuz düzeyde etkilemektedir (Wu ve diğerleri, 2015, s. 193; Demiris, 2008; Jung ve Loria, 2010). Bu açıdan teknoloji kabulünde, kullanıcıların teknolojiyi faydalı ve yararlı olduğuna inanmaları, algılanan maliyetten daha etkili bir belirleyici olup bireylerin çaba harcayabileceğini göstermektedir. (Price ve diğerleri, 2013, s. 193).

Literatürü destekler nitelikte, katılımcıların algılanan fayda düzeylerinin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerine etkisinin incelendiği lojistik regresyon analizindeki anlamlı çıkan odds oranlarına göre yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda puanı arttıkça akıllı televizyon, radyo, masaüstü bilgisayar, dizüstü bilgisayar, tablet, akıllı cep telefonu, akıllı saat kullanma olasılığı artmakta, normal televizyon ve tuşlu cep telefonu kullanma olasılığı ise düşmektedir. Daha önce belirtildiği gibi bilgi ve iletişim teknolojilerini kabul etme, benimseme ve kullanma niyetlerinde, diğer değişkenlerle birlikte, algılanan fayda ilişkili bulunmuştur (Ma, 2015; Ma ve diğerleri, 2016). Bu konuda algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı ve sosyal etki, yaşlı yetişkinlerin teknolojiyi benimseme konusundaki davranışsal niyetlerle önemli ölçüde ilişkili bulunmamıştır (Ma ve diğerleri, 2021). Bu açıdan literatürdeki bulgularla uyumlu bir şekilde, yaşlıların algılanan fayda düzeyinin artışı, BİT kullanımlarını arttırmıştır. Ancak, teknoloji kabulüne ilişkin net bir analiz yapabilmek için algılanan fayda tek başına yeterli olmayıp, kullanım kolaylığı boyutuyla birlikte incelenerek (Davis, 1989) teknoloji kabulüne ilişkin daha net bir çerçeve sunmak mümkün olacaktır.

Yine sağlık enformasyon arama davranışına yönelik lojistik regresyon modeli sonuçlarına göre, yaşlıların eleştirel sağlık okuryazarlığı arttıkça, internetten

(çevrimiçi arama motorları) arama yapma, hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyona , tıbbi kavram ve jargonun tercümesi, muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyona ulaşma, reçetesiz ilaçvegıda takviyesi arama, kurumsal hastane websitelerini ziyaret etme, e-devlet sistemlerini kullanma, alternatif tedavi yöntemleri arama ve ilaç prospektüslerini anlama olasılığı artmaktadır. Yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık enformasyonu arama davranışı, tutum ve sağlıkla ilgili karar verme ile ilişkilidir (Yamashita ve diğerleri, 2020).

Literatürde birçok çalışmada bireylerin düşük sağlık okuryazarlığının, sağlıkla ilgili bilgi ve enformasyon ve anlayış eksikliğine, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına, sağlık davranışlarındaki uyum sorunlarına, hastane yatışlarının ve sağlık maliyetlerinin artmasına (Eichler ve diğerleri, 2009, s.313) ve öz sağlık bildirimlerinin kötü çıkmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Andrus ve Roth, 2002, s. 291-294). Bu konuda Jensen ve arkadaşları (2010) da çalışmalarında sağlık okuryazarlığı becerileri düşük olan bireylerin internet üzerinden çevrimiçi sağlık enformasyon arama olasılığının daha düşük olarak tespit etmiş, yaş ile çevrimiçi sağlık enformasyon arama davranışı arasındaki ilişkiye sağlık okuryazarlığının aracılık etkisi gözlemlenmiştir (Jensen ve arkadaşları, 2010).

Yine Arcury ve arkadaşları (2020), yaşlıların e-sağlık okuryazarlığının yüksek olması ile sağlık enformasyonu arama, enformasyon kaynaklarına olan tutum ve tıbbi karar verme ile ilişkilendirilmiştir (Arcury ve diğerleri, 2020). Literatürdeki çalışmalar ve çalışmanın bu bulguları birbirbirlerini desteklemektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, çevrimiçi sağlık enformasyonu değerlendirme becerisinde kritik bir role sahiptir (Diviani ve diğerleri, 2015). Bu sebeple yaşlı bireylerin hem sağlık okuryazarlığını arttırmayı hem de sağlık enformasyon arama davranışını teşvik eden stratejilere de ihtiyaç bulunmaktadır (Kim, 2018, s. 355).

Çalışmadaki tüm bulgular dikkate alındığında Türkiye’de yaşlı bireylerin bilgi iletişim teknolojileri kullanımlarında ve sağlık enformasyonu arama davranışlarında sosyo-demografik farklılıkların önemli belirleyiciler olduğu saptanmıştır. Bu durum sosyal eşitsizliklerin, dijital eşitsizliklerle olan bağıını göstermesi açısından önemlidir. Yine çalışmada, teknolojinin yararlı algılanması ve sağlık okuryazarlığının bilgi iletişim teknolojilerini kullanımlarında ve sağlık enformasyonu arama

davranışlarındaki etkisi tespit edilmiştir. Çalışmadaki bulgular, literatürde yer alan mevcut çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmekte, ancak bazı farklılıklar da bulunmaktadır. Çalışmanın bulguları, yaşlı yetişkinlerin sağlıklarının geliştirilmesi ve korunmasında sosyal ve dijital eşitsizliklerin birlikte giderilerek gerektiğini ortaya çıkarmıştır.



SONUÇ

Dünya nüfusu yaşlanmakta, doğumda beklenen yaşam süresi artmakta ve ölüm oranları giderek azalmaktadır. Türkiye’de de benzer bir eğilimle 65 yaş ve üstü bireylerin nüfus içindeki oranı beklenenden çok daha hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Öncelikle belirtmek gerekir ki yaşlanmak, tek başına bir sorun olmayıp yaşlanma sürecine yönelik tedbir, politika ve uygulamaların planlanmaması, yeterli önceliğin verilmeyerek Dünyanın ve Türkiye’nin bu gerçekliğe hazırlanmaması en temel risklerden biridir.

Yaşam seyri perspektifiyle yaşlanma, insanın yaşam döngüsü içerisindeki doğal süreçlerinden biridir. Dolayısıyla yaşlanma ve yaşlılık meselesine “yönetilmesi ve mücadele edilmesi” gereken bireysel bir sorun yaklaşımıyla, çeşitli dikotomik nedensellik ve değişken temelli ele alan çalışmalar, meselenin özünü ve bütünlüğünü kaçırmaktadır. Bu sebeple bu çalışmamızın temel çıkış noktası, yaşlanmayı sorunsallaştırmadan, sağlık iletişimi disiplini perspektifiyle Türkiye’deki yaşlı bireylerin kendi yaşlılık ve sağlıklarını nasıl algıladıklarını, bu algılama, tutum ve davranışlardaki sosyo-demografik belirleyicilerin ne olduğu, bilgi ve iletişim teknolojileriyle olan etkileşimlerindeki belirleyicilerin ortaya konularak kapsayıcı bir anlayış geliştirilmesidir.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık iletişimi literatürünün genel çerçevesi çizilmiş, yaşlanma ve yaşlılıkla ilişkili boyutları ele alınmıştır. Bu bağlamda öncelikle sağlık, hastalık ve yaşlılık kavramları, sağlığın boyutları, modelleri, sağlık iletişimi kapsam ve boyutları ele alınmış, daha sonra tüm yönleriyle yaşlanma ve yaşlılık kuramları, yaşlanma ve sağlığa ilişkin öz algılama araştırmaları incelenmiştir. Böylece yaşlanma ve sağlık iletişimi disiplinin teorik ilişkisi kurulmuştur.

İkinci bölümde ise yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin dünya ve Türkiye’deki durumun resmi çekilmeye çalışılmıştır. Özellikle Türkiye’deki yaşlıların güncel sorunlarının ele alınması, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının hangi boyutta olduğunun gösterilmesi açısından önemlidir. Bu doğrultuda çalışmada yaşlanmanın boyutları, dünyada ve Türkiye’deki yaşlıların genel durumları, yaşlanma politikaları, Türkiye’deki yaşlı yetişkinlerin sorunları, yaşlı bireylerin sağlık eşitsizlikleri, sağlık

okuryazarlığı kapsamı, yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışları ve bilgi ve iletişim teknoloji kullanım pratikleri detaylı olarak ele alınmaktadır.

Çalışmamız Türkiye’de yaşlı yetişkinlere ilişkin aynı örneklem dahilinde 2 farklı nicel araştırmadan oluşmaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde detaylıca ele alınan ilk araştırma yaşlı bireylerin kendi yaşlanma ve sağlıklarına ilişkin öz algılamaları, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda düzeyleri, kendi yaşlanma ve sağlık algıları süreçlerindeki etki ve ilişki yollarını analiz edilmiş, yine yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin bu dört boyutla olan ilişkisi incelenmiştir. Farklı nicel analiz yöntemlerinin kullanıldığı çalışmada elde edilen bulgular ve model detaylı olarak ele alınmıştır.

Birinci araştırmanın tartışma kısmında detaylı şekilde ele alındığı gibi Türkiye’deki benzer çalışma bulguları ile uyumlu bir biçimde yaşlı yetişkinlerin kendilerine ilişkin yaşlanma ve sağlık algıları, sağlık okuryazarlık düzeyleri orta düzeyde, bilgi ve iletişim teknolojilerine ilişkin tutum ve fayda algılarını gösteren algılanan fayda düzeyi ise düşük düzeyde tespit edilmiştir. Bu bulgular, Türkiye’deki yaşlı bireylerin yaşlanma ve sağlık algılarının, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik tutumların ve eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yine belirtmek gerekir ki yaşlıların eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri, enformasyonu öğrenme, değerlendirme, kendi yaşam biçimine uygulama ve eleştirme biçimi üzerinde belirleyici olması bakımından da önemlidir.

Birinci araştırmanın en temel bulgusu, yaşlı yetişkinlerin yaşlanma ve sağlık algılarına yönelik belirleyici etki ve ilişki mekanizmasının ortaya çıkartılmasıdır. Çalışmadaki yol analizinin regresyon sonuçlarına göre yaşlı yetişkinlerin bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik algılanan fayda düzeyleri eleştirel sağlık okuryazarlığını, eleştirel sağlık okuryazarlığı ise yaşlıların sağlık algısını pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, yaşlı yetişkinlerin bilgi ve iletişim teknolojilerine olan tutum ve fayda algıları, sağlıklarına ilişkin enformasyonu anlama, kullanma, değerlendirme ve uygulama biçimlerini, sağlık kararları ve davranışlarını etkilemektedir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi ise yaşlı bireylerin kendi sağlıklarını algılama biçimlerini pozitif yönlü etkilemektedir.

Yine, yaşı yetişkinlerin yaşlılık ve sağlıklarına ilişkin öz algılamaları ise birbirleriyle pozitif ve aynı yönlü bir ilişki içerisinde. Yaşlı bireylerin sağlık veya yaşlanma algılarından birindeki olumlu artış, diğer algısını da aynı oranda arttırmaktadır. Tersine bir durumda ise yaşlıların olumlu sağlık ya da yaşlanma algılarından birindeki azalış, diğer algının da olumsuzlaşmasına neden olmaktadır. Bu durum, yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki psikolojik bağ göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmadan elde edilen bu bulgular doğrultusunda, üçüncü hipotez (H3) “Türkiye’deki 65+ bireylerin algılanan fayda düzeyleri, eleştirel sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.”, dördüncü hipotez (H4) “Türkiye’deki 65+ bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık algısını etkilemektedir.” ve beşinci hipotez (H5) “Türkiye’deki 65+ bireylerin sağlık ve yaşlılık algıları birbiriyle ilişkilidir.” hipotezleri doğrulanmıştır. Tüm bu bulgular, yaşlıların hem teknolojiye yönelik tutum ve fayda algılarının, hem de eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin birlikte geliştirilmesi gerektiğini, yaşlanma ve sağlık algılarının ise birbirinden ayrılmaz iki boyut olduğunu göstermektedir. Bu açıdan yaşlıların yaşam kalitesi ve refahını arttırmayı hedefleyen tek taraflı müdahaleler, istenilen sonucu elde etmede yetersiz kalacaktır.

Çalışmada yol analiziyle elde edilen model, literatürde sınırlı düzeyde çalışılan yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle olan bağımlı ilişkisini ortaya koymakta, iletişim disiplinin temel belirleyicilerinden olan algılanan fayda ve sağlık okuryazarlığının, yaşlanma ve sağlık algılarını nasıl bir yolla etkilediğini göstermektedir. Yaşlanma ve sağlık algılarının etki ve sonuçları sıkça çalışılmasına rağmen birbirleriyle olan ilişkisini açıklayan çalışmalar eksiktir. Bu bakımdan çalışma, yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle olan ilişkisini teyit etmekte; psikoloji, gerontoloji, halk sağlığı ve epidemiyoloji disiplinlerinden farklı olarak iletişim disiplini boyutunun yaşlanma ve sağlık algılamaları üzerinde nasıl bir rolünün olduğunu da göstermektedir.

Birinci araştırmanın diğer öne çıkan bir bulgusu da yaşlı yetişkinlerin sosyo-demografik özelliklerinin modeldeki tüm boyutlar üzerinde, yaşlanma, sağlık algıları, algılanan fayda ve sağlık okuryazarlık düzeylerinde ciddi bir belirleyici olmasıdır. Bu sebeple katılımcıların araştırma bulguları, başta gelir düzeyi ve eğitim durumu olmak üzere cinsiyet, medeni durum, yaşam biçimi gibi sosyo-demografik eşitsizliklere göre

farklılaşmaktadır. Çalışmada, yaşlı bireylerin gelir düzeyleri ve eğitim durumları arttıkça, olumlu yaşlanma algılarının arttığı tespit edilmiştir. Gelir seviyesi ve eğitim durumu yüksek yaşlı yetişkinler, kendilerini daha az yaşlı hissetmekte, kendilerini yaşlılıkla özdeşleştirmemekte, yaşlılığın olumlu yönleri yerine daha fazla olumsuz sonuçları olacağına inanmaktadır. Buna karşın, yaşlanmanın olumlu ve olumsuz sonuçlarını yönetebileceklerine olan inanç ve kontrol duyguları ise daha yüksektir.

Öte yandan, eşi vefat eden veya çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayan yaşlı bireyler, diğer katılımcılara kıyasla yaşlanmanın hayatlarını olumsuz etkileyeceğine daha az inanmakta ve mevcut olumsuz sonuçları yönetebilme konusunda düşük bir kontrol duygusuna sahip olmaktadır. Bu durum, literatürde yaşlı dul kadın yoksulluğu ile ilişkilidir ve yaşlı bireylerin kendilerine ait bir evde, sosyal ve psikolojik destek sağlayacak eş ve çocuklarının önemini vurgulamaktadır.

Benzer şekilde, yaşlıların gelir düzeyleri ve eğitim durumları arttıkça, olumlu sağlık algıları, bilgi ve iletişim teknolojilerine yönelik olumlu tutum ve fayda algıları ile eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri de artmaktadır. Cinsiyet açısından ise, yaşlı kadınların erkeklere göre kendi sağlıklarını daha olumsuz algıladıkları tespit edilmiştir. Araştırmanın sosyo-demografik boyutuna ilişkin tüm bu bulgular da (H1) “Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi), yaşlılık ve sağlık algıları ile ilişkilidir.” ve (H2) “Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi), eleştirel sağlık okuryazarlığı ve algılanan fayda düzeyleri ile ilişkilidir.” hipotezlerini doğrulamıştır. Ayrıca birinci araştırmadaki bulgular, sosyo-demografik özelliklerin araştırmanın tüm boyutları üzerindeki etkisini göstermesi bakımında da önemlidir.

İkinci araştırmada ise yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) kullanımları, sağlık enformasyon arama davranışları, bu kullanım ve davranışların yaşlıların sosyo-demografik özellikleriyle olan bağlantıları, algılanan fayda düzeyinin kullanım pratikleri üzerindeki etkisi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşlıların sağlık enformasyon arama davranışlarını nasıl ve ne ölçüde etkilediği incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre yaşlıların %81,78’i televizyon, %17,57’si akıllı televizyon, %10,67’si radyo, %6,67’si masaüstü bilgisayar, %6,44’ü dizüstü bilgisayar, %3,11’i tablet, %33,78’i tuşlu cep telefonu, %65,56’sı akıllı cep telefonu ve %1,79’u akıllı saat

kullanmakta olup, diğer cihazların kullanım oranı %1,56'dır. Yine çalışmamızda son 3 ay içerisinde internet kullanan 65 yaş ve üstü bireylerin oranı %60,66 olarak tespit edilmiştir. Bu açıdan, yaşlı bireylerin bilgi ve iletişim teknoloji kullanım bulguları ile literatürdeki diğer çalışmalar büyük ölçüde uyumlu bulunmuştur. Öte yandan, kullanım pratiklerine ait bu bulgular, yaşlıların bilgi ve iletişim teknoloji kullanım nitelik ve kalitesine ilişkin bir veri sunmamaktadır. Bu bakımdan bu kullanım pratikleri içerisinde yaşlı bireylerin yanlış, eksik sağlık enformasyonuna maruz kalma riski de göz önünde bulundurulmalıdır.

İkinci araştırmanın diğer dikkat çekici bulgusu ise yaşlıların sosyo-demografik özellikleri ile BİT kullanımları arasındaki ilişki analizinde ortaya çıkmıştır. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaşam biçimleri ile televizyon, akıllı televizyon, radyo, masaüstü bilgisayar, tablet, akıllı saat kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak yaşlıların gelir düzeyleri ve eğitim durumları, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımlarının büyük bir çoğunluğunda temel bir belirleyici olmuş, yaşlıların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça BİT kullanım oranlarının da arttığı saptanmıştır. Bu durum yaşlıların BİT kullanımlarında sosyo-demografik değişkenlerden çok sosyo-ekonomik belirleyicilerin baskın olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu gerçeklik, yaşlıların yaşadıkları dijital eşitsizliklerin kökeninde sosyal eşitsizliklerin öncül olduğunun da bir işaretidir. Yüksek gelir ve eğitim seviyesine sahip yaşlı bireylerin BİT kullanımları ve enformasyon arayışları daha çeşitli olmakta; gelir düzeyi ve eğitim durumu düşük yaşlı yetişkinler ise bilgi ve iletişim teknolojilerinden daha az faydalanabilmektedir.

Çalışmada cinsiyet eşitsizliği de farklı boyutlarda gözlenmiş, kadın katılımcıların %57,4'ünün ve erkek katılımcıların ise %71,5'inin akıllı telefon kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Yine eşi vefat etmiş yaşlıların tuşlu cep telefonu kullanım oranının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olmasını da gelir düzeyi ve sosyal destek eksikliği ile açıklamak mümkündür. Çalışmadaki bu bulguların literatürdeki yaşlı dul kadın yoksulluğunun bir görünümü olduğunu tahmin edilmektedir. Yaşlıların yaşam seyrinde eşitsizliklerin doğası gereği iç içe geçmiş, kesişimsel ve kümülatif yapısı sosyal eşitsizlik kaynaklı yeni eşitsizlik biçimleri üretmektedir. Çalışmada yaşlıların BİT kullanımlarındaki sosyo-demografik belirleyicilerle olan ilişkisini gösteren bu bulgular, birinci hipotezi (H1) "Türkiye'deki

65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi) bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerini etkilemektedir.” doğrulamıştır.

Sağlık enformasyonu arama davranışları açısından, yaşlı bireyler sağlık durumları, rahatsızlıkları ya da hastalıkları ile ilgili en yaygın olarak aile hekimini (%62,67) ilk enformasyon kaynağı olarak tercih ederken, bunu sırasıyla sağlık uzmanları (%55,33), yakın çevre (%43,78) ve çevrimiçi arama motorları (%27,33) takip etmektedir. Çalışmada, yaşlı bireylerin internet kullanım oranı (%60,66) daha yüksek olmasına rağmen, arama motorlarından sağlık enformasyonu arama oranının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, yaşlıların öncelikle aile hekimini, sağlık uzmanlarını ve yakın çevresini bir sağlık enformasyon kaynağı olarak gördüğünü göstermektedir.

Yine, sosyo-demografik ve ekonomik faktörler de yaşlı yetişkinlerin sağlık enformasyon arama davranışları ve teknoloji kullanımlarında önemli ölçüde belirleyicidir. Çalışmada, eğitim durumu ve gelir düzeyi yüksek olan yaşlıların; çevrimiçi arama motorlarını kullanma, sosyal medyadan, sağlık uzmanlarından, aile hekimlerinden ve sağlık portallerinden bilgi alma eğilimi artmakta, gelir seviyesi düştükçe sağlık enformasyonu amacıyla çevrimiçi arama motorlarını kullanma oranı azalmaktadır. Yaşam biçimi açısından ise çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sağlık enformasyonu alma oranı daha yüksek bulunmuşken çocuğunun eşiyle birlikte yaşayan yaşlıların, diğer alanlardaki dezavantajlarıyla benzer şekilde internetten çok daha az bilgi aldığı saptanmıştır. Sağlık enformasyon arama davranışına ilişkin bu bulgular da ikinci hipotezin (H2) “Türkiye’deki 65+ bireylerin sosyo-demografik durumları (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, yaşam biçimi) sağlık enformasyon arama davranışını etkilemektedir.” doğrulandığını göstermektedir.

İkinci çalışmada, lojistik regresyon analizi bulguları ise BİT’lerin faydalarına ilişkin tutum ve fayda algıları geliştirilmesinin BİT kullanım oranını ve yeni teknolojilerin kabulünü artırdığını ve kritik sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının daha fazla sağlık enformasyonuna erişme, kullanma ve anlama olasılığını sağladığı ortaya konmuştur. Bu doğrultuda lojistik regresyon analizi

sonuçları, üçüncü hipotezi (H3): “Türkiye’deki 65+ bireylerdeki algılanan fayda, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerini etkilemektedir.” ve dördüncü hipotezi (H4): “Türkiye’deki 65+ bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlık düzeyleri, sağlık enformasyon arama davranışlarını etkilemektedir.” doğrulamaktadır.

Öte yandan çalışmamızda elde edilen tüm bu bulgulardan, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacak hem teorik hem de pratik çıkarımlar gözlemlenmiştir. Bu nedenle bu önerilerin ayrı bir başlık altında paylaşılması sistematik bir çıkarım için uygun olacaktır.

Teorik Çıkarımlar ve Öneriler

Literatürde yaşlanma ve sağlık algılarına yönelik öz algılama çalışmalarında genellikle belirli bir sağlık boyutu ve çıktısı üzerindeki rolüne odaklanılmıştır. Yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle olan ilişki ve etkilerini inceleyen çalışma eksikliği bulunmaktadır. Bu çalışma, yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermesi açısından önemlidir. Ancak sadece yaşlanma ve sağlık algıları arasındaki ilişki ve etkilerin yanında diğer belirleyici faktörlerin, aracı ya da düzenleyici değişkenlerinin rolünün de ortaya konması gerekmektedir. Böylece yaşlanma ve sağlık algılarına yönelik literatürdeki boşlukların giderilmesi sağlanabilecektir.

Sağlık iletişimi disiplininde yaşlılara yönelik kişilerarası, grup, kurumsal ya da toplumsal analiz düzeyinde sağlık davranışları ve çıktılarına odaklı çalışmalar daha sık yürütülmektedir. Ancak bireyin sağlığına ilişkin algı, tutum ve davranışlarında belirleyici olan zihinsel ve psikolojik süreçlere odaklanan çalışmalar azdır. Bu konuda boylamsal araştırmaların uzun süreli etkilerini inceleyen çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızın alan yazına katkısı ise birinci araştırmada teknolojiye yönelik tutum ve fayda algılarının (algılanan fayda) ve eleştirel sağlık okuryazarlığının yaşlanma ve sağlık algılamalarındaki etkisini ortaya koyması, yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle olan ilişkisinin tekrar doğrulanmasıdır. İkinci çalışmada ise Türkiye’deki yaşlıların BİT kullanımlarında sosyo-demografik özelliklerinin

belirleyici rolü, algılanan fayda ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin BİT kullanımları ve sağlık enformasyon arama davranışları üzerindeki etkisi tespit edilmiştir.

Çalışmamızın temel zayıf noktası, bulguların kesitsel bir çalışmayla elde edilmesidir. Çalışmada incelenen ilişki ve etki yollarının uzun dönemli sonuçlarının da incelenmesi gerekmektedir. Çalışmadaki diğer bir eksiklik ise örneklem üzerinden toplanan veri kalitesinin düşmemesi ve araştırma prosedürünün uzamaması amacıyla teknoloji kabul modelinin sadece algılanan fayda boyutunun etkisi incelenmiştir. Bu sebeple gelecekteki yeni çalışmalarda birleştirilmiş teknoloji kabul modelinin tüm boyutlarının test edilmesi daha kapsamlı bulgular sunacaktır. Ayrıca yaşlanma ve yaşlılık çalışmalarında nicel çalışmaların yanında karma yöntemli ya da tamamlayıcı nitel çalışmalarla değişkenler arası etki ve ilişkilerin yaşlıların günlük yaşamında nasıl gerçekleştiğine dair derinlemesine bulgulara da ihtiyaç bulunmaktadır.

Literatürde yaşlanma ve sağlık algıları çalışmalarına ilişkin çok fazla kavram çeşitliliği bulunmaktadır. Yaşlılık algıları, yaşlanmaya ilişkin öz algılama, yaşlanmaya ilişkin tutum ve öznel yaşlanma, algılanan sağlık, öznel sağlık, kendi kendine bildirilen/puanlanan/raporlanan sağlık gibi birçok benzer kavram çalışmalarda birbiri yerine kullanılmaktadır. Literatürde bu kavramları birleştiren ve açıklayan sistematik derleme çalışmaları olmakla birlikte çalışma bulgularının karşılaştırılabilmesi, geçerlilik ve tutarlılıklarının sağlanması için kavramların sınırlarının netleştirilmesi gerekmektedir.

Yine yaşlanma çalışmalarında farklı disiplinlerin benzer teorik yaklaşımları ve modelleri bulunmaktadır. Disiplinler arası kuramsal bağın güçlendirilmesi için benzer yaklaşımların birlikte ele alınması, daha geniş ve zengin bir analitik bakış sunabilecektir. Bu konuda psikoloji disipliniindeki yaşam boyu gelişim teorisi (Life-Span Theory) ve sosyoloji disipliniindeki yaşam seyri yaklaşımının (Life-Course Approach) birlikte ele alınması, yaşlanmanın hep sosyal hem de psikolojik boyutlarına yönelik bir analiz çerçevesi sunacaktır.

Pratik Çıkarımlar ve Öneriler

Yaşlı bireylerin yaşlanma ve sağlık algılarının ortaya çıkarılması, kendilerini nasıl algıladıkları, gelecekteki sağlık çıktıları, davranışları, iyi oluş halleri ve yaşam

kaliteleri üzerinde önemli öngörüler sunmaktadır. Bu sebeple çalışmamız, Türkiye’deki yaşlı bireylerin sağlık ve yaşlılık algılarını ve bu algılama, tutum ve davranışlar üzerindeki belirleyicilerin tespit edilmesi ile veri temelli bir yaşlanma ve sağlık politikaları üretiminde kaynak olması hedeflenmiştir.

Yaşlanma ve sağlık algılarının birbirleriyle ilişkili belirleyiciler olması sebebiyle yaşlı yetişkinlere yönelik yaşlanma ve sağlık politikaları ortak bir yaklaşımla, birbiriyle entegre ve tamamlayıcı bir şekilde tasarlanması gerekmektedir. Bu sebeple pratikte, yaşlılara yönelik ortak politika ve uygulamalarda Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının eş güdüm içerisinde çalışması gerekmektedir.

Çalışmamız, yaşlıların hayatlarını etkileyen birçok öncül değişkenin belirleyici olduğunu göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerin yaşadıkları sosyo-ekonomik ve demografik eşitsizlikler, yaşlılık ve sağlık algılarını etkilemektedir. Ayrıca, diğer algılanan fayda ve eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyleri, BİT kullanımları, sağlık enformasyon arama davranışları da sosyo-demografik özelliklerin yarattığı eşitsizliklerle ilişkilidir. Yaşlıların yaşadıkları sosyal eşitsizlikler, bu çalışmada olduğu gibi, yeni eşitsizlik biçimlerine dönüşmektedir. Bu sebeple, kesişimsellik perspektifiyle ele alındığında, çalışmamızın bulguları, yaşlıların yaşadıkları kümülatif dezavantaj ve avantaj birikimlerini de gösteren sosyal eşitsizliğin, yeni eşitsizlik biçimleri şeklinde ortaya çıkmasına ışık tutmaktadır.

Yine, yaşlanmaya kültürel bakış ve aile yapısı da yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ve yakın çevresi üzerinde etkili olmaktadır. Türkiye’deki yaşlıların büyük bir kısmı oğlunun/kızının yanında ya da kendi evinde bakılmayı tercih etmekte, %83’ü çocuğun anne ve babasına bakması gerektiğini düşünmektedir (TÜİK, 2022). Öte yandan Türkiye’de hane halkı küçülmekte, çekirdek aile ve yalnız yaşayan bireylerin sayısı artmaktadır (TÜİK, 2024e). Bu sebeple yaşlanma politikalarında esnek, yaşlı bireylere ve yakın çevresine seçim imkânı sunan bir bakım programlarına ihtiyaç vardır. Böylece aile yapısındaki değişime yaşlılık politikalarının uyumu sağlanabilir.

Şüphesiz, yaşlılık ve sağlık algısı üzerine yapılan çalışmalar bir sihirli değnek olmasa da yaşlıların sağlık ve yaşlanma algıları; yaşam kalitelerinin, refah

düzeylerinin, iyi oluş hallerinin, sağlık davranışlarının ve sağlık çıktılarının güçlü bir göstergesi olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle, yaşlıların yaşlanma ve sağlık algısı çalışmalarını, sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesinde birer yaşam ve refah kalite göstergesi olarak kabul ediyor ve ölçüm metodolojisi olarak öneriyoruz. Yaşlı yetişkinlerin yaşlanma ve sağlık algıları, yaşam kalitelerine, sağlık ve iyi oluş hallerine dair önemli öngörüler sunmaktadır. Bu sebeple, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi ve yaşam biçiminden kaynaklanan sosyal eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik uzun vadeli sosyal politikaların etkinliği ve yaşlılar üzerindeki etkileri, yaşlanma ve sağlık algıları çalışmalarıyla dolaylı bir şekilde değerlendirilebilir.

Yaşlı bireyler, sağlık ya da hastalıklarıyla ilgili ilk sağlık enformasyonu kaynağı olarak yakın çevrelerini tercih etmektedir. Bu sebeple sadece yaşlıların değil, aile bireyleri ya da bakımından sorumlu yakın çevresindeki kişilere de sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık eğitimi sağlanarak sosyal destek imkânı genişletilebilir. Bu konuda aile hekimleri ve sağlık uzmanlarının da sağlık enformasyon teknoloji kullanımlarını teşvik etmeleri yaşlıların sağlıklarının geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.

Türkiye’de yaşlılar, ekonomik yetersizlikler ve yoksullukla mücadele etmekte; sosyo-demografik, sosyal ve sağlık eşitsizlikleri, yaşlı istismarı, ihmali ya da ayrımcılığı, toplumsal dışlanmaya maruz kalmaktadır. Benzer şekilde, çalışmada da kapsamlı bir şekilde belirtildiği üzere, dijital eşitsizlikler, bilgi ve iletişim teknolojilerine erişim ve kullanım zorlukları, düşük sağlık okuryazarlığı gibi faktörler, yaşlıların sağlık kararları alırken yetersiz sağlık enformasyonu ile karar vermek zorunda kalmalarına neden olmaktadır. Bu sorunların temelinde yaşlı yoksulluğu yatmaktadır. Bu sebeple, öncelikle yaşlıların sosyo-ekonomik durumlarının iyileştirilmesi, ardından çevresel ve sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Toplumsal yaşamdaki eşitsizliklerin giderilmesi ise, çalışmamızda değinilen yaşlanma ve sağlığa dair olumlu algıların iyileşmesine olanak tanıyacaktır.

Çalışmada bazı yaşlı gruplarının diğerlerine göre daha dezavantajlı olduğu gözlemlenmiştir. Gelir düzeyi ve eğitim durumu düşük, kadın, eşi vefat etmiş ya da çocuğunun ailesiyle birlikte yaşayanlar yaşlılar, diğer yaşlı yetişkinlere sosyal ve dijital eşitsizlere daha fazla marul kalmaktadır. Bu sebeple sadece kronolojik yaşa göre değil eşitsizlik düzeylerine ve biçimleri dikkate alınarak farklı yaş gruplarındaki yaşlı

bireylere yönelik sosyal ve sağlık politikaları gerekmektedir. Arun'un (2020) arpıcı bir şekilde ifade ettiği gibi Türkiye'nin en temel sorun, yoksullaşarak yaşılanmasıdır (Arun, 2022). Buna rağmen Türkiye'de kapsamlı, her kesimi kuşatıcı, sosyal ve sağlık eşitsizliklerini azaltan bir sosyal politika halen bulunmamaktadır. Bu sebeple ileride yaşı bireylerin sorunlarının siyasi ıktıları fark edildiğinde proaktif bir yaklaşım yerine reaktif, geçici ve gündem odaklı bir yaşıllık politikalarıyla karşılaşıması kaçınılmaz gibi durmaktadır. Gelecekte, dünya ve Türkiye'nin gündeminde yaşılanma ve yaşıllık konuları daha da öncelikli hale gelecek, bu alanda yapılacak çalışmalar ve uygulamalar hayati bir gereklilik olarak karşımaıza çıkacaktır.



KAYNAKÇA

Aartsen, M., ve Hansen, T. (2020). Social participation in the second half of life in Encyclopedia of Biomedical Gerontology <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/role-theory>

Abel, T., ve Benkert, R. (2022). Critical health literacy, s. reflection and action for health. Health promotion international, 37(4), daac114.

Açıkdilli, G., Atalay, K. D., Işın, F. B., ve Çıdam, E. (2018). Yaşlı Pazarının Sosyal Medya Kullanımlarının Satın Alma Davranışları Üzerindeki Etkisinin Teknoloji Kabul Modeli Kapsamında İncelenmesi: 55 Yaş Üstü Kadınlara Yönelik Bir Çalışma. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2), 317-336.

Ahlawat, H., Darcovich, A., Dewhurst, M., Feehan, E., Hediger, V., ve Maud, M. (2023, May 22). Age is just a number: How older adults view healthy aging. Retrieved from <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/age-is-just-a-number-how-older-adults-view-healthy-aging>

Akça, E., Sürücü, Ş. G., ve Akbaş, M. (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(3), 630-642.

Akgül, A. (2020) Gerontoloji Yaşlılık Bilimi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. s. 1-13

Akıncı, A. Y. (2020). Antik Çağdan Moderniteye Gerontolojinin Doğuşu, D. S. Şahin (ed.) Etik Yönleriyle Yaşlılık ve Yaşlanma, Ankara, Ekin Basın Yayın Dağıtım.

Akıncı, A. Y. (2020). Antik Çağdan Moderniteye Gerontolojinin Doğuşu, D. S. Şahin (ed.) Etik Yönleriyle Yaşlılık ve Yaşlanma, Ankara, Ekin Basın Yayın Dağıtım.

Akış, A. G., ve Yaylagül, N. K. (2021). Yaşam seyri perspektifi ve yaşlılık. Adıyaman üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü dergisi, (38), 276-309.

Akpınar, C. V., Ozvurmaz, S., Koçak, A. A., Kurt, F., ve Koç, N. (2023). Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşlılığı Algılama Düzeyleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(1), 92-100.

Aksu Tanik, F. (2014). Health-care reform in Turkey: far from perfect. The Lancet, 383(9911), 28.

Alaca, Ç., Şahin, M., ve Beler, M. (2022). Fethiye’de Huzur Evinde Yaşayan Yaşlıların Yaşlılık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon İlişkisi. Türk Hemşireler Derneği Dergisi, 3(1), 17-28.

Alarcão, V., Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Fernandes, E., Nicola, P., ... ve Gorjão-Clara, J. (2019). Gender differences in psychosocial determinants of self-perceived health among Portuguese older adults in nursing homes. *Aging ve mental health*, 23(8), 1049-1056.

Alaszewski, A. (2005). Risk communication, identifying the importance of social context.

Allaby, M. (Ed.). (2010). *A dictionary of ecology*. Oxford University Press, USA.

Álvarez-Dardet, S. M., Lara, B. L., ve Pérez-Padilla, J. (2020). Older adults and ICT adoption: Analysis of the use and attitudes toward computers in elderly Spanish people. *Computers in Human Behavior*, 110, 106377.

Amzat, J., Razum, O., Amzat, J., ve Razum, O. (2014). Health, disease, and illness as conceptual tools. *Medical sociology in Africa*, 21-37.

Andrus, M. R., ve Roth, M. T. (2002). Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282-302.

APHA. (2023). Health Communication Working Group, <https://www.apha.org/apha-communities/member-sections/public-health-education-and-health-promotion/who-we-are/hcwg>

Aqtam, I., ve Darawwad, M. (2018). Health promotion model, s. An integrative literature review. *Open Journal of Nursing*, 8(07), 485.

Arber, S. (2004). Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 91-108.

Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., ... ve Bertoni, A. G. (2020). Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*, 39(2), 141-150.

Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., ... ve Bertoni, A. G. (2020). Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*, 39(2), 141-150.

Arpacı, F. (2016). Geçmişten Günümüze Yaşlılık, H. Kaya (ed.) *Yaşlılık Sosyolojisi*, Ankara, s. Nobel Yayıncılık.

Arslan, K. O. (2015). Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 19(1-2), 35-59.

Arun, Ö. (2009). Yaşlı bireyin Türkiye serüveni, s. Kaliteli yaşlanma imkânı üzerine senaryolar. *Gaziantep University-Journal of Social Sciences*, 7(2), 313-330.

Arun, Ö. (2019). Büroyla saha arasında, Yaşlanma çalışmalarında ilişkisellik. *Strata*, s. İlişkisel Sosyal Bilimler Dergisi, 0, 75-86.

Arun, Ö. (2021). Covid-19 gündeminde yaşlılara yönelik hak ihlalleri ve ayrımcı uygulamalar. *Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları*

Arun, Ö. (2023). Yaşlıların Sağlığını Etkileyen En Önemli Faktör. Senex, Yaşlılık Çalışmaları Dergisi, 7(1), 1-2.

Arun, Ö., (2022). Türkiye: Yoksullaşarak Yaşlanan Toplum. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Arun, Ö., (2023). Sağlık Hakkı ve Türkiye’de Yaşlıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Arun, Ö., (2023c). Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Şiddet, İhmal, İstismar ve Yaş Ayırmacılığı. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Arun, Ö., Binark, M., Taylan, D. Ö., Kandemir, B., ve Şahinkaya, G. (2022). Yaşlıların toplumsal sınıfı, dijital sermayeleri ve covid-19 salgınında bağlantıda kalma pratikleri. İstanbul University Journal of Sociology, 42(2), 387-410.

Arun, Ö., ve Arun, B. K. (2011). Türkiye’de yaşlı kadının en büyük sorunu, s. Dulluk. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(4), 1515-1527.

Arun, Ö., ve Elmas, Ç. (2020). Türkiye’de dijital eşitsizliğin toplumsal kökenleri. M. Fiğan ve Y. Özdemir (Der.), Dijital kültür, dijital eşitsizlikler, yaşlanma içinde, 115-135.

Arun, Ö., ve Holdsworth, J. K. (2020). Integrated social and health care services among societies in transition: Insights from Turkey. Journal of Aging Studies, 53, 100850.

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. The gerontologist, 29(2), 183-190.

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... ve Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet, 382(9886), 65-99.

Baban, A., ve Craciun, C. (2007). Changing health-risk behaviors, s. A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. Journal of Cognitive ve Behavioral Psychotherapies, 7(1).

Baciu, A., Negussie, Y., Geller, A., ve Weinstein, J. N. (Eds.). (2017). Communities in action: Pathways to health equity.

Baecker, R., Sellen, K., Crosskey, S., Boscart, V., ve Barbosa Neves, B. (2014, October). Technology to reduce social isolation and loneliness. In Proceedings of the 16th international ACM SIGACCESS conference on Computers ve accessibility (pp. 27-34).

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., ve Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*, 167(14), 1503-1509.

Baltes, S. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology, s. On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611.

Baltes, S. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology, s. On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611.

Baltes, S. B., Lindenberger, U., ve Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In *Handbook of child psychology* (s. 1029-1143). Wiley.

Baltes, S. B., Reese, H. W., ve Lipsitt, L. S. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual review of psychology*, 31(1), 65-110.

Baltes, S. B., Staudinger, U. M., ve Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology, s. Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50(1), 471-507.

Baltes, S. B., ve Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging, s. The model of selective optimization with compensation. *Successful aging, s. Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.

Baltes, S. B., ve Goulet, L. R. (1970). Status and issues of a life-span developmental psychology. *Life-span developmental psychology*, 3-21.

Bao, H., ve Lee, E. W. (2024). Examining the antecedents and health outcomes of health apps and wearables use: an integration of the technology acceptance model and communication inequality. *Behaviour ve Information Technology*, 43(4), 695-716.

Baran, A. G., Kurt, Ş. K., ve Tekeli, E. S. (2017). Yaşlıların Dijital Teknolojileri Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 1(45).

Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., ve Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC geriatrics*, 7, 1-13.

BBC Türkçe. (2024a). Cumhurbaşkanı Erdoğan, s. En düşük emekli maaşı 10 bin TL olacak, 2024'ü Emekliler Yılı ilan ediyoruz <https://www.bbc.com/turkce/articles/ckm7j4zlg2lo>

BBC Türkçe. (2024b). Sendikalar, 2024'ü 'Emekliler Yılı' ilan eden hükümete tepkili, 'Emekliler hayatta kalma mücadelesi veriyor' <https://www.bbc.com/turkce/articles/c8424v7g3ego>

Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C., ... ve Osborne, R. H. (2015). Distribution of health literacy strengths and

weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC public health, 15, 1-13.

Beaunoyer, E., Dupéré, S., ve Guitton, M. J. (2020). COVID-19 and digital inequalities, Reciprocal impacts and mitigation strategies. Computers in human behavior, 111, 106424.

Belediye Kanunu. (1930). T.C Resmi Gazete (1471, 14 Nisan 1930) <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1471.pdf>

Bell, S. E., ve Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections, s. Looking backward, sideways and forward. Social Science ve Medicine, 75(5), 775-783.

Belsky, D. W., Caspi, A., Houts, R., Cohen, H. J., Corcoran, D. L., Danese, A., ... ve Moffitt, T. E. (2015). Quantification of biological aging in young adults. Proceedings of the National Academy of Sciences, 112(30), E4104-E4110.

Bengtson, V. L. (2016). How theories of aging became social: Emergence of the sociology of aging. Handbook of theories of aging, 67-86.

Bengtson, V. L., Settersten, R. A., ve Bengtson, V. L. (2016). Theories of aging, Developments within and across disciplinary boundaries. Handbook of theories of aging, 1-8.

Bennett, R., ve Eckman, J. (1973). Attitudes toward aging, s. A critical examination of recent literature and implications for future research. In C. Eisdorfer ve M. S. Lawton (Eds.), The psychology of adult development and aging (s. 575–597). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10044-018>

Benyamini, Y., ve Burns, E. (2020). Views on aging, s. older adults' self-perceptions of age and of health. European Journal of Ageing, 17(4), 477-487.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., ve Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes, s. an updated systematic review. Annals of internal medicine, 155(2), 97-107.

Berkowsky, R. W., ve Czaja, S. J. (2018). Challenges associated with online health information seeking among older adults. In Aging, technology and health (pp. 31-48). Academic Press.

Bernburg, J. G. (2019). Labeling theory. Handbook on crime and deviance, 179-196.

Berry, D. (2004). EBOOK, s. Risk, Communication and Health Psychology. McGraw-Hill Education (UK).

Beyer, A. K., Wolff, J. K., Warner, L. M., Schüz, B., ve Wurm, S. (2015). The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. Psychology ve Health, 30(6), 671-685.

- Bice, T. W. (1976). Comments on health indicators, s. Methodological perspectives. *International Journal of Health Services*, 6(3), 509-520. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/1A2A-5JNB-DB35-VWX7>
- Binark, M., Arun, Ö., Özsoy, D., Kandemir, B., ve Şahinkaya, G. (2021). Covid-19 sürecinde yaşlıların medya repertuarı ve enformasyon gereksinimi. *Strata*, 6, 147-165.
- Binark, M., Arun, Ö., Özsoy, D., Kandemir, B., ve Şahinkaya, G. (2020). Covid-19 sürecinde yaşlıların enformasyon arayışı ve enformasyon değerlendirmesi.
- Binark, M., Arun, Ö., Özsoy, D., Kandemir, B., ve Şahinkaya, G. (2020). Covid-19 sürecinde yaşlıların enformasyon arayışı ve enformasyon değerlendirmesi.
- Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967. T.C. Resmî Gazete (11272, 2 Aralık 1962).
- Birinci, E. (2020). Alzheimer Hastalığına Multidisipliner Yaklaşım. Türkiye Gerontoloji Serisi. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Blok, M., van Ingen, E., de Boer, A. H., ve Sloodman, M. (2020). The use of information and communication technologies by older people with cognitive impairments, s. from barriers to benefits. *Computers in Human Behavior*, 104, 106173.
- Blumer, H. (1966). Sociological implications of the thought of George Herbert Mead. *American journal of sociology*, 71(5), 535-544.
- Bolton, D. (2022). Looking forward to a decade of the biopsychosocial model. *BJPsych Bulletin*, 46(4), 228-232.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy ve public affairs*, 49-68.
- Borawski, E. A., Kinney, J. M., ve Kahana, E. (1996). The meaning of older adults' health appraisals, s. Congruence with health status and determinant of mortality. *The Journals of Gerontology Series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(3), S157-S170.
- Bostock, S., ve Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344.
- Boyacıoğlu, N. E., Irmak, H. S., ve Çaynak, S. (2021). Yaşlılık döneminde sağlıkla ilgili bilgi edinmede internetin kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 6(3), 641-650.
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness, s. exploring some elusive concepts. *Medical humanities*, 26(1), 9-17.
- Bozkurt, H., ve Demirci, H. (2019). Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*, 22(4), 272-277.

Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of health, s. physical, mental and social well-being. *International journal of Epidemiology*, 1(4), 347-355.

Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., ve Judd, F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International psychogeriatrics*, 24(10), 1674-1683.

Bryer, J., & Speerschneider, K. (2016). Likert: analysis and visualization Likert items. R package version, 1(5).

Burleson, B. R. (2010). The nature of interpersonal communication. *The handbook of communication science*, 145-163.

Burton-Jones, A., ve Hubona, G. S. (2006). The mediation of external variables in the technology acceptance model. *Information ve management*, 43(6), 706-717.

Buz, S. (2015). Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(53).

Büyükyörük, N., Say Şahin, D. (2020). Yaşlılığa İlişkin Sosyolojik Kuram ve Yaklaşımlar Deniz Şahin (Ed.) Yaşlanmaya Sağlık Sosyolojisinden Multidisipliner Yaklaşım, Bursa, Ekin Basım Yayın Dağıtım

Caetano, S. C., Silva, C. M., ve Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC geriatrics*, 13, 1-14.

Cain, L. D. (1964). Life course and social structure. *Handbook of modern sociology*, 272, 309.

Calixte, R., Rivera, A., Oridota, O., Beauchamp, W., ve Camacho-Rivera, M. (2020). Social and demographic patterns of health-related Internet use among adults in the United States: a secondary data analysis of the health information national trends survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6856

Callahan, D. (1973). The WHO definition of'health'. *Hastings Center Studies*, 77-87.

Cambridge Dictionary. (2024). Perception. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/perception>

Canbeyli, R. (2018). Biyolojik Saat ve Yaşlılık. Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açıları. İstanbul. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Caner, A., ve Cilasun, S. M. (2019). Health care services and the elderly: Utilization and satisfaction in the aftermath of the Turkish health transformation program. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5, 2333721418822868.

Canguilhem, G., (1991). *The Normal and the Pathological*, Zone Books, Newyork.

Carbaugh, D. (1990). Intercultural communication. *Cultural communication and intercultural contact*, 151-175.

Casanova, G., Zaccaria, D., Rolandi, E., ve Guaita, A. (2021). The effect of information and communication technology and social networking site use on older people's well-being in relation to loneliness, s. review of experimental studies. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e23588.

Catrinel, Craciun., Julia, K., Wolff., Susanne, Wurm., Lisa, M., Warner., Andrea, Greco., Dario, Monzani., Cecile, Bazillier. (2014). Changing self-perceptions on aging to enhance personal resources for the promotion of physical activity in older people: A pilot study to test the effectiveness of an evidence-based intervention in 4 countries (France, Germany, Italy, Romania). *The European health psychologist*,

Cavicchioli, M., Movalli, M., ve Maffei, C. (2018). The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders, s. a meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *European addiction research*, 24, 137-162.

CDC. (2020). *Health Communication Basics*. <https://web.archive.org/web/20200715152212/https://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/WhatIsHC.html>

CDC. (2023). Office of Communication, Office of Communication Mission Statement, <https://www.cdc.gov/about/organization/cio-orgcharts/oc.html>

CDC. (2023). *What is Health Literacy?* <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html#:~:text=Personal%20health%20literacy%20is%20the,actions%20for%20themselves%20and%20others.>

Ceylan, H. (2016). *Yaşlanmanın Sosyolojisi*, Nobel yayınları.

Chang, E. S., ve Levy, B. R. (2021). High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: Risk and resilience factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(11), 1152-1159.

Chang, S. J., ve Im, E. O. (2014). A path analysis of Internet health information seeking behaviors among older adults. *Geriatric Nursing*, 35(2), 137-141.

Chaudhuri, S., Le, T., White, C., Thompson, H., ve Demiris, G. (2013). Examining health information-seeking behaviors of older adults. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(11), 547-553.

Chen, K., ve Chan, A. H. S. (2014). Gerontechnology acceptance by elderly Hong Kong Chinese: a senior technology acceptance model (STAM). *Ergonomics*, 57(5), 635-652.

Chen, Y. R. R., ve Schulz, S. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly, s. a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 18(1), e4596.

Chimento-Díaz, S., Sánchez-García, P., Franco-Antonio, C., Santano-Mogena, E., Espino-Tato, I., ve Cordovilla-Guardia, S. (2022). Factors associated with the acceptance of new technologies for ageing in place by people over 64 years of age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2947.

Chiu, H. T., Tsai, H. W., Kuo, K. N., Leung, A. Y., Chang, Y. M., Lee, P. H., ve Hou, W. H. (2020). Exploring the influencing factors of health literacy among older adults: a cross-sectional survey. *Medicina*, 56(7), 330.

Choi, N. (2011). Relationship between health service use and health information technology use among older adults: analysis of the US National Health Interview Survey. *Journal of medical Internet research*, 13(2), e1753.

Choi, N. G., ve DiNitto, D. M. (2013). Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e2333.

Chong, W. F., ve Gu, D. (2022). Critical gerontology. In *Encyclopedia of gerontology and population aging* (s. 1225-1246). Cham, s. Springer International Publishing.

Chopik, W. J., ve Francis, J. (2022). Partner influences on ICT use variety among middle-aged and older adults: the role of need for cognition. *Computers in human behavior*, 126, 107028.

Chuttur, M. (2009). Overview of the technology acceptance model, s. Origins, developments and future directions.

Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., ve Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 57(6), 365-388.

Cloninger, C. R., ve Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of affective disorders*, 128(1-2), 24-32.

Cockerham, W. C., Sharp, K., ve Wilcox, J. A. (1983). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, 38(3), 349-355.

Cockerham, W. C., Sharp, K., ve Wilcox, J. A. (1983). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, 38(3), 349-355.

Cohen, E. L. (2021). The multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary nature of health communication scholarships. *The Routledge Handbook of Health Communication*, 3-16.

Connelly, J. E., Philbrick, J. T., Smith Jr, G. R., Kaiser, D. L., ve Wymer, A. (1989). Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medical care*, 27(3), S99-S109.

Conrad, S. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.

Conrad, S., Mackie, T., ve Mehrotra, A. (2010). Estimating the costs of medicalization. *Social Science ve Medicine*, 70(12), 1943-1947.

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., ve George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of environment and health sciences*, 6(1).

Covello, V. T. (1992). Risk communication, s. An emerging area of health communication research. *Annals of the International Communication Association*, 15(1), 359-373.

Covello, V. T., Von Winterfeldt, D., ve Slovic, S. (1988). Risk communication. *Carcinogen risk assessment*, 193-207.

Cowgill, D. (1974b). Aging and modernization, s. A revision of theory. *Later life*, s. Community and environmental policies.

Cowgill, D. O. (1974a). The aging of populations and societies. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 1-18.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services*, 10(3), 365-388.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health, s. ,* 10(4), 401-420.

Cross, R., Davis, S., ve O'Neil, I. (2017). Health communication, s. Theoretical and critical perspectives. John Wiley ve Sons.

Cylus, J., ve Smith, S.C. (2020). The economy of wellbeing, s. what is it and what are the implications for health? *The BMJ*, 369.

Czaja, S. J., Sharit, J., Nair, S. N., ve Lee, C. C. (2009, October). Older adults and internet health information seeking. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* (Vol. 53, No. 2, pp. 126-130). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Çakmak, H. S. G., ve Kaşlı, K. (2022). Bir ilçede yaşayan yaşlıların yaşlılık algılarının değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal*, 11(1), 52-60.

Çayır, K. (2012). Yaşlılık/yaşa dayalı ayrımcılık. *Ayrımcılık, s. Çok boyutlu yaklaşımlar*, 163-174.

Çolak, M., ve Özer, Y. E. (2015). Sosyal politika anlamında aktif yaşlanma politikalarının ulusal ve yerel düzeydeki analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 115-124.

Dahlgren, D., ve Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health.

Dahlgren, G., ve Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.

Dalmases, M., Benítez, I., Sapiña-Beltran, E., Garcia-Codina, O., Medina-Bustos, A., Escarrabill, J., ... ve de Batlle, J. (2019). Impact of sleep health on self-perceived health status. *Scientific reports*, 9(1), 7284.

Damant, J., Knapp, M., Freddolino, S., ve Lombard, D. (2017). Effects of digital engagement on the quality of life of older people. *Health ve social care in the community*, 25(6), 1679-1703.

Damant, J., Knapp, M., Watters, S., Freddolino, S., Ellis, M., ve King, D. (2013). The impact of ICT services on perceptions of the quality of life of older people. *Journal of Assistive Technologies*, 7(1), 5-21.

Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehman, J., Murray, C. J., ve Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS medicine*, 6(4), e1000058.

Delibaş, K. (2020). Psikolojik Bir Olgu Olarak Yaş, Yaşlanma ve Yaşlılık, Güzel Dişçigil (ed.) *Yaşlı Sağlığına Çok Yönlü Yaklaşım*, Gazi Kitabevi, Ankara.

Demir, Y. (2021). Yaşlılık Kuramları, Hatice Kumcağız(Ed.), Yasin Demir (Ed.) *Yaşlılık Psikolojisi içinde* (31-48), Ankara , s. PEGEM Akademi.

Demiris, G., Hensel, B. K., Skubic, M., ve Rantz, M. (2008). Senior residents' perceived need of and preferences for "smart home" sensor technologies. *International journal of technology assessment in health care*, 24(1), 120-124.

Deniz, S. Ş., Özer, Ö., ve Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception, s. An application in individuals at age 65 and older. *Social work in public health*, 33(2), 85-95.

Deniz, S. Ş., Özer, Ö., ve Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Social work in public health*, 33(2), 85-95.

Deniz, S., ve Oğuzöncül, A. F. (2018). Malatya ili Akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

DeVito, J. A., ve DeVito, J. (2022). *The interpersonal communication book*. Hunter College of the City University of New York, Person.

Dhar, N., Chaturvedi, S. K., ve Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension, s. a public health perspective. WHO South-East Asia Journal of Public Health, 2(1), 3-5.

Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., ve Rosenthal, M. S. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health, s. Preliminary findings. Journal of Community Psychology, 35(5), 557-561.

Diderichsen, F., Evans, T., ve Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. Challenging inequities in health: From ethics to action, 1, 12-23.

Diehl, M. K., ve Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change, s. Examination of a (mostly) unexplored concept. Journals of Gerontology Series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences, 65(3), 340-350.

Diehl, M., Brothers, A. F., ve Wahl, H. W. (2021). Self-perceptions and awareness of aging, s. Past, present, and future. Handbook of the psychology of aging, 155-179.

Diehl, M., Wahl, H. W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., ... ve Wurm, S. (2014). Awareness of aging, s. Theoretical considerations on an emerging concept. Developmental Review, 34(2), 93-113.

Diehl, M., Wahl, H. W., Brothers, A., ve Miche, M. (2015). Subjective aging and awareness of aging.

Dişçigil, G. (2020). Yaşlı Sağlığına Çok Yönlü Yaklaşım, Gazi Kitapevi, Ankara.

Diviani, N., Van Den Putte, B., Giani, S., ve van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. Journal of medical Internet research, 17(5), e112.

Domenicucci, R., Ferrandes, F., Sarlo, M., Borella, E., ve Belacchi, C. (2022). Efficacy of ICT-based interventions in improving psychological outcomes among older adults with MCI and dementia: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews, 82, 101781.

Dowd, J. J. (1975). Aging as exchange, s. A preface to theory. Journal of gerontology, 30(5), 584-594.

Downie, R. S., Fyfe, C., ve Tannahill, A. (1990). Health promotion, s. models and values.

Döner, A., ve Kelek, M. (2015). Negatif Yükümlülükler Açısından Sağlık Hakkı. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 19(3-4), 3-21.

Duben, A. (2018). Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açıları. İstanbul. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Durmaz, S., Sürücü, E., ve Ozvurmaz, S. (2020). Determination of health literacy, health perception levels and related factors of marble factory workers. *Med Sci*, 15, 81-91.

Durmaz, S., Sürücü, E., ve Ozvurmaz, S. (2020). Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15(3), 81-91.

Dyvik, E. H. (2024). Population - Statistics ve Facts. Statista. <https://www.statista.com/topics/776/population/#topicOverview>

Eichler, K., Wieser, S., ve Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 54, 313-324.

Eisenberg, L. (1977). Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1), 9-23.

Elder, G. H., Johnson, M. K., ve Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In *Handbook of the life course* (s. 3-19). Springer, Boston, MA.

Ender, R. (2022). Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Temel Kavramlar, Zeynep Gümüş Demir (Ed.) Yaşlılık Psikolojisini Anlamak içinde (1-23) Ankara, s. Nobel Akademik Yayıncılık.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model, s. a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of medicine and philosophy*, 6(2), 101-124.

Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial, s. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6), 521-528.

Erbil, D. D., ve Hazer, O. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yaşlıların İnternet ve Sosyal Medya Kullanımı Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Sosyal Bilimlerde Covid-19 Salgını*, 43.

Erikson, E. H., ve Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. WW Norton ve Company.

Eronen, J., Paakkari, L., Portegijs, E., Saajanaho, M., ve Rantanen, T. (2019). Assessment of health literacy among older Finns. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31, 549-556.

Espallargues, M., Valderas, J. M., ve Alonso, J. (2000). Provision of feedback on perceived health status to health care professionals, s. a systematic review of its impact. *Medical care*, 38(2), 175-186.

Estacio, E. V., Whittle, R., ve Protheroe, J. (2019). The digital divide: examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *Journal of health psychology*, 24(12), 1668-1675.

Estes, C. L., Swan, J. H., ve Gerard, L. E. (1982). Dominant and competing paradigms in gerontology, s. Towards a political economy of ageing. Ageing ve Society, 2(2), 151-164.

Euronews Türkçe. (2023). Son 20 yılda en çok emekliler kaybetti, s. En düşük emekli maaşı asgari ücretin ne kadar gerisinde? <https://tr.euronews.com/2023/12/13/son-20-yilda-en-cok-emekliler-kaybetti-en-dusuk-emekli-maasi-asgari-ucretin-ne-kadar-geris#:~:text=Haber%20D%C3%BCnya%20T%C3%BCrkiye-,Son%2020%20y%C4%B1lda%20en%20C3%A7ok%20emekliler%20kaybetti%3A%20En%20d%C3%BC%C5%9F%C3%BCk%20emekli,asgari%20C3%BCcretin%20ne%20kadar%20gerisinde%3F&text=Resmi%20verilere%20g%C3%B6re%20son%2020,yana%20hi%C3%A7%20bu%20kadar%20d%C3%BC%C5%9Fmemi%C5%9Fti.>

European Comission. (2023). Health Care. https://commission.europa.eu/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/know-your-rights/solidarity/health-care_en#,s.~,s. text=Everyone%20has%20the%20right%20of,the%20Union's%20policies%20and%20activities.

European Comission. (2024). Health Care. https://commission.europa.eu/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/know-your-rights/solidarity/health-care_en#:~:text=Related%20rights-,Know%20your%20rights,by%20national%20laws%20and%20practices.

European Institute Gender Equality. (2023). Gender Equality Index. <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2023/compare-countries>

European Parliament. (2023). Protecting fundamental rights within the Union. <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/en/democracy-and-human-rights/fundamental-rights-in-the-eu#,s.~,s. text=The%20Charter%20of%20Fundamental%20Rights,people%20in%20the%20European%20Union.>

European Union. (2012). Charter of Fundamental Rights of The European Union, https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/char_2012/oj

Eurostat. (2021). Health Perception. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/womenmen/bloc-1c.html>
Eurostat. (2021). How popular is internet use among older people? Eurostat. Retrieved from <https://ec.europa.eu>

Eurostat. (2022). Self-perceived health statistics https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics#Self-perceived_health

Farre, A., ve Rapley, T. (2017, November). The new old (and old new) medical model, s. four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. In Healthcare (Vol. 5, No. 4, s. 88). MDPI.

Faverio, M. (2022). Share of those 65 and older who are tech users has grown in the past decade. Pew Research Center. Retrieved from <https://www.pewresearch.org>

Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior. *Handbook of motivation and cognition*, s. Foundations of social behavior, 1, 204-243.

Fazio, R. H., Effrein, E. A., ve Falender, V. J. (1981). Self-perceptions following social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 232.

Fazio, R. H., ve Williams, C. J. (1986). Attitude accessibility as a moderator of the attitude–perception and attitude–behavior relations, s. An investigation of the 1984 presidential election. *Journal of personality and social psychology*, 51(3), 505.

Fernández-Jiménez, C., Dumitrache, C. G., Rubio, L., ve Ruiz-Montero, S. J. (2024). Self-perceptions of ageing and perceived health status, s. The mediating role of cognitive functioning and physical activity. *Ageing ve Society*, 44(3), 622-641.

Ferrucci, L., Gonzalez-Freire, M., Fabbri, E., Simonsick, E., Tanaka, T., Moore, Z., ... ve de Cabo, R. (2020). Measuring biological aging in humans, s. *A quest. Aging cell*, 19(2), e13080.

Filiz, E. (2015). Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Finkelstein, R., Wu, Y., ve Brennan-Ing, M. (2023). Older adults' experiences with using information and communication technology and tech support services in New York City: findings and recommendations for post-pandemic digital pedagogy for older adults. *Frontiers in Psychology*, 14, 1129512.

Fiske, A., Wetherell, J. L., ve Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.

Fotteler, M. L., Kocar, T. D., Dallmeier, D., Kohn, B., Mayer, S., Waibel, A. K., ... Denking, M. (2023). Use and benefit of information, communication, and assistive technology among community-dwelling older adults—a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(1), 2004.

Francis, J., Kadylak, T., Cotten, S. R., ve Rikard, R. V. (2016). When it comes to depression, ICT use matters: A longitudinal analysis of the effect of ICT use and mattering on depression among older adults. In *HCI International 2016–Posters' Extended Abstracts: 18th International Conference, HCI International 2016 Toronto, Canada, July 17–22, 2016 Proceedings, Part II* 18 (pp. 301-306). Springer International Publishing.

Frawley, A. (2015). Medicalization of Social Problems. In, s. Schramme, T., Edwards, S. (eds) *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_74-1

Frazier, L. D. (2020). The past, present, and future of the biopsychosocial model, s. A review of The Biopsychosocial Model of Health and Disease, s.

New philosophical and scientific developments by Derek Bolton and Grant Gillett. *New Ideas in Psychology*, 57, 100755.

Freimuth, V. S., ve Quinn, S. C. (2004). The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American journal of public health*, 94(12), 2053-2055.

Frenk, J., ve Gómez-Dantés, O. (2014). Designing a framework for the concept of health. *Journal of Public Health Policy*, 35, 401-406.

Friemel, T. N. (2016). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *New media ve society*, 18(2), 313-331.

Galambos, N. L., Turner, S. K., ve Tilton-Weaver, L. C. (2005). Chronological and subjective age in emerging adulthood, s. The crossover effect. *Journal of adolescent research*, 20(5), 538-556.

Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, S., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., ... ve Saltó-Cerezuela, E. (2019). Determinants of health literacy in the general population, s. results of the Catalan health survey. *BMC public health*, 19, 1-12.

Gatchel, R. J., Ray, C., Kishino, N. D., ve Brindle, A. (2020). The biopsychosocial model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 1–8. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch182>

Gibney, S., Bruton, L., Ryan, C., Doyle, G., ve Rowlands, G. (2020). Increasing health literacy may reduce health inequalities: evidence from a national population survey in Ireland. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5891.

Glik, D. C. (2007). Risk communication for public health emergencies. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 33-54.

Goldsmith, R. E., ve Heiens, R. A. (1992). Subjective age, s. A test of five hypotheses. *The gerontologist*, 32(3), 312-317.

Goldstein, M. C., ve Beall, C. M. (1981). Modernization and aging in the third and fourth world, s. Views from the rural hinterland in Nepal. *Human Organization*, 48-55.

González, A., Ramírez, M. P., ve Viadel, V. (2015). ICT learning by older adults and their attitudes toward computer use. *Current gerontology and geriatrics research*, 2015(1), 849308.

Goodwin, R., ve Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological medicine*, 32(2), 325-332.

Gordon, E. H., ve Hubbard, R. E. (2022). Frailty: understanding the difference between age and ageing. *Age And Ageing*, 51(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac185>

Gotink, R. A., Chu, S., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., ve Hunink, M. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare, s. an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*, 10(4), e0124344.

Göçer, Ş., Öcal, N. Ü. (2021). *Güncel Yaklaşımlarla Yaşlı Sağlığı*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara

Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de sosyal güvenliğin dönüşümü. *Çalışma ve Toplum*, 2(25), 141-162.

Görgün Baran, A. (2022). Yaşlılığın Sosyal Boyutu, Hacettep Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi, https://gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilikin_sosyal_boyutu.pdf

Gracia, E., ve Herrero, J. (2009). Internet use and self-rated health among older people: a national survey. *Journal of Medical Internet Research*, 11(4), e1311.

Griffin, J. (2008). Changing life expectancy throughout history. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(12), 577. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.08k037>

Guedes, J., Melo, S., (2022). Continuity Theory In *Encyclopedia of gerontology and population aging* (s. 1170-1179). Cham, s. Springer International Publishing.

Gül, E., ve Erci, B. (2022). Investigating the correlation of health literacy with eating behavior and health perception in adult individuals. *International Journal of Health Promotion and Education*, 1-15.

Gültekin T. (2020). Gerontolojinin Doğuşu ve Gelişimi D. S. Şahin (ed.) *Yaşlılık Sosyolojisi*, Ankara, s. Ekin Basın Yayın Dağıtım.

Gün, İ. (2019). Geriatri’de sağlık eşitsizlikleri. *Geriatriye Disiplinler Arası Yaklaşım*, 132-146.

Ha, J., ve Park, H. K. (2020). Factors affecting the acceptability of technology in health care among older Korean adults with multiple chronic conditions: a cross-sectional study adopting the senior technology acceptance model. *Clinical Interventions in Aging*, 1873-1881.

Hägg, S., ve Jylhävä, J. (2021). Sex differences in biological aging with a focus on human studies. *Elife*, 10, e63425.

Hall, A. K., Bernhardt, J. M., Dodd, V., ve Vollrath, M. W. (2015). The digital health divide: evaluating online health information access and use among older adults. *Health Education ve Behavior*, 42(2), 202-209.

Hänninen, R., Taipale, S., ve Luostari, R. (2021). Exploring heterogeneous ICT use among older adults: The warm experts' perspective. *New media ve society*, 23(6), 1584-1601.

Hargittai, E., Piper, A. M., ve Morris, M. R. (2019). From internet access to internet skills, s. digital inequality among older adults. *Universal Access in the Information Society*, 18, 881-890.

Harman, D. (1981). The aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 78(11), 7124-7128.

Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. *Processes of aging*, s. Social and psychological perspectives, 1, 299-320.

Havighurst, R. J. (1968). Personality and patterns of aging. *The gerontologist*, 8(1), 20-23.

Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., ve Tobin, S. S. (1964). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. University of Chicago.
Havighurst, R. J., ve Albrecht, R. (1953). Older people.

Hawks, S. (2004). Spiritual wellness, holistic health, and the practice of health education. *American Journal of Health Education*, 35(1), 11-18.

Hayflick, L. (1985). Theories of biological aging. *Experimental gerontology*, 20(3-4), 145-159.

Heart, T., ve Kalderon, E. (2013). Older adults: are they ready to adopt health-related ICT?. *International journal of medical informatics*, 82(11), e209-e231.

Heckhausen, J., Wrosch, C., ve Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological review*, 117(1), 32.

Heckhausen, J., Wrosch, C., ve Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological review*, 117(1), 32.

Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(230), 548-552.

Henchoz, K., Cavalli, S., ve Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age, s. A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 282-290.

Hernández-Encuentra, E., Pousada, M., ve Gómez-Zúñiga, B. (2009). ICT and older people: Beyond usability. *Educational Gerontology*, 35(3), 226-245.

Hess, T. M., Hinson, J. T., ve Statham, J. A. (2004). Explicit and implicit stereotype activation effects on memory, s. do age and awareness moderate the impact of priming?. *Psychology and aging*, 19(3), 495.

Hıdır, A. S. A. K. (2020). Gerontolojiye Yunan mitolojisinden bakmak. Sosyal Çalışma Dergisi, 4(1), 33-38.

Hine, R. (Ed.). (2015). A dictionary of biology. OUP Oxford. <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780198821489.001.0001/acref-9780198821489-e-3297?rskey=DGYT80veresult=8>

Hoeymans, N., Feskens, E. J., Kromhout, D., Van den Bos, G. A. (1999). The contribution of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men. Journals of Gerontology Series A, s. Biomedical Sciences and Medical Sciences, 54(10), M501-M506.

Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health, s. A systems approach to understanding and modifying risk and protection. Annual review of psychology, 69, 437-458.

Holtz, B., ve Buis, L. (2016). Effectively promoting healthy living and behaviours through mobile phones. R. Ahmed and BR Bates. Health communication and mass media, s. An integrated approach to policy and practice (99-114. ss.). Burlington, Gower Publishing Limited.

Hong, Y. A., ve Cho, J. (2017). Has the digital health divide widened? Trends of health-related internet use among older adults from 2003 to 2011. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 72(5), 856-863.

Horton, Richard. "Georges Canguilhem, s. philosopher of disease." Journal of the royal society of medicine 88.6 (1995), s. 316-319.

Hou, Y., Zhang, D., Gu, J., Xue, F., Sun, Y., Wu, Q., ... ve Wang, X. (2016). The association between self-perceptions of aging and antihypertensive medication adherence in older Chinese adults. Aging clinical and experimental research, 28, 1113-1120.

Hsieh, P. J., ve Lai, H. M. (2020). Exploring people's intentions to use the health passbook in self-management: An extension of the technology acceptance and health behavior theoretical perspectives in health literacy. Technological Forecasting and Social Change, 161, 120328.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural equation modeling: a multidisciplinary journal, 6(1), 1-55.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H.V., Jadad, A.A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W., Schnabel, S., Smith, R.M., Weel, C.V., ve Smid, H.H. (2011). How should we define health? BMJ , s. British Medical Journal, 343.

Hummert, M. L. (2011). Age stereotypes and aging. In Handbook of the psychology of aging (s. 249-262). Academic Press.

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001. T.C. Resmî Gazete (24325, 21 Şubat 2001).

Idler, E. L., Hudson, S. V., ve Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health, s. A qualitative and quantitative approach. *Research on aging*, 21(3), 458-476.

Idler, E. L., ve Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival, s. do global evaluations of health status really predict mortality?. *Journal of gerontology*, 46(2), S55-S65.

Ihm, J., ve Hsieh, Y. P. (2015). The implications of information and communication technology use for the social well-being of older adults. *Information, Communication ve Society*, 18(10), 1123-1138.

Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., ve Ingrand, S. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PloS one*, 13(10), e0204044.

Irizarry, T., Shoemake, J., Nilsen, M. L., Czaja, S., Beach, S., ve DeVito Dabbs, A. (2017). Patient portals as a tool for health care engagement: a mixed-method study of older adults with varying levels of health literacy and prior patient portal use. *Journal of medical Internet research*, 19(3), e99.

Jacobs, W., Amuta, A. O., ve Jeon, K. C. (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent social sciences*, 3(1), 1302785.

Jadad, A.A., ve O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, s. *British Medical Journal*, 337.

Jahnel, T., Dassow, H. H., Gerhardus, A., ve Schüz, B. (2022). The digital rainbow, s. Digital determinants of health inequities. *Digital Health*, 8, 20552076221129093.

Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S. Y., ve Shin, B. K. (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 485-496.

Jarvis, M. A., Sartorius, B., ve Chipps, J. (2020). Technology acceptance of older persons living in residential care. *Information Development*, 36(3), 339-353.

Jensen, A., ve Trenholm, S. (1992). *Interpersonal communication*. Wadsworth.

Jensen, J. D., King, A. J., Davis, L. A., ve Guntzviller, L. M. (2010). Utilization of internet technology by low-income adults: the role of health literacy, health numeracy, and computer assistance. *Journal of aging and health*, 22(6), 804-826.

Jokisch, M. R., Schmidt, L. I., ve Doh, M. (2022). Acceptance of digital health services among older adults: Findings on perceived usefulness, self-efficacy, privacy concerns, ICT knowledge, and support seeking. *Frontiers in public health*, 10, 1073756.

Jøranson, N., Zechner, M., Korkmaz Yaylagul, N., Efthymiou, A., ve Silva, R. (2023). Experienced barriers in the use of ICT for social interaction in older adults ageing in place, s. a qualitative systematic review protocol (SYSR-D-22-00848). *Systematic reviews*, 12(1), 192.

Jung, M. L., ve Loria, K. (2010). Acceptance of Swedish e-health services. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 55-63.

Jylhävä, J., Pedersen, N. L., ve Hägg, S. (2017). Biological age predictors. *EBioMedicine*, 21, 29-36.

Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119-128.

Kaczmarek, E. (2022). Promoting diseases to promote drugs: the role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 88(1), 34-39.

Kadıoğlu, H., ve Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.

Kalaycıoğlu, S., Tol, U. U., Küçükural, Ö., ve Cengiz, K. (2003). Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. *Türkiye Bilimler Akademisi Raporları*, 5, 7-31.

Kaleta, D., Polanska, K., Dziankowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., ve Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European journal of public health*, 17(3), 122.

Kalınkara, V. (2021). *Temel Gerontoloji ve Yaşlılık Bilimi*. Ankara, s. Nobel Yayıncılık.

Kalınkara, V., ve Sarı, İ. (2018). Yaşlıların Bilgi Teknolojileri Kullanımı ve Yaşam Doyumu: Potansiyel ve Engeller, *Ergonomik Yaklaşım. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*.

Kalınkara, V., ve Sarı, İ. (2023). Yaşlı Bireylerin Sosyal Medya Kullanımı ve Yaşlanma Algısı. *Türkiye Sosyal Ara*

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı. (2024). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>

Kanadoğlu, K. (2015). Türk anayasa hukukunda sağlık alanında temel haklar. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*.

Kapilashrami, A., ve Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*, 391(10140), 2589-2591.

Karahanna, E., ve Straub, D. W. (1999). The psychological origins of perceived usefulness and ease-of-use. *Information ve management*, 35(4), 237-250.

Karakul, S. (2016). Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı–I. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 3(2), 169-208.

Karakul, S. (2017). Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı-II. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 4(1), 17-58.

Kassambara, A. (2023). ggcorrplot: Visualization of a Correlation Matrix using ggplot2. R package version 0.1.4.1. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=ggcorrplot>.

Kastenbaum, R., Derbin, V., Sabatini, S., ve Artt, S. (1972). The ages of me', s. toward personal and interpersonal definitions of functional aging. *Aging Hum Dev* 3, s. 197–211.

Kennedy, B. K. (2016). Advances in biological theories of aging. *Handbook of Theories of Aging*. 3rd ed. New York, NY, s. Springer Publishing Company, 107-13.
Kent, M. (2006). *Oxford dictionary of sports science and medicine*. OUP Oxford. <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780198568506.001.0001/acref-9780198568506-e-5169?rskey=DGYT80veresult=4>

Keskin, R. (2022). Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Temel Kavramlar, Zeynep Gümüş Demir (Ed.) Yaşlılık Psikolojisini Anlamak içinde (1-23) Ankara, s. Nobel Akademik Yayıncılık.

Khanna, R. C., Cicinelli, M. V., Gilbert, S. S., Honavar, S. G., ve Murthy, G. V. (2020). COVID-19 pandemic, s. Lessons learned and future directions. *Indian journal of ophthalmology*, 68(5), 703.

Kıbrıs, Ş., ve Kızılkaya, S. (2023). E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 241-250.

Kılıç, N. P., Özdemir, B. P., Hızal, S. G., ve Aktaş, M. (2021). Covid-19 pandemisinde iletişimsel ihtiyaçlar, beklentiler ve deneyimler üzerine nitel bir araştırma: 65 yaş ve üzeri Ankara örnekleme. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*, (60), 127-155.

Kıyloğlu, N. (2020). Nörolojik Sorunlara Yaklaşım, Güzel Dişçigil (ed.) Yaşlı Sağlığına Çok Yönlü Yaklaşım, Gazi Kitabevi, Ankara.

Kilic, B. (2014). Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*, 383(9911), 28-29.

Kim, D. K. D., ve Kreps, G. L. (2020). An analysis of government communication in the United States during the COVID-19 pandemic, s. recommendations for effective government health risk communication. *World Medical ve Health Policy*, 12(4), 398-412.

Kim, J., Lee, H. Y., Won, C. R., Barr, T., ve Merighi, J. R. (2020). Older adults' technology use and its association with health and depressive symptoms: Findings

from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Nursing outlook*, 68(5), 560-572.

Kim, S. H., ve Lee, E. J. (2008). The influence of functional literacy on perceived health status in Korean older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 195-203.

Kim, S. H., ve Utz, S. (2018). Association of health literacy with health information-seeking preference in older people: A correlational, descriptive study. *Nursing ve health sciences*, 20(3), 355-360.

Kim, Y. K., Kim, K., Neupert, S. D., ve Boerner, K. (2021). Changes in married older adults' self-perceptions of aging: The role of gender. *Psychology and Aging*, 36(3), 383.

Kindig, D. A., Panzer, A. M., ve Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>

Kirkby, K., Bergen, N., Baptista, A., Schlotheuber, A., ve Hosseinpoor, A. R. (2023). Data resource profile: World Health Organization health inequality data repository. *International Journal of Epidemiology*, 52(5), e253-e262.

Kiwanuka, F., Kopra, J., Sak-Dankosky, N., Nanyonga, R. C., veamp; Kvist, T. (2022). Polychoric correlation with ordinal data in nursing research. *Nursing research*, 71(6), 469-476.

Klainin-Yobas, S., Cho, M. A. A., ve Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders, s. A meta- analysis. *International journal of nursing studies*, 49(1), 109-121.

Klavuz. (2021). Yaşlılıkta Depresyon. Türkiye Gerontoloji Serisi. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık

Klein, R., ve Huang, D. (2010). Defining and measuring disparities, inequities, and inequalities in the Healthy People initiative. National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention.

Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Kline, R. B. (2016). Principle and practice of structural equation modelling (4th ed.). New York, NY, The Guilford Press

Klusmann, V., Sproesser, G., Wolff, J. K., ve Renner, B. (2019). Positive self-perceptions of aging promote healthy eating behavior across the life span via social-cognitive processes. *The Journals of Gerontology, s. Series B*, 74(5), 735-744.

Kol, E. (2015). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sgd-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.

Korkmaz, M., Aytaç, A., Talas, M., ve Derman, G. S. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığın Farklı Parametrelere Göre Karşılaştırmalı İncelenmesi. Geriatriye Disiplinler Arası Yaklaşım, 96-116.

Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., ve Stephan, Y. (2015). Looking beyond chronological age, s. Current knowledge and future directions in the study of subjective age. Gerontology, 62(1), 86-93.

Kreps, G. L. (2020). The value of health communication scholarship, s. New directions for health communication inquiry. International Journal of Nursing Sciences, 7(Suppl 1), s4.

Kreps, G. L., (1988). The pervasive role of information in health and health care, s. Implications for health communication policy. Annals of the International Communication Association, 11(1), 238-276.

Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., ve Query Jr, J. L. (2003). The history and development of the field of health communication. Russian Journal of Communication, 10, 12-20.

Kreps, G. L., ve Neuhauser, L. (2015, January). Designing health information programs to promote the health and well-being of vulnerable populations, s. The benefits of evidence-based strategic health communication. In Meeting health information needs outside of healthcare (s. 3-17). Chandos Publishing.

Kreps, G.L. (2001). The Evolution and Advancement of Health Communication Inquiry. Annals of the International Communication Association, 24, 231 - 253.

Kwak, S., Kim, H., Chey, J., ve Youm, Y. (2018). Feeling how old I am, s. Subjective age is associated with estimated brain age. Frontiers in aging neuroscience, 10, 346825.

Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., ve Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. Jama, 280(5), 428-432.

Lambert, S. D., ve Loiselle, C. G. (2007). Health information—seeking behavior. Qualitative health research, 17(8), 1006-1019.

Lancet, T. (2009). What is health? The ability to adapt. The Lancet, 781.

Lane, R. D. (2014). Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models? BioPsychoSocial Medicine, 8, 1-3.

Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. Medical care research and review, 56(2), 123-136.

Latikka, R., Rubio-Hernández, R., Lohan, E. S., Rantala, J., Nieto Fernández, F., Laitinen, A., ve Oksanen, A. (2021). Older adults’ loneliness, social isolation, and physical information and communication technology in the era of ambient assisted living: a systematic literature review. Journal of medical Internet research, 23(12), e28022.

Law, J., ve Martin, E. (Eds.). (2020). Concise Colour Medical Dictionary. Oxford University Press.

Leary, V. A. (1994). The right to health in international human rights law. *Health and human rights*, 24-56.

Lee, C., & Coughlin, J. F. (2015). PERSPECTIVE: Older adults' adoption of technology: an integrated approach to identifying determinants and barriers. *Journal of Product Innovation Management*, 32(5), 747-759.

Lee, H. Y., Jin, S. W., Henning-Smith, C., Lee, J., ve Lee, J. (2021). Role of health literacy in health-related information-seeking behavior online: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e14088.

Lee, S. B., Oh, J. H., Park, J. H., Choi, S. S., ve Wee, J. H. (2018). Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and experimental emergency medicine*, 5(4), 249.

Lee, Y. M., Yu, H. Y., You, M. A., ve Son, Y. J. (2017). Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*, 24(1), 11-18.

Leonardi, F. (2018). The definition of health, s. towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748.

Levine, M. E. (2013). Modeling the rate of senescence: can estimated biological age predict mortality more accurately than chronological age?. *Journals of Gerontology Series A, s. Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(6), 667-674.

Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of personality and social psychology*, 71(6), 1092.

Levy, B. (2000a). Handwriting as a reflection of aging self-stereotypes. *Journal of Geriatric Psychiatry*.

Levy, B. (2009a). Stereotype embodiment, s. A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336.

Levy, B. R. (2003). Mind matters, s. Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), P203-P211.

Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and aging*, 24(1), 230.

Levy, B. R., Banaji, M. R., ve Nelson, T. (2002c). Ageism, s. Stereotyping and prejudice against older persons. *Implicit ageism*, 49-7.

Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R., ve Wei, J. Y. (2000b). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The journals of*

gerontology series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences, 55(4), P205-P213.

Levy, B. R., Ryall, A. L., Pilver, C. E., Sheridan, S. L., Wei, J. Y., ve Hausdorff, J. M. (2008). Influence of African American elders' age stereotypes on their cardiovascular response to stress. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 85-93.

Levy, B. R., Ryall, A. L., Pilver, C. E., Sheridan, S. L., Wei, J. Y., ve Hausdorff, J. M. (2008). Influence of African American elders' age stereotypes on their cardiovascular response to stress. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 85-93.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., ve Kasl, S. V. (2002b). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261.

Levy, B. R., Slade, M. D., Pietrzak, R. H., ve Ferrucci, L. (2018). Positive age beliefs protect against dementia even among elders with high-risk gene. *PloS one*, 13(2), e0191004.

Levy, B. R., Slade, M. D., ve Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P409-P417.

Levy, B. R., ve Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive medicine*, 39(3), 625-629.

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., ve Ferrucci, L. (2009a). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological science*, 20(3), 296-298.

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., ve Ferrucci, L. (2012). Memory shaped by age stereotypes over time. *Journals of Gerontology, s. Series B*, 67(4), 432-436.

Levy, B., ve Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes, s. *Successful memory in China among the American deaf*. *Journal of personality and social psychology*, 66(6), 989.

Li, M., Liu, L., Yang, Y., Wang, Y., Yang, X., ve Wu, H. (2020). Psychological impact of health risk communication and social media on college students during the COVID-19 pandemic, s. *cross-sectional study*. *Journal of medical Internet research*, 22(11), e20656.

Li, Y., Fan, X., Wei, L., Yang, K., ve Jiao, M. (2023). The impact of high-risk lifestyle factors on all-cause mortality in the US non-communicable disease population. *BMC Public Health*, 23(1), 422.

Li, Y., Godai, K., Kido, M., Komori, S., Shima, R., Kamide, K., ve Kabayama, M. (2022). Cognitive decline and poor social relationship in older adults during COVID-19 pandemic: can information and communications technology (ICT) use helps?. *Bmc Geriatrics*, 22(1), 375.

Li, Z., Zhang, W., Duan, Y., Niu, Y., Chen, Y., Liu, X., ... ve Chen, X. (2023). Progress in biological age research. *Frontiers in public health*, 11, 1074274.

Liesa-Orús, M., Latorre-Coscolluela, C., Sierra-Sánchez, V., ve Vázquez-Toledo, S. (2023). Links between ease of use, perceived usefulness and attitudes towards technology in older people in university: A structural equation modelling approach. *Education and Information Technologies*, 28(3), 2419-2436.

Lim, M. L., van Schooten, K. S., Radford, K. A., ve Delbaere, K. (2021). Association between health literacy and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International*, 36(5), 1482-1497.

Liman, B., (2023). Türkiye'de Bakım Politikalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Değerlendirmesi. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Lin, J. N. (2016). Gender differences in self-perceptions about aging and sleep among elderly Chinese residents in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 24(4), 347-356.

Lionetti, F., Keijsers, L., veamp; Pastore, M. (2016). Evidence of factorial validity of parental knowledge, control and solicitation, and adolescent disclosure scales: When the ordered nature of Likert scales matters. *Frontiers in Psychology*, 7, 206130.

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... ve Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2).

Lubowitz, J. H., Brand, J. C., ve Rossi, M. J. (2022). Stop overtreatment, overdiagnosis, and the medicalization of “normal” to improve health care outcomes. *Hippocracy: the book. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic ve Related Surgery*, 38(8), 2361-2364.

Luo, J., Ahmad, S. F., Alyaemeni, A., Ou, Y., Irshad, M., Alyafi-Alzahri, R., ... ve Unnisa, S. T. (2024). Role of perceived ease of use, usefulness, and financial strength on the adoption of health information systems: the moderating role of hospital size. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), 1-12.

Lurie, L., ve Stier, H. (2022). Marital status and gender inequality in household income among older adults in Israel: Changes over time. *Social Indicators Research*, 159(2), 801-820.

Ma, Q., Chan, A. H. S., Teh, P. L., ve Poon, S. N. (2016). Over 60 and ICT: Exploring factors that affect older adults' ICTs usage. In *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design for Aging: Second International Conference, ITAP 2016, Held as Part of HCI International 2016, Toronto, ON, Canada, July 17–22, 2016, Proceedings, Part I 2* (pp. 196-208). Springer International Publishing.

Ma, Q., Chan, A. H., ve Chen, K. (2016). Personal and other factors affecting acceptance of smartphone technology by older Chinese adults. *Applied ergonomics*, 54, 62-71.

Ma, Q., Chan, A. H., ve Teh, P. L. (2021). Insights into older adults' technology acceptance through meta-analysis. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 37(11), 1049-1062.

Ma, Q., Chen, K., Chan, A. H. S., ve Teh, P. L. (2015). Acceptance of ICTs by older adults: A review of recent studies. In *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design for Aging: First International Conference, ITAP 2015, Held as Part of HCI International 2015, Los Angeles, CA, USA, August 2-7, 2015. Proceedings, Part I 1* (pp. 239-249). Springer International Publishing.

Ma, Q., ve Liu, L. (2004). The technology acceptance model, s. A meta-analysis of empirical findings. *Journal of Organizational and End User Computing (JOEUC)*, 16(1), 59-72.

Ma, X., Liu, Y., Zhang, P., Qi, R., ve Meng, F. (2023). Understanding online health information seeking behavior of older adults: A social cognitive perspective. *Frontiers in Public Health*, 11, 1147789.

Macedo, I. M. (2017). Predicting the acceptance and use of information and communication technology by older adults: An empirical examination of the revised UTAUT2. *Computers in human behavior*, 75, 935-948.

MacGuire, F. A. (2020). Reducing health inequalities in aging through policy frameworks and interventions. *Frontiers in public health*, 8, 315.

Mackert N. ve Friedrich Schorb (2022) Introduction to the special issue, s. public health, healthism, and fatness, *Fat Studies*, 11, s. 1, 1-7, DOI, s. 10.1080/21604851.2021.1911486

Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., ve Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *Journal of medical Internet research*, 18(10), e264.

Magsamen-Conrad, K., Dillon, J. M., Billotte Verhoff, C., ve Faulkner, S. L. (2019). Online health-information seeking among older populations: family influences and the role of the medical professional. *Health communication*, 34(8), 859-871.

Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., ve Fineberg, H. V. (1994). Health and human rights. *Health ve Hum. Rts.*, 1, 6.

Mantwill, S., Monestel-Umaña, S., ve Schulz, P. J. (2015). The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PloS one*, 10(12), e0145455.

Mao, Y., ve#38; Ahmed, R. (2017). *Culture, Migration, and Health Communication in a Global Context* (1st ed.). Taylor and Francis. <https://www.perlego.com/book/1497225/culture-migration-and-health-communication-in-a-global-context-pdf>

- Marler, W., ve Hargittai, E. (2024). Division of digital labor: Partner support for technology use among older adults. *New Media ve Society*, 26(2), 978-994.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. G., Wilkinson, R. G., Kayı, İ., ve Yasin, Y. (Eds.). (2009). *Sağlığın sosyal belirleyicileri*. İnsev Yayınları. ,
- Marshall, V. W., ve Clarke, S. J. (2007). Theories of aging, s. Social. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/social-gerontology#chapters-articles> Encyclopedia of Gerontology (Second Edition)
- Marston, H. R., Genoe, R., Freeman, S., Kulczycki, C., ve Musselwhite, C. (2019, July). Older adults' perceptions of ICT: Main findings from the technology in later life (TILL) study. In *Healthcare* (Vol. 7, No. 3, p. 86). MDPI.
- Martinson, M., ve Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents, s. A systematic review of the social gerontology literature. *The gerontologist*, 55(1), 58-69.
- Mathieson, K. (1991). Predicting user intentions: comparing the technology acceptance model with the theory of planned behavior. *Information systems research*, 2(3), 173-191.
- Mayer, K. U. (2009). New directions in life course research. *Annual review of sociology*, 35, 413-433.
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., ve Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public health*, 172, 22-30.
- McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86-92.
- McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply psychology*, 1(1-18).
- Mead, G. H. (2012). Symbolic interactionism. *A First Look at Communication Theory*, 54-66.
- Medlock, S., Eslami, S., Askari, M., Arts, D. L., Sent, D., De Rooij, S. E., ve Abu-Hanna, A. (2015). Health information-seeking behavior of seniors who use the internet: a survey. *Journal of medical Internet research*, 17(1), e10.
- Mescouto, K., Olson, R. E., Hodges, S. W., ve Setchell, J. (2022). A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care, s. time for a new approach? *Disability and Rehabilitation*, 44(13), 3270-3284.
- Meyers, N., Glick, A. F., Mendelsohn, A. L., Parker, R. M., Sanders, L. M., Wolf, M. S., ... ve Yin, H. S. (2020). Parents' use of technologies for health management: a health literacy perspective. *Academic pediatrics*, 20(1), 23-30.

Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, S., Pasanen, M., ve Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure, s. the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of clinical epidemiology*, 50(5), 517-528

Milholland, B., Suh, Y., ve Vijg, J. (2017). Mutation and catastrophe in the aging genome. *Experimental gerontology*, 94, 34-40.

Mitina, M., Young, S., ve Zhavoronkov, A. (2020). Psychological aging, depression, and well-being. *Aging (Albany NY)*, 12(18), 18765.

Mohamad Fuad, M. A., Yacob, H., Mohamed, N., ve Wong, N. I. (2020). Association of sociodemographic factors and self-perception of health status on oral health-related quality of life among the older persons in Malaysia. *Geriatrics ve Gerontology International*, 20, 57-62.

Møllebæk, M. (2021). Pharmaceuticalization. In, s. Crawford, S., Kadetz, S. (eds) *Palgrave Encyclopedia of the Health Humanities*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26825-1_152-1

Montepare, J. M., ve Lachman, M. E. (1989). " You're only as old as you feel", s. self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and aging*, 4(1), 73.

Montoya, A. K., & Edwards, M. C. (2021). The poor fit of model fit for selecting number of factors in exploratory factor analysis for scale evaluation. *Educational and psychological measurement*, 81(3), 413-440.

Morgan, L. A., ve Kunkel, S. R. (2016). *Aging, society, and the life course*. Springer Publishing Company. <https://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-2173-8/chapter/ch01>

Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological bulletin*, 105(3), 430.

Naidoo, J., ve Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Nampewo, Zahara, Jennifer Heaven Mike, and Jonathan Wolff. "Respecting, protecting and fulfilling the human right to health." *International Journal for Equity in Health* 21.1 (2022), s. 1-13.

Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... ve Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639.

National Cancer Institute (2009). *Making Health Communication Programs Work* (rev. DIANE Publishing. National Cancer Institute

National Council Research (1987). *Principles of gerontology. Aging in Today's Environment-* NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218728/> National Academies Press (US).

Nayak, L. U., Priest, L., ve White, A. P. (2010). An application of the technology acceptance model to the level of Internet usage by older adults. *Universal Access in the Information Society*, 9, 367-374.

Nedeljko, M., Bogataj, D., ve Kaučič, B. M. (2021). The use of ICT in older adults strengthens their social network and reduces social isolation, s. *Literature Review and Research Agenda*. *IFAC-PapersOnLine*, 54(13), 645-650.

Neves, B. B., Amaro, F., ve Fonseca, J. R. (2013). Coming of (old) age in the digital age: ICT usage and non-usage among older adults. *Sociological research online*, 18(2), 22-35.

Nkansah, B. K. (2011). On the Kaiser-meier-Olkin's measure of sampling adequacy. *Math. Theory Model*, 8, 52-76.

Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. *Measurement in health promotion and protection*, 22, 5-28.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D., McGill, B., ve Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international*, 33(5), 901-911.

Nutbeam, D., ve Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-73.

O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., ve Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, 15(6), 453-461.

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Unmet needs for healthcare. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/5/2/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-enve_csp_=6cf33e24b6584414b81774026d82a571veitemIGO=oecdveitemContentType=book

OECD. (2023). Health inequality and universal health coverage. <https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/health-inequality-and-universal-health-coverage.html?oecdcontrol-90d4bb70b2-var2=TURveoecdcontrol-0c6bf87639-chartId=7005134454>

OHCHR. (1996). "International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." OHCHR, www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights.

OHCHR. (2008). Fact Sheet No. 31: The Right to Health, <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>, WHO Press, s. Switzerland, 1-41.

OHCHR. (2023). About Right to Health, <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights#>, s. ~, s. text=Defining%20the%20right%20to%20physical%20and%20mental%20health&xt=an%20adequate%20supply%20of%20safe, on%20sexual%20and%20reproductive%20health.

OHCHR. (2023). The right to health: key aspects and common misconceptions. <https://www.ohchr.org/en/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>

Okay, A. (2020). Sağlık İletişimi, Der Yayınları, İstanbul

Oleribe, O.O., Ukwedeh, O., Burstow, N.J., Gomaa, A.I., Sonderup, M.W., Cook, N.A., Waked, I., Spearman, W., ve Taylor-Robinson, S.D. (2018). Health, s. redefined. The Pan African Medical Journal, 30.

Olphert, W., ve Damodaran, L. (2013). Older people and digital disengagement: a fourth digital divide?. Gerontology, 59(6), 564-570.

Online Etymology Dictionary. (2023). Diseases. <https://www.etymonline.com/search?q=disease>

Online Etymology Dictionary. (2023). Health. <https://www.etymonline.com/search?q=health>

Osorio-Parraguez, P. (2013). Health and widowhood: Meanings and experience of elderly women in Chile. Health, 2013.

Oxford Advanced Learner's Dictionary. (2024). Perception. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/perception>

Öksüz, Y. (2021). Yaşlılık Dönemindeki Psikolojik Problemler, Hatice Kumcağız(Ed.), Yasin Demir (Ed.) Yaşlılık Psikolojisi içinde (71-84), Ankara, s. PEGEM Akaemi.

Özdelikara, A., Alkan, S. A., ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi, 14(3), 275-282.

Özkaptan, B. B., Kapucu, Sevgisun, ve Akyar, İmatullah. (2019). Yaşlılığı algılama anketi kısa formu (Brief aging perceptions questionnaire, s. B-APQ) Türkçe versiyonu, s. geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(3), 149-157.

Özmen, S., ve Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(1), 185-208.

Özsungur, F. (2024). Yaşlıların teknoloji kabul ve kullanım davranışlarının başarılı yaşlanma üzerindeki etkilerinin analizi: Adana ili örneği.

Özütürker, M. (2021). Yaşlı ayrımcılığı. OPUS International Journal of Society Researches, 17(36), 3043-3056.

Paasche-Orlow, M. K., ve Wolf, M. S. (2010). Promoting health literacy research to reduce health disparities. Journal of health communication, 15(S2), 34-41.

Palgi, Y. (2016). Subjective age and perceived distance-to-death moderate the association between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among older adults. Aging ve Mental Health, 20(9), 948-954.

Palmore, E. B., ve Manton, K. (1974). Modernization and status of the aged, s. International correlations. Journal of Gerontology, 29(2), 205-210.

Pan, Y., Chan, S. H., Xu, Y., ve Yeung, K. C. (2019). Determinants of life satisfaction and self-perception of ageing among elderly people in China: An exploratory study in comparison between physical and social functioning. Archives of Gerontology and Geriatrics, 84, 103910.

Pannenberg, C. O. (1979). A new international health order, an inquiry into the international relations of world health and medical care. Brill.

Park, N. H., Song, M. S., Shin, S. Y., Jeong, J. H., ve Lee, H. Y. (2018). The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. International journal of older people nursing, 13(3), e12196.

Paskulin, L. M. G., Bierhals, C. C. B. K., Valer, D. B., Aires, M., Guimarães, N. V., Brocker, A. R., ... ve Morais, E. P. D. (2012). Health literacy of older people in primary care. Acta Paulista de Enfermagem, 25, 129-135.

Patrick, D. L., ve Erickson, S. (1993). Health status and health policy, s. quality of life in health care evaluation and resource allocation.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., ve Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice.

Penman-Aguilar, A., Talih, M., Huang, D., Moonesinghe, R., Bouye, K., ve Beckles, G. (2016). Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. Journal of Public Health Management and Practice, 22, S33-S42.

Pew Research Center. (2024). Mobile Fact sheet. Pew Research Center. Retrieved from <https://www.pewresearch.org>

Polin, K., Yıldırım, H., H., Waitzberg, R. (2022). Health systems in action: Türkiye. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-t%C3%BCrkiye-2022>

Population Reference Bureau. (December 19, 2023). The countries with the largest percentage of total population over 65 years in 2023 [Graph]. In Statista. Retrieved May 20, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/264729/countries-with-the-largest-percentage-of-total-population-over-65-years/>

Pourrazavi, S., Kouzekanani, K., Asghari Jafarabadi, M., Bazargan-Hejazi, S., Hashemiparast, M., ve Allahverdi-pour, H. (2022). Correlates of older adults' E-health information-seeking behaviors. *Gerontology*, 68(8), 935-942.

Price, M. M., Pak, R., Müller, H., ve Stronge, A. (2013). Older adults' perceptions of usefulness of personal health records. *Universal access in the information society*, 12, 191-204.

R Core Team (2024). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

Ragnedda, M., Ruiu, M. L., ve Addeo, F. (2020). Measuring digital capital: An empirical investigation. *New media ve society*, 22(5), 793-816.

Ragnedda, M., Ruiu, M. L., ve Addeo, F. (2022). The self-reinforcing effect of digital and social exclusion: The inequality loop. *Telematics and Informatics*, 72, 101852.

Rahdar, S., Montazeri, M., Mirzaee, M., ve Ahmadian, L. (2023). The relationship between e-health literacy and information technology acceptance, and the willingness to share personal and health information among pregnant women. *International Journal of Medical Informatics*, 178, 105203.

Raño-Santamaría, O., Fernandez-Merino, C., Castaño-Carou, A. I., Lado-Baleato, Ó., Fernández-Domínguez, M. J., Sanchez-Castro, J. J., ve Gude, F. (2022). Health self-perception is associated with lifestyles and comorbidities and its effect on mortality is confounded by age. A population-based study. *Frontiers in Medicine*, 9, 1015195.

Ratner, B. (2009). The correlation coefficient: Its values range between+ 1/− 1, or do they?. *Journal of targeting, measurement and analysis for marketing*, 17(2), 139-142.

Ratzan, S. C. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of health communication*, 1(1), 25-42.

Reid, L. M., ve MacLulich, A. M. (2006). Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(5-6), 471-485.

Renner, B., Gamp, M., Schmälzle, R., ve Schupp, H. T. (2015). Health risk perception.

Renner, B., Schupp, H., Vollmann, M., Hartung, F. M., Schmälzle, R., ve Panzer, M. (2008). Risk perception, risk communication and health behavior change, Health psychology at the University of Konstanz. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 16(3), 150-153.

Resmi Gazete. (2023). Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>

Revelle, (2018). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. R Package Version 1.0–95.

Riley, M. W. (1971). Social gerontology and the age stratification of society. The gerontologist, 11(1_Part_1), 79-87.

Riley, M. W. (1974). The perspective of age stratification. The School Review, 83(1), 85-91.

Ritchie, H., ve Roser, M. (2024). Age structure. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/age-structure>

Robert J. Havighurst, Successful Aging, The Gerontologist, Volume 1, Issue 1, March 1961, Pages 8–13, <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>

Robertson-Lang, L., Major, S., ve Hemming, H. (2011). An exploration of search patterns and credibility issues among older adults seeking online health information. Canadian Journal on aging/La Revue canadienne du vieillissement, 30(4), 631-645.

Robinson, L., Cotten, S. R., Ono, H., Quan-Haase, A., Mesch, G., Chen, W., ... ve Stern, M. J. (2015). Digital inequalities and why they matter. Information, communication ve society, 18(5), 569-582.

Robinson, L., Schulz, J., Blank, G., Ragnedda, M., Ono, H., Hogan, B., ... ve Khilnani, A. (2020). Digital inequalities 2.0: Legacy inequalities in the information age. First Monday, 25(7).

Rogers, L. (2019). Counties can have the same median age but very different population distributions. Census. Gov, 21. <https://www.census.gov/library/stories/2019/06/median-age-does-not-tell-the-whole-story.html>

Roser, M., Ortiz-Ospina, E., ve Ritchie, H. (2019). Life expectancy. Our world in data. <https://ourworldindata.org/life-expectancy#citation>

Rosow, I. (1974). Socialization to old age. California, s. Univ of California Press.

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of statistical software*, 48, 1-36.

Rowe, J. W., Cosco, T. D. (2016). *Successful Aging*, Bengtson, V. L., ve Settersten Jr, R. (Eds.) *Handbook of theories of aging*. Springer Publishing Company.

Rudnev, M., ve Vauclair, C. M. (2022). Revisiting Cowgill's modernisation theory, s. perceived social status of older adults across 58 countries. *Ageing ve Society*, 1-18.

Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., ve Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1445(1), 5.

Rutledge, J., Oh, H., ve Wyss-Coray, T. (2022). Measuring biological age using omics data. *Nature Reviews Genetics*, 23(12), 715-727.

Sadigh, M. R. (2013). Development of the biopsychosocial model of medicine. *AMA Journal of Ethics*, 15(4), 362-366.

Sak, G., ve Schulz, P. J. (2018). Exploring health information-seeking preferences of older adults with hypertension: quasi-experimental design. *JMIR cardio*, 2(1), e8903.

Salur, G. (2018). Yaşlılık ve Bilişsel Süreçler. Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açıları. İstanbul. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Salur, G. (2018). Yaşlılık ve Bilişsel Süreçler. Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açıları. İstanbul. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., ... ve Pronk, N. (2021). Updating health literacy for healthy people 2030: defining its importance for a new decade in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(Supplement 6), S258-S264.

Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., ve Luszcz, M. A. (2014). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *Journals of Gerontology Series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 168-173.

Sbaffi, L., ve Rowley, J. (2017). Trust and credibility in web-based health information: a review and agenda for future research. *Journal of medical Internet research*, 19(6), e218.

Schaie, K. W. (2016). Theoretical perspectives for the psychology of aging in a lifespan context. In *Handbook of the psychology of aging* (s. 3-13). Academic Press.

Schiavo, R. (2013). *Health communication, s. From theory to practice* (Vol. 217). John Wiley ve Sons.

Schlomann, A., Seifert, A., Zank, S., Woopen, C., ve Rietz, C. (2020). Use of information and communication technology (ICT) devices among the oldest-old: Loneliness, anomie, and autonomy. *Innovation in aging*, 4(2), igz050.

Schmälzle, R., Renner, B., ve Schupp, H. T. (2017). Health risk perception and risk communication. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 4(2), 163-169.

Schmidt, R., Willis, W. (2007). Biopsychosocial Model. In, s. (eds) *Encyclopedia of Pain*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-29805-2_423

Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G., ve Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of gerontology and geriatrics*, 39(3), 227-237.

Selwyn, N. (2004). The information aged: A qualitative study of older adults' use of information and communications technology. *Journal of Aging studies*, 18(4), 369-384.

Selwyn, N., Gorard, S., Furlong, J., ve Madden, L. (2003). Older adults' use of information and communications technology in everyday life. *Ageing ve Society*, 23(5), 561-582.

Sen, A. (2002). Health, s. perception versus observation, s. self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *Bmj*, 324(7342), 860-861.

Senex İzleme, (2023a). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Ocak Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023b). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Şubat Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023c). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Mart Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023ç). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Nisan Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023d). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Mayıs Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023e). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Haziran Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023f). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Temmuz Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023g). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Ağustos Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023ğ). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Eylül Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023h). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Ekim Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023ı). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Kasım Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2023i). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: Aralık Ayı Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Senex İzleme, (2024). Yaşlılara Yönelik Şiddet ve İhlallerin İzlenmesi: 2024 yılı I. Dönem Raporu. Yaşlanma Çalışmaları Derneği Yayınları

Serbim, A., Paskulin, L., ve Nutbeam, D. (2020). Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study. *Health Promotion International*, 35(6), 1256-1266.

Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Morgan, K., ve McGee, H. (2014). Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC geriatrics*, 14, 1-11.

Shaaban, A. N., Martins, M. R. O., ve Peleteiro, B. (2022). Factors associated with self-perceived health status in Portugal, s. Results from the National Health Survey 2014. *Frontiers in Public Health*, 10, 879432.

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., ve Pahwa, S. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes, s. a multicenter cohort study. *BMC health services research*, 22(1), 1148.

Shields, M., ve Shooshtari, S. (2001). Determinants of self-perceived health. *Health Rep*, 13(1), 35-52.

Shilton, T., Sparks, M.W., Mcqueen, D.V., Lamarre, M., ve Jackson, S.F. (2011). Proposal for new definition of health. *BMJ*, s. British Medical Journal, 343.

Silva-Smith, A. L., ve Benton, M. J. (2021). Self-Perception of aging among older adults and participation in prevention. *Western journal of nursing research*, 43(11), 1010-1016.

Singh, S., ve Bajorek, B. (2014). Defining 'elderly' in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy practice*, 12(4).

Singh, S., ve Bajorek, B. (2014). Defining 'elderly' in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy practice*, 12(4).

Slovic, S., Finucane, M. L., Peters, E., ve MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings, s. Some thoughts about affect, reason, risk and rationality. In *The feeling of risk* (s. 21-36). Routledge.

Smith, R. C., Fortin, A. H., Dwamena, F., ve Frankel, R. M. (2013). An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient education and counseling*, 91(3), 265-270.

Solomon, Z., Helvitz, H., ve Zerach, G. (2009). Subjective age, PTSD and physical health among war veterans. *Aging and Mental Health*, 13(3), 405-413.

Sosyal Hizmetler Kanunu. (1983). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2828&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Resmi Gazete (2828, 24 Mayıs 1983).

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... ve (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health, s. a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... ve (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.

Sönmez, S., ve Çevik, C. (2021). Yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlikler. *Humanistic Perspective*, 3(2), 496-511.

Söyler, S., ve Çavmak, D. (2023). An evaluation of access to healthcare services in Türkiye. *Aurum Journal of Health Sciences*, 5(2), 69-76.

Sözen, F., Ersoy, K., ve Çolak, M. Y. (2020). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. *The Journal of Turkish Family Physician*, 11(4), 191-199.

Spencer, M. (2012). What is spirituality? A personal exploration. Retrieved March, 16, 2020.

Statista. (2021). Overall, which of the following, if any, do you see as the biggest problems facing the healthcare system in your country?. <https://www.statista.com/statistics/1272606/problems-with-national-health-care-system-in-turkey/>

Statista. (2023). Overall, which of the following, if any, do you see as the biggest problems facing the healthcare system in your country?. <https://www.statista.com/statistics/1347037/turkey-biggest-problems-facing-the-healthcare-system/>

Statista. (2024). Population - Statistics ve Facts <https://www.statista.com/topics/776/population/#topicOverview> statistical software, 48, 1-36.

Statista. (2024). Proportion of selected age groups of world population and in regions in 2023. <https://www.statista.com/statistics/265759/world-population-by-age-and-region/>

Statista. (2024a). Age distribution of internet users worldwide 2024. Statista <https://www.statista.com/statistics/272365/age-distribution-of-internet-users-worldwide/>

Statista. (2024b). Smartphone ownership in the U.S. 2015-2023, by age group. Retrieved from <https://www.statista.com/statistics/489255/percentage-of-us-smartphone-owners-by-age-group/>

Stoewen, D. L. (2017). Dimensions of wellness, s. Change your habits, change your life. *The Canadian veterinary journal*, 58(8), 861.

Stormacq, C., Van den Broucke, S., ve Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international*, 34(5), e1-e17.

Strickland-Hughes, C. M., ve West, R. L. (2021). The impact of naturalistic age stereotype activation. *Frontiers in Psychology*, 12, 685448.

Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., ... ve Health, Aging and Body Composition Study. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.

Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., ve Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian medical journal*, 58(6), 431.

Swift, H. J., Abrams, D., ve Lamont, R. A. (2022). Ageism around the world. In *Encyclopedia of gerontology and population aging* (s. 165-175). Cham, s. Springer International Publishing.

Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., ve Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy, s. a concept analysis. *BMC public health*, 13, 1-10.

Şahin, C. (2021). Yaşlılıkla İlgili Temel Kavramlar, Hatice Kumcağız(Ed.), Yasin Demir (Ed.) Yaşlılık Psikolojisi içinde (71-84), Ankara , s. PEGEM Akademi.

Şentürk, Ü. (2022). Yaşlılık Sosyolojisi Yaşlılığın Toplumsal Yörüngeleri. Bursa, s. Dora Yayın Dağıtım.

Şimşek, H., ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Turkish Journal of Public Health*, 10(2), 116-127.

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2013). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2023a). Yaşlanma Vizyon Belgesi https://www.aile.gov.tr/media/133623/yaslanma_vizyon_belgesi.pdf

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2023b). Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 https://aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2024). Sosyal Yardım Genel Müdürlüğü <https://www.aile.gov.tr/sygm>

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2024b). Yaşlı Destek Programı. <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/sayfalar/yades/yades2024/>

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2024c). Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği. <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeligi/>

T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. (2001). Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005.

T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. (2006). Dokuzuncu kalkınma planı 2007-2013.

T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü

T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023 <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>

T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023 <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>

T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). On İkinci Kalkınma Planı 2024-2028 <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>

T.C 1982 Anayasası, (1982). 1982 Anayasası. Resmi Gazete (2709, 20 Ekim 1980).

T.C Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu kalkınma planı 2014-2018

T.C Kalkınma Bakanlığı. (2014). Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu. 2014-2018 <https://www.sbb.gov.tr/ozel-ihstias-komisyonu-raporlari/#1543312172966-b62de4d7-b832>

T.C Kalkınma Bakanlığı. (2018). On Birinci Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2019-2023 <https://www.sbb.gov.tr/ozel-ihstias-komisyonu-raporlari/#1668675990514-384a7e2d-ae7f>

T.C Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf

Tallini, A. (2011). Health is state of physical, mental, and social wellbeing. *BMJ*, s. British Medical Journal, 343.

Tambotoh, J. J., Manuputty, A. D., ve Banunaek, F. E. (2015). Socio-economics factors and information technology adoption in rural area. *Procedia Computer Science*, 72, 178-185.

Tannahill, A. (1985). What is health promotion? *Health education journal*, 44(4), 167-168.

Tekin, A. (2020). Yaşlılığa İlişkin Sosyolojik Yaklaşımlar (15-36), Deniz Şahin (Ed.) Yaşlılık Sosyolojisi, Bursa, Ekin Basım Yayın Dağıtım

Temel, M., Dilek, F., ve Tosun, Z. (2023). Yaşlı Perspektifinden Yaşlılık Algısı: Bir Metafor Çalışması. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(2), 261-268.

Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., ve Alber, J. (2015). eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of medical Internet research*, 17(3), e70.

Thangavel, G., Memedi, M., ve Hedström, K. (2022). Customized information and communication technology for reducing social isolation and loneliness among older adults, s. scoping review. *JMIR mental health*, 9(3), e34221.

The Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2020)., General Comment No. 14 (2000) The right to the highest attainable standard of health.

The World Bank. (2022). Societal Aging. <https://www.worldbank.org/en/topic/pensions/brief/societal-aging>

Thomas, R. K. (2006). Traditional approaches to health communication (s. 119-131). Springer US.

Tooth, L., Clark, M., ve McKenna, K. (2000). Poor functional health literacy: the silent disability for older people. *Australasian Journal on Ageing*, 19(1), 14-22.

Topgül, S. (2016). Çalışma Yaşamında Yaşlı Ayrımcılığı mı Yaş Ayrımcılığı mı?. *İstanbul University Journal of Sociology*, 36(2), 373-391.

Troen, B. R. (2003). The biology of aging. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(1), 3-22.

Tufan, İ. (2004). Geronto-sosyoloji. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15(1), 75-84.

Tufan, İ. (2020). Gerontolojiye Hazırlık. *Türkiye Gerontoloji Serisi*, Ankara, Nobel Akademi Yayıncılık.

Tufan, İ. (2021a). Antik Çağ'dan günümüze yaşlılık ve yaşlanma. *Türkiye Gerontoloji Serisi*, Ankara, s. Nobel Akademik Yayıncılık.

Tufan, İ. (2021b). Gerontolojik Söyleşiler. Türkiye Gerontoloji Serisi, Ankara, s. Nobel Akademik Yayıncılık.

Tufan, İ. (2023). İkinci Türkiye Yaşlılık Raporu 2023. Türkiye Gerontoloji Serisi, Nobel Akademik Yayıncılık

Tugut, N., Yesildag Celik, B., ve Yılmaz, A. (2021). Health literacy and its association with health perception in pregnant women. Journal of health literacy, 6(2), 9-20.

Tugut, N., Yesildag Celik, B., ve Yılmaz, A. (2021). Health literacy and its association with health perception in pregnant women. Journal of health literacy, 6(2), 9-20.

Tully-Wilson, C., Bojack, R., Millear, S. M., Stallman, H. M., Allen, A., ve Mason, J. (2021). Self-perceptions of aging, s. A systematic review of longitudinal studies. Psychology and Aging, 36(7), 773.

Turchi, G. S., Orrù, L., Iudici, A., ve Pinto, E. (2022). A contribution towards health. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 28(5), 717.

TÜİK. (2018). Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567>

TÜİK. (2022). Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Aile-Yapisi-Arastirmasi-2021-45813>

TÜİK. (2023). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2023-49407](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2023-49407)

TÜİK. (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715>

TÜİK. (2023). Sosyal Koruma İstatistikleri, 2022 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2022-49675>

TÜİK. (2024). Türkiye Yaşlı Profili Araştırması. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>

TÜİK. (2024a). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuc-lari-2023-49684#>, s. ~, s. text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsalvetext=T%C3%BCrkiye'de%20ikamet%20eden%20n%C3%BCfus,638%20bin%20306%20ki%C5%9Fi%20oldu.

TÜİK. (2024b). İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710>

Türk Dil Derneği. (2024). Risk. <http://www.dildernegi.org.tr/TR,274/turkce-sozluk-ara-bul.html>

TÜİK. (2024c). İşgücü İstatistikleri, Ocak 2024. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0%C5%9Fg%C3%BCc%C3%BC-%C4%B0statistikleri-Ocak-2024-53525&dil=1#:~:text=%C4%B0%C5%9Fg%C3%BCc%C3%BCne%20kat%C4%B1lma%20oran%C4%B1%20erkeklerde%20%71,kad%C4%B1nlarda%20%36%2C6%20oldu.&text=15%2D24%20ya%C5%9F%20grubunu%20kapsayan,21%2C1%20olarak%20tahmin%20edildi.>

TÜİK. (2022d). İstatistiklerle Kadın, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Kadın-2023-53675>

TÜİK. (2024e). İstatistiklerle Aile, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Aile-2023-53784#:~:text=ADNKS%20sonu%C3%A7lar%C4%B1na%20g%C3%B6re%2C%202023%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20T%C3%BCrkiye'de%20toplam%2022%20milyon,82%20bin%20291%20oldu%C4%9Fu%20g%C3%B6r%C3%BCld%C3%B>

TÜRK-İŞ. (2024). Türk-İş Nisan 2024 Açlık ve Yoksulluk Sınırı. <https://www.turkis.org.tr/turk-is-nisan-2024-aclik-ve-yoksulluk-siniri/#>, s. ~, s. text=D%C3%96RT%20K%C4%B0%C5%9E%C4%B0L%C4%B0K%20A%C4%B0LEN%C4%B0N%20AYLIK%20GIDA,GELMEDEN%20A%C3%87LIK%20SINIRININ%20ALTINA%20D%C3%9C%C5%9ET%C3%9C!

Türkan, M., ve Sezer, S. (2017). Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(4), 35-57.

Türkoğlu, n., ve kılıc, d. (2021). Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin türkçeye uyarlanması, s. geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi, 24(1), 25-33.

Tyler, M., De George-Walker, L., ve Simic, V. (2020). Motivation matters: Older adults and information communication technologies. Studies in the Education of Adults, 52(2), 175-194.

UN DESA. (2023). UN DESA Policy Brief No. 147, s. Old age inequality begins at birth: life course influences on late-life disability <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-des-policy-brief-no-147-old-age-inequality-begins-at-birth-life-course-influences-on-late-life-disability/>

UN DESA. (July 12, 2022b). Projected distribution of the world's population from 2022 to 2100, by age group [Graph]. In Statista. Retrieved May 19, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/672546/projected-world-population-distribution-by-age-group/>

UN DESA. (June 30, 2022a). Forecast about the development of the world population from 2022 to 2100 (in billions) [Graph]. In Statista. Retrieved May 19, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/262618/forecast-about-the-development-of-the-world-population/>

UN DESA. (October 26, 2023). Global life expectancy at birth from 1950 to 2021, with projections until 2100 (in years) [Graph]. In Statista. Retrieved May 19, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/805060/life-expectancy-at-birth-worldwide/>

UN. (2023). 2023 Theme: Fulfilling the Promises of the Universal Declaration of Human Rights for Older Persons: Across Generations <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>

United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations. (2022a). Forecast of the world population in 2022 and 2100, by continent (in billions) [Graph]. In Statista. Retrieved May 19, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/272789/world-population-by-continent/>

United Nations. (2022b). World Population Prospects 2022. Department of Economic and Social Affairs Population Division. Newyork. <https://population.un.org/wpp/>

United Nations. (July 31, 2022c). Number of people aged 100 and older (centenarians) worldwide from 2000 to 2100, by gender (in 1,000s) [Graph]. In Statista. Retrieved May 19, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/996611/number-centenarians-worldwide-gender/>

United Nations. (September 22, 2020). Turkey, s. Median age of the population from 1950 to 2100 (in years) [Graph]. In Statista. Retrieved May 21, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/255480/median-age-of-the-population-in-turkey/>

United States Census Bureau. (2023). America Is Getting Older <https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2023/population-estimates-characteristics.html>

Vaartio-Rajalin, H., Snellman, F., Gustafsson, Y., Rauhala, A., ve Viklund, E. (2023). Understanding Health, Subjective Aging, and Participation in Social Activities in Later Life, s. A Regional Finnish Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 07334648231214940.

Van Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., ve Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of health communication*, 18(sup1), 172-184.

Van Dijk, W., Meinders, M. J., Tanke, M. A., Westert, G. S., ve Jeurissen, S. S. (2020). Medicalization defined in empirical contexts—a scoping review. *International journal of health policy and management*, 9(8), 327.

Van Doorslaer, E., ve Jones, A. M. (2003). Inequalities in self-reported health, s. validation of a new approach to measurement. *Journal of health economics*, 22(1), 61-87.

Vassli, L. T., ve Farshchian, B. A. (2018). Acceptance of health-related ICT among elderly people living in the community, s. A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 34(2), 99-116.

Vauclair, C. M., Marques, S., Lima, M. L., Bratt, C., Swift, H. J., ve Abrams, D. (2015). Subjective social status of older people across countries, s. The role of modernization and employment. *Journals of Gerontology Series B, s. Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 650-660.

Vauclair, C. M., Rudnev, M., (2022). Modernization Theory In *Encyclopedia of gerontology and population aging* (s. 165-175). Cham, s. Springer International Publishing.

Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., ve Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain, a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5-31.

Velaithan, V., Tan, M. M., Yu, T. F., Liem, A., Teh, S. L., ve Su, T. T. (2024). The association of self-perception of aging and quality of life in older adults, a systematic review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad041.

Villiers-Tuthill, A., Copley, A., McGee, H., ve Morgan, K. (2016). The relationship of tobacco and alcohol use with ageing self-perceptions in older people in Ireland. *BMC public health*, 16, 1-10.

Vroman, K. G., Arthanat, S., ve Lysack, C. (2015). "Who over 65 is online?" Older adults' dispositions toward information communication technology. *Computers in Human Behavior*, 43, 156-166.

Waisbord, S., ve Obregon, R. (2012). Theoretical divides and convergence in global health communication. *The handbook of global health communication*, 7-33.

Walsh, K., ve Callan, A. (2011). Perceptions, preferences, and acceptance of information and communication technologies in older-adult community care settings in Ireland: A case-study and ranked-care program analysis. *Ageing International*, 36, 102-122.

Weinert, B. T., ve Timiras, S. S. (2003). Invited review, s. Theories of aging. *Journal of applied physiology*, 95(4), 1706-1716.

Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M., ... ve Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity, s. a meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and aging*, 29(4), 793.

Westerhof, G. J., Nehrkorn-Bailey, A. M., Tseng, H. Y., Brothers, A., Siebert, J. S., Wurm, S., ... ve Diehl, M. (2023). Longitudinal effects of subjective aging on health and longevity, s. An updated meta-analysis. *Psychology and Aging*, 38(3), 147.

Westerhof, G. J., ve Wurm, S. (2018). Subjective aging and health. In Oxford research encyclopedia of psychology.

WHO. (2017). World Bank and WHO: Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses. <https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>

WHO. (2018). Health inequities and their causes. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

WHO. (2020). Basic documents. Constitution of the World Health Organization. <https://aps.who.int/gb/bd/>

WHO. (2020). Healthy ageing and functional ability. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>

WHO. (2022). Right to Health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

WHO. (2022a). Abuse of older people. Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people#:~:text=The%20abuse%20of%20older%20people,distress%20to%20an%20older%20person.>

WHO. (2022c). Ageing and Health, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

WHO. (2023). Billions left behind on the path to universal health coverage. Newyork. <https://www.who.int/news/item/18-09-2023-billions-left-behind-on-the-path-to-universal-health-coverage>

WHO. (2023). Health Inequality Monitor. Health Inequality Data Repository. <https://www.who.int/data/inequality-monitor/data#>

WHO. (2023). Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240079694>

WHO. (2023a). Communication For Health, Regional Office For The Western Pacific, Philippines, 1-6.

WHO. (2023b). Communicating For Health Impact Key, Factsheet September 2023, Western Pacific Region.

WHO. (2023c). Communication For Health, Regional Committee for The Western Pacific, <https://www.who.int/westernpacific/initiatives/Communication-for-Health-C4H>

WHO. (2023d). Heath Promotion. <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>

WHO. (2024a). GHE: Life expectancy and healthy life expectancy, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>

WHO. (2024b). Social determinants of health. Overview. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

WHO. (2024c). Health Promotion. Health Literacy. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

WHO. (2024d). Activities. Improving health literacy. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>

Willoughby, J. F. (2021). Technology-Based Interventions for Health Promotion and Disease Prevention and Treatment. In *The Routledge Handbook of Health Communication* (s. 367-380). Routledge.

Wilmoth, J. R., Bas, D., Mukherjee, S., ve Hanif, N. (2023). World social report 2023, s. Leaving no one behind in an ageing world. UN.

Wise, R. (2018). Yaşlanmanın Psikolojisi. Yaşlanma ve Yaşlılık Disiplinlerarası Bakış Açıları. İstanbul. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

World Health Organization. (2022b). Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations decade of healthy ageing (2021–2030). World Health Organization.

World Bank Open Data. (2021). World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SS.DYN.LE00.IN>

World Bank. (2024a). Universal Health Coverage. <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>

World Bank. (2024b). Health Overview. <https://www.worldbank.org/en/topic/health/overview>

World Health Organization. (2012). Health education, s. theoretical concepts, effective strategies and core competencies, s. a foundation document to guide capacity development of health educators.

World Health Organization. (2020). Basic documents. World Health Organization. World Health Organization. (2021). Advocacy brief, s. Social isolation and loneliness among older people. World Health Organization, s. Geneva, Switzerland.

Wright, K., Sparks, L., ve#38; O’Hair, D. (2012). Health Communication in the 21st Century (2nd ed.). Wiley. <https://www.perlego.com/book/1003596/health-communication-in-the-21st-century-pdf>

Wu, Y. H., Damné, S., Kerhervé, H., Ware, C., ve Rigaud, A. S. (2015). Bridging the digital divide in older adults, s. a study from an initiative to inform older adults about new technologies. *Clinical interventions in aging*, 193-201.

Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., ve Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46, 27-43.

Wurm, S., ve Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology ve Health*, 29(7), 832-848.

Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. S., Wolff, J. K., ve Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?. *Psychology and Aging*, 28(4), 1088.

Yamashita, T., Bardo, A. R., Liu, D., ve Cummins, P. A. (2020). Literacy, numeracy, and health information seeking among middle-aged and older adults in the United States. *Journal of aging and health*, 32(1-2), 33-41.

Yang, Q., ve Van Stee, S. K. (2019). The comparative effectiveness of mobile phone interventions in improving health outcomes, s. meta-analytic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11244.

Yang, T. Z., Ruan, H. J., & Li, F. Z. (2005). The application of structural equation model approach in epidemiological research. *Zhonghua liu Xing Bing xue za zhi= Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 26(4), 297-300.

Yardim, M. S., ve Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977. T.C. Resmî Gazete (14374, 27 Kasım 1972).

Yeom, H. E. (2014). Association among ageing-related stereotypic beliefs, self-efficacy and health-promoting behaviors in elderly Korean adults. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1365-1373.

Yeşil, İ., ve Karakaş, M. (2023). Sosyal ilişkilerin taraflarından biri: kırsaldaki yaşlı dul kadın. *Senectus*, 1(1), 19-50.

Yıldırım, A. (2021). Sosyal politika kapsamında Türkiye’de yaşlanmaya ilişkin ulusal düzeydeki düzenlemeler. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(3), 1889-1909.

Yılmaz, M. S., ve Mermutlu, A. (2023). Yaşlı bireylerde yaşlılık algısı ve ölüm kaygısı. *Olgu Sosyoloji Dergisi*, 2(1), 47-58.

Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., ve Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups, s. a cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1109.

Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., ve Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1109.

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., ve Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156.

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., ve Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, 29(1), 58-67.

Yoon, H., Jang, Y., Vaughan, P. W., ve Garcia, M. (2020). Older adults' internet use for health information: digital divide by race/ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 105-110.

Zengin, N. (2010). "Sağlık Hakkı" ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52.

Zhao, Y. C., Zhao, M., ve Song, S. (2022). Online health information seeking behaviors among older adults: systematic scoping review. *Journal of medical internet research*, 24(2), e34790.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, 20(4), 487-504.

EKLER

EK1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ RIZA FORMU

Bu araştırma, Galatasaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Medya ve İletişim Çalışmaları Doktora Programı kapsamında yürütülen bir doktora tezi çalışmasıdır. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.

Çalışmanın Amacı Nedir? Araştırma, Türkiye’deki 65 yaş ve üstü bireylerin sosyo-demografik ve kültürel faktörlerini, sağlık ve yaşlılık algılamalarını, sağlık okuryazarlık düzeylerini, sağlık enformasyon arayışlarını ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerinin incelenmesini amaçlamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden beklenen, anket sorularına samimiyetle cevap vermenizdir. **Çalışmada doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu çalışma sizi, değerlendirmemektedir.** Bu çalışmayı tamamlamanız ortalama olarak 30 dakikanızı alacaktır.

Bize Nasıl Yardımcı Olmanızı İsteyeceğiz? Çalışmada her bir sorunun cevabı size özeldir. Bu sebeple nasıl hissediyorsanız ya da düşünüyorsanız samimi bir şekilde cevaplarınızı paylaşmanızı rica ediyoruz. Aklınıza takılan, anlamakta zorlandığınız bir soruyu lütfen sormaktan çekinmeyiniz.

Sizden Topladığımız Bilgileri Nasıl Kullanacağız? Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esaslı olmalıdır. Ankette, sizden kimlik veya kurum belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Sağladığınız veriler gönüllü katılım formlarında toplanan kimlik bilgileri ile eşleştirilmeyecektir. Araştırma verileri 5 yıl saklı tutulacaktır.

Katılımınızla ilgili bilmeniz gerekenler: Bu çalışma, günlük hayatta karşılaşılması muhtemel olağan risklerin ötesinde bir risk içermemektedir. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda çalışmayı uygulayan kişiye, çalışmadan çıkmak istediğinizi söylemek yeterli olacak ve o ana kadar toplanan veri hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Çalışma sonunda, bu araştırma ile ilgili sorularınız cevaplanacaktır.

Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz: Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi öğretim elemanlarından Araştırma Görevlisi Yaşar Şekerci (E-posta: ysekeri@gsu.edu.tr) ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.

(Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

İsim Soyad

Tarih

İmza

EK2: ARAŞTIRMA ANKET FORMU

TÜRKİYE'DEKİ 65+ BİREYLERİ ANLAMAK: SAĞLIK VE YAŞA YÖNELİK ALGILAMA, TUTUM VE DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA ANKETİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ RIZA FORMU

Bu araştırma, Galatasaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Medya ve İletişim Çalışmaları Doktora Programı kapsamında yürütülen bir doktora tezi çalışmasıdır. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.

Çalışmanın Amacı Nedir? Araştırma, Türkiye'deki 65 yaş ve üstü bireylerin sosyo-demografik ve kültürel faktörlerini, sağlık ve yaşlılık algılarını, sağlık okuryazarlık düzeylerini, sağlık enformasyon arayışlarını ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerinin incelenmesini amaçlamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden beklenen, anket sorularına samimiyetle cevap vermenizdir. Çalışmada doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu çalışma sizi, değerlendirmemektedir. Bu çalışmayı tamamlamanız ortalama olarak 30 dakikanızı alacaktır.

Bize Nasıl Yardımcı Olmanızı İsteyeceğiz? Çalışmada her bir sorunun cevabı size özeldir. Bu sebeple nasıl hissediyorsanız ya da düşünüyorsanız samimi bir şekilde cevaplarınızı paylaşmanızı rica ediyoruz. Aklınıza takılan, anlamakta zorlandığınız bir soruyu lütfen sormaktan çekinmeyiniz.

Sizden Topladığımız Bilgileri Nasıl Kullanacağız? Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esaslı olmalıdır. Ankette, sizden kimlik veya kurum belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Sağladığınız veriler gönüllü katılım formlarında toplanan kimlik bilgileri ile eşleştirilmeyecektir. Araştırma verileri 5 yıl saklı tutulacaktır.

Katılımınızla ilgili bilmeniz gerekenler: Bu çalışma, günlük hayatta karşılaşılması muhtemel olağan risklerin ötesinde bir risk içermemektedir. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda çalışmayı uygulayan kişiye, çalışmadan çıkmak istediğinizi söylemek yeterli olacak ve o ana kadar toplanan veri hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Çalışma sonunda, bu araştırmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır.

Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz: Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi öğretim elemanlarından Araştırma Görevlisi Yaşar Şekerci (E-posta: ysekerci@gsu.edu.tr) ile iletişim kurabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

*** 1. Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.**

☐ Evet

☐ Hayır

*** 2. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü
☐	☐	☐	☐	☐

* 3. Lütfen aşağıdaki her ifadeyle ilgili olarak nasıl hissettiğinizi gösteren bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Kendimi yaşı olarak görüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandığımın farkındayım.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaptığım her şeyde yaşımlı hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandıkça daha deneyimli oluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandıkça olgunlaşmaya devam ediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandıkça bir şeylerin değerini daha iyi anlıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlanmanın yapabileceğim şeyleri nasıl etkilediğini düşündüğümde üzülüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Gelecek yıllarda sosyal yaşantımın kalitesi bana bağlıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
Gelecek yıllarda başka kişilerle olan ilişkilerimin kalitesi bana bağlıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
Hayatımı dolu bir şekilde yaşamaya devam etmek tamamen bana bağlıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlanmanın başkalarıyla olan ilişkilerime etkileri konusunda endişeleniyorum.	☐	☐	☐	☐	☐

* 4. Lütfen aşağıdaki her ifadeyle ilgili olarak nasıl hissettiğinizi gösteren bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım.	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Yaşlanmak bağımsızlığımı azaltıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandıkça daha az faaliyete katılabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandıkça ortaya çıkan sorunlarla yeterince baş edemiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlandıkça yavaşlamak benim kontrol edebileceğim bir şey değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
Yaşlanmanın sosyal hayatıma olan etkileri üzerinde hiçbir kontrole sahip değilim.	☐	☐	☐	☐	☐

* 5. Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

5= Hiç Katılmıyorum 4= Katılmıyorum 3= Kararsızım 2= Katılıyorum 1=Kesinlikle katılıyorum

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sağlığımı çok düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	☐	☐	☐	☐	☐
Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfudur.	☐	☐	☐	☐	☐
Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlıklı olmak şans işidir.	☐	☐	☐	☐	☐
Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	☐	☐	☐	☐	☐
İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐

* 6. Hangi iletişim araçlarını sıklıkla kullanıyorsunuz? (Birden çok cevabı işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Televizyon
☐ Akıllı Televizyon
☐ Radyo
☐ Masaüstü Bilgisayar
☐ Dizüstü Bilgisayar
☐ Tablet
☐ Cep Telefonu
☐ Akıllı Cep Telefonu
☐ Akıllı Saat
☐ Diğer (lütfen belirtin)

* 7. Hangi sıklıkta internet kullanıyorsunuz?

- ☐ Her Gün
☐ Haftada Birkaç Kez
☐ İki Haftada Birkaç Kez
☐ Ayda Birkaç Kez
☐ 3 Ayda Bir Kez
☐ Kullanmıyorum

* 8. Sağlık durumunuz, rahatsızlığınız ya da hastalığınız ile ilgili ilk hangi kaynak veya kaynaklardan enformasyon ve bilgi almayı tercih ediyorsunuz? (Birden çok cevabı işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İnternet (Çevrimiçi Arama Motorları)
☐ Yakın Çevrem
☐ Sosyal Medya
☐ Anlık Mesajlaşma Uygulamaları
☐ Sağlık Uzmanları
☐ Aile Hekimim
☐ Kurumsal Hastane Websiteleri
☐ Sağlık Portalları, Blogları
☐ Çevrimiçi Video Platformları&Uygulamalar
☐ E-devlet
☐ Gazete
☐ Televizyon
☐ Radyo
☐ Diğer (lütfen belirtin)

* 9. İnternette sağlık durumunuz ve hastalığınız ile ilgili hangi tür arama veya aramalar gerçekleştiriyorsunuz?(Birden Çok Cevabı İşaretleyebilirsiniz)

- ☐ Hastalıkla ya da sağlık durumu ile ilgili enformasyon
- ☐ Tıbbi kavram ve jargonun tercümesi
- ☐ Alternatif Tedavi Yöntemleri
- ☐ Muayene öncesi uygulamalar hakkında enformasyon
- ☐ Reçetesiz ilaç&gıda takviyesi
- ☐ Medikal Ürün
- ☐ İlaç prospektüsleri
- ☐ Sağlık Kuruluşu ve hekim bilgileri
- ☐ Diğer Hastalarla İletişim
- ☐ Diğer (lütfen belirtin)

* 10. Sağlık durumunuz ve hastalığınız ile ilgili iletişim araçlarını kullanırken hangi sorun veya zorluklarla karşılaşıyorsunuz? (Birden Çok Cevabı İşaretleyebilirsiniz)

- ☐ Yazılar okurken küçük kalıyor.
- ☐ Okuduğum metnin anlaşılması zor.
- ☐ Okuduğum metin, tıbbi ve teknik oluyor.
- ☐ Anlamamı zorlaştıran karmaşık kavramlar/kelimeler kullanılıyor.
- ☐ Aradığım enformasyon ya da bilgiyi ilk etapta kolayca bulamıyorum.
- ☐ İletişim aracında ilk etapta yapmam gereken şeyler karmaşık gelebiliyor.
- ☐ Bulduğum bilgiler aradığım konuyla ilgili değil ya da ihtiyacıma cevap veremiyor.
- ☐ Diğer (lütfen belirtin)

* 11. Aşağıda bilgi ve iletişim teknolojilerinin (ör: internet, bilgisayar, akıllı telefonlar, tabletler, video konferans sistemleri vb) kullanımına ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi aşağıdaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz. **Önceki sorulardan farklı olarak her ifade için 7 cevap seçeneğinden birini seçiniz.**

	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Bilgi teknolojilerini kullanmak, günlük hayattaki işlerimi daha hızlı bir şekilde yerine getirmemi sağlar.	☐	☐	☐	☐	☐
Bilgi teknolojilerini kullanmak, günlük hayattaki işlerimde daha verimli olmamı sağlar.	☐	☐	☐	☐	☐
Bilgi teknolojilerini kullanmak, günlük hayattaki işlerimi yapmamı kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
Bilgi teknolojilerinin günlük hayattaki işlerimde faydalı olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐

* 12. Bir hastalık tanısı alırsanız ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kararsızım	Kesinlikle Katılıyorum
Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm.	☐	☐	☐
Bilgilerin güvenilir olup olmadığını düşünürüm.	☐	☐	☐
Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim.	☐	☐	☐
Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.	☐	☐	☐

* 13. Yaşınız

* 14. Meslek grubunuzu seçiniz. (Birden çok cevabı işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Emekli
- ☐ Kamu Sektörü Çalışanı
- ☐ Özel Sektör Çalışanı
- ☐ Serbest Meslek
- ☐ Tarım Sektörü Çalışanı
- ☐ Sanat ve Kültür Sektörü Çalışanı
- ☐ Sağlık Sektörü Çalışanı
- ☐ Girişimci
- ☐ Ev Hanımı
- ☐ Diğer (lütfen belirtin)

* 15. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
- ☐ Belirtmek istemiyorum

* 16. Medeni durumunuzu işaretleyiniz.

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Eşi Vefat Etmiş

* 17. Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okuryazar Değil
- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul Mezunu
- ☐ Ortaokul Mezunu
- ☐ Lise Mezunu
- ☐ Üniversite Mezunu
- ☐ Yüksek Lisans Mezunu
- ☐ Doktora Mezunu

* 18. Aylık geliriniz nedir?

- ☐ Gelirim Yok
- ☐ 7.500-15.000 TL arası
- ☐ 16.000-30.000 TL arası
- ☐ 31.000-50.000 TL arası
- ☐ 51.000-100.000 TL arası
- ☐ 101.000-200.000 TL arası
- ☐ 200.000 TL ve üstü

* 19. Yaşadığınız ilçeyi belirtiniz.

* 20. Yaşam biçiminizi işaretleyiniz.

- ☐ Yalnız Yaşıyorum
- ☐ Eşimle Birlikte Yaşıyorum
- ☐ Eşim ve Çocuklarımla Birlikte Yaşıyorum
- ☐ Çocuğum veya Çocuklarımla Yaşıyorum
- ☐ Çocuğumun Ailesiyle Birlikte Yaşıyorum
- ☐ Huzurevinde veya Bakımevinde Yaşıyorum
- ☐ Diğer (lütfen belirtin)

21. İletişim bilgileriniz (İsteğe bağlıdır)

Adınız Soyadınız

Telefon

Email

EK3: KATILIM SONRASI BİLGİ FORMU

Bu araştırma daha önce de belirtildiği gibi Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğretim Elemanlarından Araştırma Görevlisi Yaşar Şekerci tarafından yürütülmektedir. Çalışma, Türkiye'deki 65 yaş ve üstü bireyleri anlamayı; sosyo-demografik, kültürel faktörlerini, kendi sağlık, yaşlılık algılamalarını, sağlık okuryazarlık düzeylerini, sağlık enformasyon arayışlarını ve iletişim teknolojileri kullanım pratiklerinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus giderek artmaktadır. Bu sebeple kapsamlı bir sağlık politikasının ve sosyal politikaların üretilmesi için yaşlıların yaş ve sağlık algılama, tutum ve davranışlarının kapsamlı olarak belirlenmesi gerekmektedir. Bu sebeple çalışma, 65 yaş ve üstü bireylerle gerçekleştirilmektedir. Çalışmada sorulan tüm sorular katılımcıların özgürce düşündüğü, deneyimlediği ve hissettiği şekilde tasarlanmıştır. Sorularda bir aldatmaca bulunmamaktadır.

Bu çalışmadan alınacak ilk verilerin Haziran 2024 sonunda elde edilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgiler sadece bilimsel bulguların sunulacağı toplantılar ve yayınlarda kullanılacaktır. Bu araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmanın sonuçlarını öğrenmek ya da daha fazla bilgi almak için aşağıdaki isimlere başvurabilirsiniz.

Yaşar Şekerci

E-posta:

Tel:

ÖZGEÇMİŞ



TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : T.C. GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ
Enstitü : SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Hazırlayanın Adı Soyadı : Yaşar ŞEKERCİ

Tez Başlığı : Sağlık İletişimi Perspektifinden Türkiye'deki 65 Yaş ve Üstü Bireyleri Anlamak: Sağlık ve Yaşlanmaya İlişkin Algılama, Tutum ve Davranışlar Üzerine Bir Araştırma

Savunma Tarihi : 12 / 09 / 2024
Danışman : DOÇ. DR. Gaye Aslı SANCAR DEMREN

JÜRİ ÜYELERİ:

İmza

Prof. Dr. Abdullah ÖZKAN
Prof. Dr. Banu KARSAK
Doç. Dr. Elgiz YILMAZ ALTUNTAŞ
Doç. Dr. Gaye Aslı SANCAR DEMREN
Dr. Sinan AŞÇI

Prof. Dr. Ulun AKTURAN
Enstitü Müdürü
----/----/-----