



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÇORUM İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF
ÖĞRENCİLERİNDE e-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİ VE SEÇİLMİŞ SAĞLIK DAVRANIŞLARI**

Yüksek Lisans Tezi

Seyyide ÖZDEN

Çorum 2021

**ÇORUM İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
e-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE SEÇİLMİŞ SAĞLIK
DAVRANIŞLARI**

Seyyide ÖZDEN

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gülay YILMAZEL**

Çorum 2021

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde e-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza

20.04.2021
Seyyide Özden

ÖN SÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, tecrübe ve katkılarıyla yol gösteren, manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, kendisini hayatım boyunca her zaman rol model olarak alacağım ve minnettar duyacağım tez danışman hocam Doç. Dr. Gülay YILMAZEL'e,

Yüksek lisans eğitim sürecimde katkılarından dolayı Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI, Doç. Dr. Birsen ALTAY ve Doç. Dr. Cem KOÇAK hocalarıma,

Bu süreçte bana hep inanan ve beni destekleyen ablam Hülya ÇİÇEK ACAR'a,

Hayatımın her aşamasında varlıklarıyla bana güç veren ve eğitim yaşamımın bu aşamasına kadar gelmemi sağlayan AİLEM'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

| | |
|---|-------------|
| ETİK BEYANNAMESİ..... | ii |
| ÖN SÖZ..... | iii |
| KISALTMALAR VE SEMBOLLER..... | vi |
| ÇİZELGELER LİSTESİ..... | viii |
| ÖZET..... | ix |
| SUMMARY | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1 Çalışmanın Amacı | 2 |
| 1.2 Problemler | 2 |
| 1.3 Hipotezler | 2 |
| 1.4 Sınırlılıklar | 2 |
| 1.5 Sayıtlılar | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1 e-Sağlık | 3 |
| 2.2 Sağlık Okuryazarlığı | 3 |
| 2.3 e-Sağlık Okuryazarlığı | 4 |
| 2.3.1 e-Sağlık okuryazarlığı bileşenleri | 5 |
| 2.3.1.1 Geleneksel okuryazarlık..... | 6 |
| 2.3.1.2 Bilgi okuryazarlığı | 6 |
| 2.3.1.3 Medya okuryazarlığı | 7 |
| 2.3.1.4 Sağlık okuryazarlığı | 7 |
| 2.3.1.5 Bilgisayar okuryazarlığı..... | 8 |
| 2.3.1.6 Bilimsel okuryazarlık..... | 8 |
| 2.4 Dünya'da e-Sağlıkla İlgili Bazı Uygulamalar | 9 |
| 2.4.1 Elektronik bağışıklama kayıtları | 9 |
| 2.4.2 mSehat uygulaması | 9 |
| 2.4.3 Peek uygulaması | 9 |
| 2.4.4 e-Sağlık kaydım | 10 |
| 2.4.5 Break dengue hareketi..... | 10 |
| 2.5 Türkiye'de e-Sağlıkla İlgili Bazı Uygulamalar | 10 |
| 2.5.1 e-Nabız uygulaması..... | 10 |
| 2.5.2 Hayat eve sığar (HES) uygulaması | 11 |
| 2.6 Adölesan Dönem..... | 11 |
| 2.6.1 Adölesanların seçilmiş sağlık davranışları..... | 11 |
| 2.6.1.1 Sağlık kontrolü | 11 |
| 2.6.1.2 Bireysel koruyucu uygulamalar | 13 |
| 2.6.1.3 Sağlık hizmetlerinden yararlanma..... | 13 |
| 2.6.1.4 Beslenme | 14 |
| 2.6.1.5 Fiziksel aktivite | 16 |
| 2.6.1.6 Tütün kullanımı..... | 17 |
| 2.6.1.7 Uyku..... | 18 |

| | | |
|----------------------|--|-----------|
| 2.6.2 | Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı..... | 20 |
| 2.6.3 | Adolesanlarda seçilmiş sağlık davranışları ve e-sağlık okuryazarlığı | 21 |
| 3. | MATERYAL VE YÖNTEM..... | 22 |
| 3.1 | Araştırmanın Şekli | 22 |
| 3.2 | Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..... | 22 |
| 3.3 | Araştırmanın Evreni ve Örnekleme | 22 |
| 3.3.1 | Araştırmanın evreni..... | 22 |
| 3.3.2 | Araştırmanın örnekleme | 23 |
| 3.4 | Araştırmanın Değişkenleri | 23 |
| 3.4.1 | Araştırmanın bağımlı değişkenleri..... | 23 |
| 3.4.2 | Araştırmanın bağımsız değişkenleri..... | 23 |
| 3.5 | Veri Toplama Araçları | 23 |
| 3.5.1 | e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği (eHEALS) | 24 |
| 3.6 | Verilerin Toplanması | 25 |
| 3.7 | İstatistiksel Analiz | 25 |
| 4. | BULGULAR | 26 |
| 5. | TARTIŞMA | 40 |
| 6. | SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 46 |
| KAYNAKLAR | | 49 |
| EKLER..... | | 61 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | | 74 |

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

| | |
|---------------|--|
| AMA | :American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği) |
| BKİ | :Beden Kitle İndeksi |
| BOH | :Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar |
| CDC | :Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) |
| eHEALS | :eHealth Literacy Scale (e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) |
| HES | :Hayat Eve Sığar |
| ITU | :International Telecommunication Union (Uluslararası Telekomünikasyon Birliği) |
| RTÜK | :Radyo ve Televizyon Üst Kurulu |
| SPSS | :Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Kurumu) |
| T.C. | :Türkiye Cumhuriyeti |
| TDK | :Türk Dil Kurumu |
| TÜİK | :Türkiye İstatistik Kurumu |
| UNESCO | :United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü) |
| UNICEF | :United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) |
| WHO | :World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) |

| | |
|----------------------------|---|
| % 95 CL | :% 95 Güven Aralığı |
| χ^2 | :Ki-kare Testi |
| p | :Anlamlılık Değeri |
| β | :Beta |
| OR | :Odds Oranı (Olasılıklar Oranının Oranı) |



ÇİZELGELER LİSTESİ

| | <u>Sayfa</u> |
|---|--------------|
| Çizelge 4.1: Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri..... | 26 |
| Çizelge 4.2: Araştırma grubunun seçilmiş sağlık davranışları..... | 28 |
| Çizelge 4.3: Araştırma grubunun e-sağlığa ilişkin bazı uygulamaları..... | 30 |
| Çizelge 4.4: Araştırma grubunun e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyi..... | 31 |
| Çizelge 4.5: Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi..... | 32 |
| Çizelge 4.6: Araştırma grubunun seçilmiş sağlık uygulamalarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri..... | 35 |
| Çizelge 4.7: Araştırma grubunun e-sağlığa ilişkin bazı uygulamalarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri..... | 38 |

ÇORUM İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE e-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE SEÇİLMİŞ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

ÖZET

ÖZDEN, Seyyide. Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde e-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları, (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2021.

Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu çalışma, Eylül 2019-Şubat 2021 tarihleri arasında, Çorum il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ve seçilmiş sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya il merkezindeki devlet okullarında öğrenim gören gönüllü 1349 lise son sınıf öğrencisi dahil edilmiştir. Grup anket yöntemi ile toplanan araştırma verilerinin değerlendirilmesi SPSS 21.0 programı aracılığıyla yüzdeler, ortalama, ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirilmelerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Katılımcıların %44,6'sı erkek %55,4'ü kadın olup yaş ortalaması $17,4 \pm 0,6$ yıl olarak saptanmıştır. Öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $25,9 \pm 5,7$ bulunmuştur. Katılımcıların %54,4'ünde e-sağlık okuryazarlığı yüksek (26-40 puan), %45,6'sında e-sağlık okuryazarlığı düşük (8-25 puan) düzeydedir. Öğrencilerin öğrenim gördüğü okul türü, baba eğitim düzeyi ve sağlık durum algısı e-sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p < 0,05$). Sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanların oranı %70,6 olup bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı oranı %75,3'tür ($p < 0,01$). Son bir yılda kan basıncını ölçtürenlerin oranı %48,6'dır ve bu grupta e-sağlık okuryazarlığı daha yüksektir (%54,5) ($p < 0,001$). Son bir yılda kan kolesterolünü ölçtürmeyenler (%78,8) arasında düşük e-sağlık okuryazarlığı oranı anlamlı ölçüde yüksektir (%81,3) ($p < 0,05$). Öğrencilerin tamamına yakını son bir yılda vücut ağırlığını ölçmüştür ve bu grupta e-sağlık okuryazarlığı anlamlı ölçüde yüksektir ($p < 0,001$). Meyve-sebze tüketim sıklığı ve fast-food tüketimi öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p < 0,05$). Öğrencilerin tamamına yakını (%81,2) düzenli egzersiz yapmamaktadır ve bu grupta e-sağlık okuryazarlığı anlamlı ölçüde düşüktür (%82,4) ($p < 0,05$). e-Sağlığa ilişkin davranışlardan son bir haftada sağlıkla ilgili araştırma yapma, sağlıkla ilgili konulara yönelik algı ve sağlıkta bilgiye erişimde kaynak kullanma durumu açısından e-sağlık okuryazarlığı anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Öğrencilerin %25,2'si cep telefonuna sağlık uygulamaları indirmiş ve cep telefonuna sağlık uygulaması indirmeyenlerde düşük e-sağlık okuryazarlığı daha yaygındır ($p < 0,001$). Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi e-nabız uygulamasını duymuştur ve bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı daha yaygındır ($p < 0,05$).

Sonuç olarak adolesanların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuştur. Seçilmiş sağlık davranışları e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur.

Anahtar Kelimeler: e-Sağlık, Lise, Okuryazarlık, Öğrenci, Sağlık davranışı

THE LEVEL OF e-HEALTH LITERACY AND SELECTED HEALTH BEHAVIOR OF SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN CORUM CITY

SUMMARY

ÖZDEN, Seyyide. The Level of e-Health Literacy and Selected Health Behavior of Senior High School Students in Corum City, (Master Thesis), Çorum, 2021.

This descriptive and cross-sectional study was conducted between September 2019 and February 2021 to determine the level of e-health literacy and selected health behaviors among senior high school students in Çorum city center. The study included 1349 volunteer senior high school students studying in public schools in the city center. The evaluation of the data collected by the group questionnaire method was made by using the percentage, mean, chi-square test through the SPSS 21.0 program. In evaluations, $p < 0,05$ value was considered statistically significant. The research was approved by the Hitit University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee.

Of the participants, 44,6% were men, 55,4% were women, with the mean age was $17,4 \pm 0,6$ years. The mean score from the e-Health Literacy Scale was found to be $25,9 \pm 5,7$. Among the students, 54,4% had high e-health literacy (26-40 points), 45,6% had low e-health literacy (8-25 points). Type of schools, education level of the fathers and the perception of health status made a significant difference in terms of e-health literacy ($p < 0,05$). The rate of those with unregular health checks was 70,6% and the low e-health literacy rate in this group was 75,3% ($p < 0,01$). The rate of those who measured their blood pressure in the last year was 48,6%, and in this group, e-health literacy higher (54,5%) ($p < 0,001$). Among those who did not measured their blood cholesterol in the last year (78,8%), the low e-health literacy rate was significantly higher (81,3%) ($p < 0,05$). Almost all of the students have measured their body weight in the last year, and e-health literacy was significantly higher in this group ($p < 0,001$). Fruit and vegetable consumption frequency and fast-food consumption made a significant difference on the e-health literacy level of students ($p < 0,05$). Almost all of the students (91,2%) didn't do exercise regularly and e-health literacy was significantly lower in this group (82,4%) ($p < 0,05$). Among the e-health-related behaviors, e-health literacy showed a significant difference in terms of conducting health-related research, perception about health-related issues and using resources in accessing health information in the last week ($p < 0,05$). Of the students, 25,2% downloaded health applications to their mobile phones, and low e-health literacy was more common among those who didn't download ($p < 0,001$). About two-thirds of the students heard of the e-pulse application, and high e-health literacy was more common in this group ($p < 0,05$).

In summary, e-health literacy levels of adolescents were found low and selected health behaviours had significant difference on e-health literacy.

Key Words: eHealth, Health behavior, High school, Literacy, Student

1. GİRİŞ

Dünya nüfusunun %16'sını adolesan yaş grubu oluşturmaktadır (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2019). Çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş aşamasını oluşturan adolesan dönem, adolesanlar için kritik bir yaşam dönemidir. Bu gelişim dönemi fiziksel, bilişsel ve sosyal değişikliklerle karakterizedir. Adolesan dönemde öğrenilen davranışlar ve oluşturulan alışkanlıklar sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (World Health Organization [WHO], 2017a).

Son yıllarda dijital teknolojinin gelişmesi ve yaygın kullanımı sağlık sorunlarının çözümünde internet kullanımını önemli bir seçenek haline getirmiştir (European Union, 2014). Küresel olarak adolesanların yaklaşık %70'i internet kullanmaktadır (International Telecommunication Union [ITU], 2017). Amerikalı adolesanların yaklaşık %90'ı her gün internete erişim sağlamaktadır (Pew Research Center, 2018). Dijital araçlar küresel düzeyde adolesan sağlığına yönelik müdahalelerin geliştirilmesinde popüler hale gelmiştir (WHO, 2020f). Teknolojinin "usta kullanıcıları ve dijital yerlileri" olarak tanımlanmalarına rağmen adolesanlar e-sağlık kaynaklarını kullanmada yetkin değildirler. Adolesanların e-sağlık yetkinliklerinin düşüklüğü, e-sağlık kaynakları hakkındaki eksik bilgiye sahip olmalarıyla bağdaştırılmaktadır (Helsper ve Eynon, 2010; Scolari, 2019).

Adolesanların olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve yapılandırılmasında e-sağlık okuryazarlığı nihai hedeftir (Hu ve Syham Sundar, 2009). e-Sağlık okuryazarlığı, sağlık bakımının uygulanmasında ve dağıtımında bilgi işlem teknolojilerinin bir aplikasyonudur (Jacobs, Lou, Ownby ve Caballero, 2016). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı becerileri sağlıkla ilgili bilgiye erişim ve kendi sağlık kararlarını alabilmeleri açısından elzemdir (Mackert, Champlin, Holton, Munoz ve Damásio, 2014). Periyodik sağlık kontrolü, bireysel koruyucu uygulamalara katılım, sağlık hizmetlerinden yararlanmada isteklilik, sağlıklı beslenme, uygun fiziksel aktivite, sigara kullanmama, yeterli uyku adolesanların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olan sağlık davranışlarıdır (Britt, Collins, Wilson, Linnemeier ve Englebert 2017; Farsi ve diğ., 2020; Hsu ve diğ., 2014; Yang, Luo ve Chiang, 2017).

Farklı toplumlarda adolesan yaş grubunda e-sağlık okuryazarlığının belirleyicilerine yönelik çalışmalar mevcut olmakla birlikte küresel düzeyde e-sağlık okuryazarlığı prevalansını gösteren çalışmalar sınırlıdır (Coşkun ve Bebiş, 2015; Dashti, Peyman, Tajfard ve Esmaeeli, 2017; Ergün, Sürücüler ve Işık, 2019; Hernández-Rabanal, Vall ve Boter, 2018; Holch ve Marwood, 2020; Koo, Norman ve Chang, 2012; Park ve diğ., 2017).

Bu çalışmanın diğer çalışmalardan ayrılan yönü adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ve seçilmiş sağlık davranışlarını belirlemektir.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışma Çorum il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ve seçilmiş sağlık davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

1.2 Problemler

1. Lise son sınıf öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
2. Lise son sınıf öğrencilerinde seçilmiş sağlık davranışlarına göre e-sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?

1.3 Hipotezler

Lise son sınıf öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür ve seçilmiş sağlık davranışlarından etkilenmektedir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu çalışmanın kapsamı Çorum il merkezindeki devlet okullarının lise son sınıf öğrencileri ile sınırlı olup araştırma sonuçları Çorum iline ve Türkiye'ye genellenemez.

1.5 Sayıtlar

Bu çalışmada ankete yanıt veren katılımcıların görüşlerini içtenlikle belirteceği varsayılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 e-Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre e-sağlık; sağlık bakım hizmetleri, sağlık izlemi, sağlık kaynakları, sağlık eğitimi, bilgi ve araştırma dahil olmak üzere sağlık ve sağlıklıla ilgili alanları desteklemek için bilgi iletişim teknolojilerinin maliyet etkin ve güvenli kullanımınıdır (WHO, 2016).

e-Sağlık, Eysenbach'e (2001) göre tıbbi bilişim, halk sağlığı ve iş dünyasının kesişme noktasında, sağlık hizmetlerini, internet ve internetle ilgili teknolojiler aracılığıyla ortaya çıkaran bir alandır (Eysenbach, 2001).

Watson'a (2004) göre e-sağlık, internetin sağlık hizmetlerine entegrasyonudur (Watson, 2004).

e-Sağlık, sağlık çalışanlarına hastalara bakım ve hizmet sağlama konusunda yardımcı olmak için teknolojiyi kullanan yeni iş modelleridir (Sternberg, 2004).

e-Sağlık, sağlık sisteminin çalışması için gerekli tüm bilgi ve iletişim teknolojilerini kapsar (ITU, 2003; Jacobs ve diğ., 2016).

2.2 Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı insanların hayatları boyunca sağlık hizmetleri alma, hastalıkları önleme, sağlık hizmetlerinin kalitesini koruma ve iyileştirme için sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleridir (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgileri sağlığı koruyacak ve geliştirecek şekilde anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel, sosyal becerileri temsil eder (Nutbeam, 1998).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri ortamında gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri uygulama yeteneği de dahil olmak üzere bir beceriler kümesidir (American Medical Association [AMA], 1999).

Sağlık okuryazarı olmak, kişinin kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlığını etkileyen faktörleri anlaması ve bunlara nasıl hitap edileceğini bilmesi anlamına gelmektedir (Sørensen ve diğ., 2012).

Freedman ve diğerleri (2009) ise sağlık okuryazarlığı kavramını ‘bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayacak halk sağlığı kararları almaları için gerekli bilgileri elde etmeleri, işlemeleri, anlamaları, değerlendirmeleri ve bunlara göre hareket etme dereceleri’ olarak halk sağlık okuryazarlığı bağlamında tanımlamıştır (Freedman ve diğ., 2009).

2.3 e-Sağlık Okuryazarlığı

İnternetin keşfedilmesiyle insanların hayatlarını kolaylaştırmayı amaçlayan birçok e-terim ortaya çıkmaya ve çoğalmaya başlamıştır (Oh, Rizo, Enkin ve Jadad, 2005). Bu terimlerin arasında Norman ve Skinner (2006) tarafından tanımlanan ve bilgi iletişim teknolojileriyle aracılığıyla sağlık hizmetlerine ulaşmayı amaçlayan e-sağlık okuryazarlığı terimi yerini almıştır (Norman ve Skinner, 2006b).

Norman ve Skinner e-sağlık okuryazarlığını ‘elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi arama, bulma, anlama, değerlendirme ve bir sağlık sorununu çözme veya çözmek için edinilen bilgileri uygulama yeteneği’ olarak tanımlamışlardır (Norman ve Skinner, 2006b).

e-Sağlık okuryazarlığı terimi 2011 yılında revize edilerek sağlık için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını destekleyen temel bir beceri seti olarak tanımlanmıştır (Norman, 2011).

e-sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık ve sağlık hizmetlerini uygulayabilmek veya iyileştirmek için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma yeteneklerinin ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (Neter ve Brainin, 2012).

e-Sağlık okuryazarlığı, çevrimiçi olarak alınan sağlık bilgilerini bir araya getirme ve onları uygun şekilde kullanma yeteneğidir (Werts ve Hutton-Rogers, 2013).

e-Sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesini artırmak ve kaliteli yaşamın süresini uzatmak veya iyileştirmek amacıyla sağlık hizmetinin tüm şartlarında sağlık bilgilerini aramak, edinmek, anlamak, değerlendirmek, iletmek ve uygulamak için dijital

teknolojilerin kullanımında bireysel ve sosyal faktörlerin etkileşimini içerir (Bautista, 2015).

Toplumların e-sağlık düzeyi yaş, cinsiyet ve etnisite ile bağlantılıdır. Yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi genç yaş gruplarında ön plana çıkmaktadır (Neter ve Brainin, 2017; Paige, Krieger ve Stellefson, 2017; Soleimaninejad, Valizadeh-Haghi ve Rahmatizadeh 2019; Valizadeh-Haghi ve Rahmatizadeh, 2018). Kadınların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir (Mitsutake, Shibata, Ishii ve Oka, 2012).

Fin ve Yunan toplumların e-sağlık okuryazarlığının incelendiği bir araştırmada bilgi iletişim teknolojilerini sağlıkla ilgili sorunlarında daha fazla kullanan Fin halkının, e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek saptanmıştır (Athanasopoulou ve diğ., 2017). Siyahi ırkın Kafkas ırkına göre daha yüksek e-sağlık okuryazarı olduğu bulunmuştur (Paige ve diğ., 2017).

2.3.1 e-Sağlık Okuryazarlığı Bileşenleri

Artan medya doygunluğu ve sayısallaştırılmış dünyada, televizyon, internet ve mobil uygulamalar gibi teknolojiler, sağlık bilgi ve araçlarının kaynaklarına erişmek ve bunlar içinde gezinmek için gereklidir. Son yıllarda sağlıkla ilgili mesajların ve bilgilerin büyük bir kısmı medya ve dijital kaynaklar aracılığıyla erişilmektedir (Levin-Zamir ve Bertschi, 2018). Bu nedenle, araştırmacılar sağlık çalışanları ile birlikte sağlık okuryazarlığı ile ilgili yakından bağlantılı ancak yine de farklı bir kavram olan, bireylerin sağlık alanında yeterince bilgi sahibi olmalarını ve sağlıklarını ile ilgili kararlar almalarını amaçlayan “e-sağlık okuryazarlığı” terimini geliştirmişlerdir (Levin-Zamir ve Bertschi, 2018; Norman ve Skinner, 2006b).

Geleneksel, sağlık, bilgi, bilimsel, medya ve bilgisayar olmak üzere altı farklı okuryazarlık türünün birleşiminden meydana gelen e-sağlık okuryazarlığını diğer okuryazarlıklardan ayıran özelliği durağan olmamasıdır. Norman ve Skinner e-sağlık okuryazarlığını bir zambak metaforunu kullanarak tasvir etmektedir. Zambağın yapraklarını altı okuryazarlık, orta kısmını ise e-sağlık okuryazarlığı oluşturmaktadır. Yapraklar zambağın orta kısmını beslerken, orta kısım ise yaprakları birbirine bağlayarak bütünlük oluşturmaktadır (Norman ve Skinner, 2006b).

e-Sağlık okuryazarlığını oluşturan altı temel okuryazarlık becerileri:

2.3.1.1 Geleneksel okuryazarlık

Geleneksel okuryazarlık, temel okuma ve yazma becerilerini içeren bir okuryazarlık türüdür (Güneş, 2019).

Küresel düzeyde adolesanlar arasında okur-yazar olmayan gençlerin oranı 170 milyondan 115 milyona gerilemekle birlikte bölgesel ve cinsiyetler arasındaki ısrarlı farklılıklar halen devam etmektedir (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO] Institute of Statistics Global Database, 2019).

Gelişen teknoloji ile birlikte sağlıkla ilgili bilgi arayışı için sesli ve görsel görüntülerle zenginleştirilmiş web sitelerinden yararlanılabilmektedir. Bu kaynaklardan daha fazla yararlanabilmek için okuma ve yazma becerilerinin kullanımının önemli olduğu gösterilmektedir (Norman ve Skinner, 2006b).

Temel okuryazarlık becerileri ile sağlık arasında çift yönlü ilişki vardır. Eğitim kişinin sağlığını etkileyecek faktörler hakkında daha fazla bilgi edinmesini ve sağlığını etkileyecek bu faktörlerle ilgili önlemler alarak daha sağlıklı davranışlar edinmesini sağlamaktadır (Dursun, Cesur ve Mocan 2018). Eğitim düzeyindeki yükselişle bireyler sağlıklarını geliştirmek için ellerindeki kaynakları daha iyi kullanırlar, sağlığı riske atacak davranışlar hakkında daha fazla bilgi edinirler, bilgiyi anlarlar ve yönetirler. Eğitim kişilerin sağlıklı davranışlar edinmesini ve riskli davranışlardan kaçınmasını sağlayarak sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Etile, 2014; Huang, 2015).

2.3.1.2 Bilgi okuryazarlığı

Bilgi okuryazarı, bilgiye ne zaman ihtiyaç duyacağını fark eden ve ihtiyaç duyduğu bilgiyi bulan, değerlendiren ve etkin bir şekilde kullanma becerisine sahip olan kişilerdir (American Library Association, 1989).

Bilgi okuryazarı olan bireyler belirli bir konuda bilgi bularak kendisi için uygun ve doğru kaynaklara nasıl ulaşacağını bilir, uygun arama yolları geliştirir ve sonuca ulaşmak için elde ettiği bilgileri filtreleyebilir. Fazlaca kaynağa sahip web, bir kütüphane olarak görülürse web kullanıcılarının bilgiyi nasıl bulacaklarını, düzenleyeceklerini ve uygulayacaklarını bilmeleri zorunlu olmaktadır (Norman ve Skinner, 2006b).

2.3.1.3 Medya okuryazarlığı

Medyanın ve teknolojinin gelişmesi medyanın yaygınlaşmasını ve medya okuryazarlığı adında yeni bir araştırma alanının oluşmasını sağlamıştır (Norman ve Skinner, 2006b).

Medya okuryazarlığı hem yüzeysel hem de altta yatan medya mesajlarına eleştirel yanıt verme becerilerini geliştirerek medya metinlerine yönelik eleştirel düşünmeyi sağlamaktadır. Aynı zamanda çok yönlü medya kaynaklarına ulaşabilme, ulaşılan medya kaynaklarını eleştirel analiz edip yorumlayabilme ve kendi medya mesajlarını meydana getirme yeteneğidir (Radyo ve Televizyon Üst Kurulu [RTÜK], 2016; Welsh ve Wright, 2010, s.107).

Sağlık kaynaklarına ve bilgilerine erişimde mobil uygulamaları bilmek ve bu uygulamaları kullanabilmek gereklidir. Hem dijital hem de dijital olmayan medya günümüzde halk sağlığını etkin bir şekilde destekleyerek ve geliştirerek sağlık kaynaklarına yönelik internet ve mobil uygulamaları herkes için erişilebilir hale getirmektedir (Levin-Zamir ve Bertschi, 2018).

2.3.1.4 Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin uygun sağlık kararları almak için temel sağlık bilgilerine ve hizmetlerine ulaşma, iletme, kullanma ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlanır (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2021).

Geçmiş yıllarla kıyaslandığında eğitime, teknolojiye ve sağlığa erişimin daha iyi olduğu öngörülse de halen Amerika'da yetişkinlerin %12'si, bazı Avrupa ülkelerinde %16,5'i, Türkiye'de ise %5,8'i en yüksek düzeyde sağlık okuryazardır (Kutner, Greenberg, Jin ve Paulsen, 2006; Okyay ve Abacıgil, 2016; Sørensen ve diğ., 2015).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile sağlığı olumsuz etkileyecek davranışlarda bulunma, kronik hastalık görülme sıklığı, hastanede tedavi görme oranlarında artış, ilaç tedavisi ve yönetiminin uyumsuzluğu arasında orantılı bir ilişkili bulunurken yüksek sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı davranışlarda bulunma, iyi sağlık durumu arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır (Çimen ve Bayık Temel, 2017; Geboers, Winter,

Spoorenberg, Wynia ve Reijneveld, 2016; Halverson ve diğ., 2015; Rosas-Salazar, Apter, Canino ve Celedon, 2012; Wolf, Gazmararian ve Baker, 2007; Yilmazel ve Cetinkaya, 2015).

Sağlık okuryazarlığı oranlarının artırılması sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına katkıda bulunmanın bir yoludur (European Centre for Disease Prevention and Control, 2021). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak sağlık bilgilerine erişim ve kendi kendilerine sağlıklarını yönetim fırsatı sunarak e-sağlık ile bütünleşmektedir. Sağlık bilgisine olan gereksinimin giderilmesinde online kaynakların kullanımı sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir (Fagnano, Halterman, Conn ve Shone, 2012). e-Sağlık okuryazarı olmak yeterli sağlık okuryazarı olmanın bir koşuludur (Kim ve Xie, 2017).

2.3.1.5 Bilgisayar okuryazarlığı

Bilgisayar okuryazarı; bilgisayar sisteminin ana bileşenlerini tanımlayan, bu bileşenlerinin işlevini bilen ve bilgisayarla kişisel ihtiyaçlarını yönetebilen kişilerdir (Florini, 1983, s. 141-142).

Son zamanlarda yaşamın her alanında bilgisayarlar ve teknolojik aletler bulunmaktadır (Ryan, 2018). Teknolojinin gelişimiyle insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için dijital kaynakları kullanım oranları her yıl artış göstermektedir. Gözlemlenen bu artış dijital sağlık teknolojisini sağlık hizmetlerinin merkezi haline getirmektedir (Mahajan, Lu, Spatz, Nasir ve Krumholz, 2021).

İstenilen bilgilere çevrimiçi ulaşmak günümüzde yeterince kolay olsa da bilgisayar ve diğer teknolojik araçlara doğru erişim sağlanamadığında bilgisayar okuryazarı olmak mümkün değildir. Bilgisayar okuryazarlığı yeni teknolojilere ve yazılımlara uyum sağlayarak e-sağlık kaynaklarına erişmeyi gerektirmektedir (Norman ve Skinner, 2006b).

2.3.1.6 Bilimsel okuryazarlık

Bilimsel Okuryazarlık bilginin sistematik bir şekilde yaratılmasının, doğasının, amaçlarının, yöntemlerinin, uygulanmasının ve sınırlamalarının anlaşılmasıdır (Laugksch, 2000). Bilime dayalı çevrimiçi sağlık bilgilerini algılamak için yeterli bilimsel eğitim deneyimine sahip olunması gerekmektedir. Bilimsel okuryazarlık bireylerin sağlık araştırmalarının nasıl yapıldığını, bilgilerin bulunma sürecini ve

araştırmaların sunacağı sınırlamaların ve fırsatların anlaşılmasını sağlamaktadır (Norman ve Skinner, 2006b).

Altı okuryazarlık türü sağlık tüketicilerinin e-sağlık okuryazarı olmaları için gereken temel becerileri oluşturmaktadır. Etkili e-sağlık okuryazarı olmak için her altı okuryazarlık türünde üst düzey uzmanlığa sahip olunması gerekmez de her birinde orta düzeyde bilgi sahibi olunması gerekmektedir (Norman ve Skinner, 2006b).

2.4 Dünya’da e-Sağlıkla İlgili Bazı Uygulamalar

2.4.1 Elektronik bağışıklama kayıtları

Elektronik bağışıklama kayıtları, Latin Amerika’da uygulanan nüfusun bağışıklama verileri hakkında bilgiler içeren bilgisayar ve nüfus tabanlı bilgi sistemleridir. Nüfusun ayrıntılı bağışıklama analizlerini sağlık personellerine bilgisayar ortamında sunarak kişilere özel aşılama stratejilerinin oluşturulmasını sağlamaktadır. Nüfusa zamanında, yeterli ve eşit bir şekilde sağlık hizmeti vermek amacıyla bağışıklama verilerini sistematikleştirmektedir (WHO, 2016). Elektronik bağışıklama kayıtları, bağışıklama yöntemi ile veri girişi arasındaki sorunların ortadan kalkmasına katkıda bulunarak elektronik sistemin kâğıt sistemine karşı önemli bir avantajı olduğunu ortaya çıkarmıştır (WHO, 2016).

2.4.2 mSehat uygulaması

mSehat, Hindistan’ın Uttar Pradesh şehrinde kullanılan sahada çalışan sağlık çalışanları için entegre edilmiş android, web tabanlı ve multimedya özelliikli bir mobil sağlık platformudur. mSehat kelimesi; Hintçe’de sağlık kelimesinin karşılığının sehat olmasından dolayı oluşturulmuştur. mSehat uygulaması sağlık çalışanlarının akıllı telefonlar ve tabletler ile ana-çocuk sağlığı, ergen sağlığı ve üreme sağlığı gibi sağlık bilgi ve hizmetlerinin geliştirilmesini sağlamaktadır (WHO, 2016).

2.4.3 Peek uygulaması

Peek uygulaması Kenya’da kullanılan dünyanın herhangi bir yerinde herkesin kapsamlı göz testi yapabilmesi amacıyla oluşturulan akıllı telefon tabanlı bir sistemdir. Geleneksel Snellen tarama testi kadar doğru sonuç verdiği bulunmuştur. Peek retina adaptörü, herhangi bir akıllı telefonun kamerasına yerleştirildikten sonra elde edilen gözün görüntüleri uygulama tarafından değerlendirilmektedir. Göz hastalıkları için

risk derecesi yüksek nüfusta yaşayan kişilerde körlüğe neden olan hastalıkların tespiti için peek uygulaması çekici bir halk sağlığı uygulamasıdır (WHO, 2016).

2.4.4 e-Sağlık kaydım uygulaması

e-Sağlık kaydım uygulaması, Avustralya’da halen kabile hayatı süren ve birden çok sağlık sorunu olan yerli halk için nüfusa dayalı temel sağlık hizmeti sunma kapasitesi olan bir uygulamadır. Ana dili İngilizce olmayan yerli halkla sağlık çalışanları arasında yaşanan iletişim problemini ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulan bu uygulama sağlık çalışanlarının hastaneye başvuran hastaların açık kimliğine ve geçmişteki bütün sağlık kayıtlarına elektronik ortamda ulaşabildikleri bir uygulamadır (WHO, 2016).

2.4.5 Break dengue hareketi

Break Dengue, 2013 yılının ağustos ayında dünya nüfusunun yaklaşık yarısının risk altında olduğu, ihmal edilmiş küresel bir hastalık olan dang hummasıyla mücadele etmek için Brüksel’de oluşturulan sosyal medya destekli bir harekettir. Break Dengue hareketi, dang humması hastalığının vektör kontrolü veya aşı geliştirme gibi sadece tek yönlü ele alınmasını değil bu sağlık sorununu büyük bir perspektiften incelemeyi amaçlamaktadır. Hem küresel hem de yerel düzeyde hastaları, doktorları, ilaç endüstrisini, araştırma geliştirme kuruluşlarını ve dernekleri birbiriyle bütünleştirmek amacıyla dijital kanalları ve sosyal medyayı kullanmaktadır (WHO, 2016).

2.5 Türkiye’de e-Sağlıkla İlgili Bazı Uygulamalar

2.5.1 e-Nabız uygulaması

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan e-nabız uygulaması, vatandaşların kişisel sağlık verilerine kendilerinin ve yetkili sağlık personellerinin internet ve internete bağlanan teknolojik cihazlar aracılığıyla ulaşabilecekleri bir uygulamadır. Kullanıcıların uygulamaya ilk girişlerinde gerekli bilgileri doldurarak e-nabız uygulamasına üye olmaları gerekmektedir. e-Nabız uygulamasına üye olan tüm vatandaşlar, nerede ve ne zaman yapıldığına bakılmaksızın bütün muayene, tetkik ve tedavilerine internete erişimi olan teknolojik cihazlarla e-nabız uygulamasından erişim sağlayabilmektedir. e-Nabız uygulamasında kayıtlı

tıbbi bilgilere hekimler ise kullanıcıların izni dahilinde ulaşabilmektedir (e-Nabız, 2021).

2.5.2 Hayat eve sığar (HES) uygulaması

Hayat Eve Sığar uygulaması, dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisiyle mücadele sürecinde teknolojinin imkanlarından olabildiğince faydalanarak yeni tip korona virüs ile ilgili vatandaşları bilgilendirmek, salgının oluşturabileceği riskleri minimum seviyede tutabilmek ve bu süreci daha kontrollü bir şekilde takip etmek amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen bir mobil uygulamadır. Bu uygulama sayesinde vatandaşlar riskli bölgelerin ve acil ihtiyaçlar için gidebilecekleri yerlerin konumuna erişim sağlayabilmektedir. Tüm sosyal alanlarda hastalık riskini minimum seviyede tutabilmek için restoranlar, toplu taşıma araçları, alışveriş merkezleri, toplu faaliyetler ve seyahatlerde kullanmaları için kişiye özgü Covid-19 açısından risk teşkil etmediğini gösteren HES kodu oluşturulmuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.6 Adolesan Dönem

Adolesan dönemi, insan yaşamının 10-19 yaşları arasını kapsayan çocukluktan yetişkinliğe geçiş aşamasıdır (WHO, 2021a). Bu dönem kişinin özelliklerinin çocukluktan çıkarak yetişkin olduğu kabul edilene kadar geçen süreç olarak kabul edilmektedir (Kagan, Lerner ve Bornstein, 2020).

Her yıl 1,2 milyon adolesan önlenebilir sebeplerden dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin çoğu riskli sağlık davranışlarına atfedilmektedir (WHO, 2017b). Adolesan dönem yetişkin sağlığını etkileyen fiziksel hareketsizlik, kötü beslenme gibi alışkanlıkların ve davranışların başladığı bir dönemdir (Sawyer ve diğ., 2012; WHO, 2017a). Adolesanlarda olumlu sağlık davranışlarının teşvik edilmesinin yetişkinlik döneminde sağlıksız davranışları değiştirmeye çalışmaktan daha kolay olduğu vurgulanmaktadır (CDC, 2020c).

2.6.1 Adolesanların seçilmiş sağlık davranışları

2.6.1.1 Sağlık kontrolü

Periyodik sağlık kontrolü, sağlıklı görünen bireylere sahip toplumda oluşabilecek herhangi bir sağlık problemi açısından risk altındaki bireyleri tespit

etmektedir. Hızlı bir şekilde uygulanabilen testler, muayeneler gibi uygulamalarla hastalıklar ve risk faktörleri erken dönemde ortaya çıkarılabilmektedir (WHO, 2020c).

Genel olarak adolesanların sağlık durumları iyidir (National Health Interview Survey, 2018). Türkiye Ergen Profili Araştırmasına göre ergenlerin %86'sının sağlık durumu 'iyi' olarak tanımlanmıştır (T. C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014). Yaşamın ilk yılları olmasından dolayı sağlıklı bir dönem olarak algılansa da bu süreçte adolesanlar sağlıklı ya da sağlıksız davranış kalıpları sergileyebilirler ve önemli oranda ölüm, hastalık ve sakatlık yaşayabilirler (WHO, 2017b). Adolesan dönem riskli davranışların neden olduğu kronik hastalıkların sağlık kontrolleri aracılığı ile önlenmesi için fırsat oluşturan bir dönemdir (WHO, 2020c). Tüm bu fırsata rağmen adolesanların yıllık sağlık kontrolünü yaptırma ve yıllık sağlık merkezine başvurma sıklığının %50,0-74,0 arasında değiştiği gösterilmiştir (Jasik, Adams, Irwin ve Özer, 2011; Langerman ve diğ., 2019; Mulye ve diğ., 2009; Park ve diğ., 2013).

Adolesan dönemde yeterince alınmayan sağlık hizmetleri riskli davranışların yetişkin dönemde yerleşik olmasına ve sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (Hargreaves, Elliott, Viner, Richmond ve Schuster, 2015).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 24. maddesi her çocuğun en yüksek seviyede sağlığa sahip olmasını, tıbbi yardım ve iyileştirme hizmetlerini sağlayan kurumlardan faydalanması gerektiğini savunur (Birleşmiş Milletler, 1989). Bu haktan yola çıkarak, adolesanların sağlık kontrolü davranışlarını kazanabilmelerinde sağlık otoritelerinden yerine getirmesi beklenen roller şu şekilde sıralanmıştır (WHO, 2012):

- Adolesanlara sağlıklarını geliştirme, sağlık sorunları ve sağlık sorunlarına neden olan davranışları önleme ile ilgili bilgi, tavsiye, danışmanlık ve klinik hizmetleri sağlamak
- Sağlık problemleri ve neden olan davranışların teşhis, tespit ve yönetimini sağlamak
- Problemler çözülmediğinde daha teşkilatlı bir sağlık kuruluşundan destek alınmasını sağlamak
- Toplumun diğer kuruluşlarındaki yöneticilere (eğitimciler, dini liderler, siyasi liderler) adolesan sağlığı ile ilgili eğitimler verilerek farkındalıklarının artırılmasını sağlamak

2.6.1.2 Bireysel koruyucu uygulamalar

Küresel düzeyde ölüm nedenlerinin %70'i bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH)'a atfedilmektedir (WHO, 2020e). Amerika'da önde gelen beş ölüm nedeninden dördünü kronik hastalıklar oluştururken bu ölümlerin %20 ila %40'ının önlenilebileceği öngörülmektedir (CDC, 2014). Bulaşıcı olmayan hastalıklar yetişkinlik döneminde daha yaygın görülmesine rağmen risk faktörlerinin birçoğu çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Cureau, Duarte, Lopes Dos Santos ve Reichert, 2014).

Küresel hastalık yükünün yaklaşık %35'inin temelleri adolesan dönemine dayanmaktadır (WHO, 2021c). Adolesan dönemde riskli davranışların ve sağlık problemlerinin erken teşhisi yetişkinlerde sağlığı iyileştirmeyi, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan korunmayı ve erken ölümlerin önüne geçmeyi sağlamaktadır (Haas, Bertsch ve Schwandt, 2014; Sancı ve diğ., 2012).

Adolesanların dünya nüfusunun %16'sını ve hastalık yükünün %15,2'sini oluşturduğu göz önüne alınırsa adolesan dönem için birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmanın önemi bir kat daha anlamlılık kazanmaktadır (Sancı ve diğ., 2012; UNICEF, 2019). Amerika'da adolesanların %38'i son bir yılda koruyucu bir hizmet alırken bu hizmetlerden yararlanan adolesanların %87'si boyunu, %89'u kilosunu, %78'i kan basıncını ve %74'ü ise bu üç parametreyi de sağlık kuruluşunda ölçtürmüştür (Irwin, Adams, Park ve Newacheck 2009). Adolesanların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları daha az riskli davranışlarda bulunmalarına katkı sağlamaktadır (Webb, Kauer, Özer, Haller ve Sancı, 2016).

2.6.1.3 Sağlık hizmetlerinden yararlanma

Adolesanlarda sağlık hizmetlerinden doğru yararlanma bilincinin oluşturulması, bu dönemde sağlık sorunlarının erken tanı almasına katkı sağlayabilecektir (Bundy, Silva, Horton, Jamison ve Patton, 2017, Bölüm 21; WHO, 2018a). Adolesanlar öncelikle ayaktan tedavi hizmeti alırlar ve hastaneye yatış oranları düşüktür (Mulye ve diğ., 2009).

Amerikalı adolesanların yaklaşık %80'inin son 12 ayda bir ve daha fazla koruyucu sağlık hizmeti alırken, %40'ının bu hizmeti yanında bir yetişkin olmadan aldığı raporlanmıştır (National Survey of Children's Health ve HRSA/MCHB, 2021a, 2021b). Adolesanlarda sağlık hizmetlerinden yararlanma ve verilen sağlık

hizmetlerinin kalitesini artırmak için oluşturulan küresel standartlar şu şekilde belirlenmiştir (Nair ve diğ., 2015):

1. Standart: Adölesanların kendi sağlıklarına hâkim olmaları ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarını sağlayacak yeteneklerin kazandırılması sağlanmalıdır.
2. Standart: Adölesanların ebeveynleri, toplumdaki bireyler ve kuruluşlar adölesan sağlığı ve adölesanlara verilecek sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilendirilmelidir.
3. Standart: Tüm adölesanlar için sağlık ihtiyaçlarını karşılayacakları; bilgi, danışmanlık, teşhis, tedavi, bakım hizmetleri gibi bir paket hizmeti oluşturularak bütün sağlık kuruluşlarında hizmet almaları sağlanmalıdır.
4. Standart: Bütün sağlık profesyonellerinin adölesanlara etkin sağlık hizmeti sağlamaları için gereken mahremiyeti koruma, ayrımcılık yapmama, yargılayıcı olmama, saygı duyma, koruma gibi etik ve ahlaki değerlere sahip olmaları sağlanmalıdır.
5. Standart: Sağlık kurumlarının adölesanlara kusursuz bir sağlık hizmeti verebilmesi için malzeme, ilaç, teknoloji ve uygun ortama sahip olması sağlanmalıdır.
6. Standart: Bütün sağlık kuruluşlarının sosyo-ekonomik durum, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ırk, cinsel yönelim ve diğer özellikler açısından fark gözetmeksizin bütün adölesanlara her koşulda uygun ve etkili sağlık hizmeti vermesi sağlanmalıdır.
7. Standart: Sağlık kurumları sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artırmak için adölesanların bilgilerini toplamalı, analiz etmeli ve kullanmalıdır.
8. Standart: Adölesanlar sağlık bakımlarının planlanmasında, izlenmesinde ve değerlendirilmesinde yer almalıdır.

2.6.1.4 Beslenme

Sağlıklı beslenme sağlık ve gelişim için bir temel oluşturmaktadır. Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler ve obezite ile bağlantılı birçok durum dahil olmak üzere kronik hastalıkların önlenmesini sağlamaktadır (WHO, 2021b).

Sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktiviteden kaynaklanan aşırı kilo ve obezite, diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, bazı kanserler, obstrüktif

uyku apnesi, solunum güçlüğü, artmış kırık riski ve psikolojik sorunlar gelecekteki sağlık için risk oluşturmaktadır (WHO, 2014, 2020a).

Beslenmeye bağlı en sık görülen sağlık sorunlarından biri olan obezite son dekatta giderek artmaktadır. Obezite gün içinde tüketilen besinler ile bireyin harcadığı enerji arasındaki dengesizlik sonucunda görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Dünyada adolesan ve çocukların 1975'te sadece %4'ü fazla kilolu ve obez iken bu oran 2016'da %18'e kadar ulaşmıştır (WHO, 2020a). Türkiye'de adolesanların %15,2'si fazla kiloluyken %4,8'i obezdir (T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2012).

Yetişkinlik dönemindeki vücut ağırlığı ile ilgili sorunların temeli adolesan döneme dayanmaktadır (WHO, 2018b, 2020a). Adolesan obezitesi; yetişkin obezitesinin ön koşulunu sağlayarak ilerleyen dönemlerde kardiyovasküler hastalıklara neden olmaktadır. Erken adolesan dönemde meydana gelen adipoz derecesi ile kardiyovasküler hastalıklar arasında bir bağlantı mevcuttur (Viner ve Macfarlane, 2005).

Adolesan sağlığına yapılan yatırım onların hali hazırdaki yaşamlarının, yetişkinlik dönemlerinin ve gelecek nesillerinin daha sağlıklı olmasını sağlayarak toplum için üç önemli kazanç sağlamaktadır (WHO, 2018b).

Adolesanlar için sağlıklı beslenme önerileri (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016):

- Süt ve süt ürünlerindeki kalsiyum miktarının fazla olması kemik ve diş sağlığı için önem teşkil etmektedir. Adolesanların beslenme rutininde yer alması gereken her gün 2-4 porsiyon süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi gerekmektedir.
- Taze meyve ve sebze tüketimi obezite ve kronik hastalıkların oluşumunu engellemesinden dolayı adolesanlar için önemli bir besin grubudur. Adolesanların günlük en az beş porsiyon tüketmeleri önerilmektedir.
- Su vücudun dengesini sağlamasından dolayı adolesanların her gün yeterince su tüketmesi önemlidir. Vücut için gerekli sıvı dengelenmesi için erkek adolesanların 2500 mL/gün, kadın adolesanların 2000 mL/gün sıvı almaları gerekmektedir.

- Adolesanlar günde üç ana öğün beslenmelidir. Adolesanların en sık atladığı öğün olan kahvaltı öğününün tüketimine bu dönemde daha çok dikkat edilmesi gerekmektedir.

2.6.1.5 Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının vücuttaki enerjiyi kullanarak yaptığı vücut hareketlerinin tamamıdır. Fiziksel aktivite adolesanların fiziksel, kardiyometabolik, kemik, bilişsel ve ruh sağlıklarının gelişmesini ve normal sınırlarda Beden Kitle İndeksi'ne (BKİ) sahip olmalarını sağlamaktadır (WHO, 2020b).

Fiziksel olarak düzenli aktif olan adolesanların ileride sağlıklı bir yetişkin olma şansı daha da yüksektir. Adolesanlarda fiziksel hareketsizliğe bağlı kalp hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diyabet veya osteoporoz gibi komplike durumların oluşmasının aksine bu hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayan obezite, yüksek kan lipid düzeyi, artmış insülin düzeyi ve yüksek kan basıncı gibi risk faktörleri gelişmektedir (Reiner, Niermann, Jekauc ve Woll, 2013; United State Department of Health and Human Services, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü adolesanların hafta boyunca günlük en az 60 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite yapmasını önermektedir (WHO, 2020b). Yapılan araştırmalarda adolesanların büyük bir çoğunluğu fiziksel olarak yeterince aktif değildir. Dünyada adolesanlar arasında fiziksel hareketsizlik oranı %81'dir. Adolesanlarda en çok fiziksel hareketsizliğin görüldüğü bölge ise yüksek gelirli Asya Pasifik ülkeleri olmuştur. Güney Kore %94,2 ile adolesanlar arasında en fazla fiziksel hareketsizlik görülen ülkedir (Guthold, Stevens, Riley ve Bull, 2020). Türkiye'de ise bu oran %86,0'dır (T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Adolesanların egzersiz aletlerini kullanarak spor yapmaları halinde yağ kütleleri azalır kemik ve kas kütleleri artarak sağlıkları güçlenir. Tempolu yürüyüş ve koşma, yüzme, kayak yapma, bisiklet sürme gibi çeşitli spor dalları bu yaş grubu için uygundur (T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Adolesanların egzersiz konusunda dikkat etmesi gereken bazı hususlar (T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014):

- Ağır fiziksel aktivitelerin yapılması sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir.

- Beden Kitle İndeksi'nin normal sınırlarda tutulmasını korumak için fiziksel aktivitenin devamlılığı önem teşkil etmektedir.
- Sağlığa zarar vermeyecek şekilde yüksek şiddetli egzersizlerin de rutin fiziksel aktivite programına dahil edilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi açısından önemi bulunmaktadır.
- Yetişkin dönemde kemiklerin sağlıklı olması için ip atlama, voleybol, basketbol gibi kemik sağlığının güçlendirilmesine katkı sağlayacak olan sıçrama aktivitelerinin yapılması konusunda teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

Adolesanlar için fiziksel aktivite önerileri (T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014):

- Fiziksel aktivitelere hafif bir şekilde başlanmalıdır.
- Öncelikle haftada 1-2 kez en fazla yarım saatlik orta zorluktaki fiziksel aktivitelerle başlanmalıdır. Bu kademeye ulaşıldıktan sonra haftada 2-3 gün yarım saat, devamında haftada 3-4 gün yarım saat olacak şekilde devam edilmelidir.
- Egzersiz süresi bazen bir saate kadar uzatılmalı, aynı zamanda egzersizlerin şiddeti de artırılmalıdır.
- Günlük bir saat orta zorlukta fiziksel aktivitelerden başlanarak yüksek zorluktaki aktivitelere doğru kademeli olarak artırılmalıdır.
- Haftada en az üç kez kas ve kemik kütesini artıracak yüksek zorluktaki egzersizler tercih edilmelidir.

2.6.1.6 Tütün kullanımı

Tütün ürünleri kullanımı küresel olarak en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir ve yılda sekiz milyondan fazla insan tütün kullanımından hayatını kaybetmektedir. Tütünün yer aldığı bütün ürünler zararlıyken en sık kullanılan tütün ürünü sigaradır (WHO, 2020d).

Dünyada adolesanların tütün ürünü kullanım oranı %13,4 iken en çok Afrika, Batı Pasifik kıtasındaki adolesanlar ile düşük ve orta gelirli ülkelerdeki adolesanlar tütün kullanmaktadır. Adolesanların sigara kullanım oranları dünyada %24,1'dir. Sigarayı en fazla tüketen Güneydoğu Asya kıtasındaki adolesanlar ve düşük orta gelirli ülkelerdeki adolesanlardır (WHO, 2018d). Türkiye'de ise adolesanların %17,9'u tütün ürünü kullanırken, %7,7'si sigara kullanmaktadır (WHO, 2019).

Yetişkinlik dönemindeki yüksek sigara içme oranları adolesan dönemde başlayan sigara içiciliği ve bağımlılığı ile ilişkilendirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada 30-39 yaşları arasında sigara kullanan bireylerin ilk sigaralarını içme yaşları ortalaması 15,3 yıl saptanırken sigara bağımlılığı için yaşları ortalaması 18,2 yıl bulunmuştur (United State Department of Health and Human Services, 2014).

Adolesanların tütün kullanımını önlemek ve kontrol etmek amacıyla alınabilecek önlemler (Harvey, Chadi, Canadian Paediatric Society ve Adolescent Health Committee, 2016):

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında adolesanlar tütün maruziyeti için taranmalıdır. Bu kuruluşlarda tütün kullanımına başlamayı önlemek için eğitim ve danışmanlık uygulamalarına yer verilmelidir.
- Ebeveynlere çocuklarına örnek teşkil ettikleri için sigarayı bırakma veya başlamama konusunda eğitimler verilmelidir. Sigara kullanan ebeveynin adolesan üzerinde oluşturacağı pasif içiciliğin zararlarıyla ilgili bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Okullarda adolesanlar için tütün kullanımını önleyici faaliyetler düzenlenmelidir.
- Adolesanların tütün ürünlerini kullanımını önlemek için yüksek vergi uygulanması, tütün paketlerinde caydırıcı görseller kullanılması, pazarlamasının ve reklamının yapılmasının engellenmesi, dumansız alanların oluşturulması gibi devlet destekli politikalar oluşturulmalıdır.
- Adolesanların tütün ve mamullerine kolay ulaşımını engellemek amacıyla tütün satışı yaş sınırının 18 yaşından 21 yaşına çıkarılması sağlanmalıdır (King, Jama, Marynak ve Promoff, 2015).

2.6.1.7 Uyku

Türk Dil Kurumu (TDK), uykuyu dış uyaranlara karşı bilincin, bütünüyle veya bir bölümünün yitirildiği, tepki gücünün zayıfladığı ve her türlü etkinliğin büyük ölçüde azaldığı dinlenme durumu şeklinde tanımlamıştır (TDK, 2021). Uyku; yiyecek, su ve hava gibi insan yaşamı için biyolojik bir gerekliliktir (Grandner, 2017). İyi uyku kalitesi, fiziksel ve zihinsel sağlığın, zindeliğin ve genel canlılığın iyi bilinen bir belirleyicisidir (Ohayon ve diğ., 2017).

Yetersiz uyku süresi ve kalitesi birçok fizyolojik sistemi etkilemektedir (Grandner, 2017). Düzensiz uyku adolesanların ruhsal ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Araştırmalara göre adolesanlardaki uyku bozuklukları ile obezite, ruh sağlığı, ağrı, hastalık, yorgunluk ve kazalar arasında bir ilişki saptanmıştır (Bellini, Panunzi, Bruni ve Guidetti, 2013; Bruce, Lunt ve McDonagh, 2017; Do, Shin, Bautista ve Foo, 2013; Geva ve diğ., 2020; Sivertsen, Harvey, Lundervold ve Hysing, 2014; Zhang ve diğ., 2017).

Adolesanların 10-12 yaşları arasında 9-12 saat, 13-18 yaşları için 8-10 saat arasında günlük uykuya ihtiyaçları vardır (National Sleep Foundation, 2020a). Adolesanların uyku örüntüleri ülkelere ve sosyo-ekonomik gruplara göre değişiklik göstermektedir. Amerika'da adolesanların yaklaşık %27,3'ünün uyku önerilerini karşıladığı gösterilmiştir (Wheaton, Jones, Cooper ve Croft, 2018). Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerini kapsayan bir çalışmada adolesanların okul günlerindeki uyku süresinin 7-9 saat arasında değiştiği ve uyku önerilerini karşılamadığı raporlanmıştır (Garipey ve diğ., 2020). Araştırmalar adolesanların yeterli ve düzenli uyku alışkanlıklarının olmadığını ve yıllar geçtikçe olumsuz yönde ilerlediğini göstermektedir (CDC, 2020a; Keyes, Maslowsky, Hamilton ve Schulenberg, 2015; Knutson ve Lauderdale, 2009). Adolesanlarda çeşitli davranış kalıpları ve uyumadan önce yaptıkları rutinler uyku sürelerini ve kalitelerini etkilemektedir (Tekcan, Çalışkan ve Kocaöz, 2020).

Ulusal Uyku Vakfı uyku kalitesini artırmak için 10 yönerge yayınlamıştır. Bu doğrultuda adolesanlar için uyku önerileri şu şekilde sıralanabilir (National Sleep Foundation, 2020b):

- Her gün aynı saatte uyuyup uyanarak vücudun düzenli bir uyku programına alışması gerekmektedir.
- Rahatlatıcı bir uyku saati için kişisel rutinler (müzik dinlemek, kitap okumak v.b.) oluşturulmalıdır.
- Uyku eyleminin gerçekleştirileceği ortamın sıcaklığı normal sınırlarda tutulmalıdır.
- Uykuyu engelleyecek gürültü, ışık gibi dış faktörler ortadan kaldırılmalıdır.
- Ortamın tamamen karanlık olması gerekmektedir.
- Bedenin rahatlaması için rahat yastık ve yorgana sahip olunmalıdır.
- Uykuya dalmadan 2-3 saat önce yeme içme eylemi kısıtlanmalıdır.

- Yapılan düzenli egzersizler uyku kalitesini artırmak ve iyileştirmek için faydalıdır.
- Öğleden sonra tüketilen kafeinli ve uyarıcı ürünlerin miktarı azaltılmalıdır.

2.6.2 Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı

Küresel nüfusun yarısından fazlası internet kullanmaktadır (Statistica, 2021). Türk toplumunda da internet kullanım oranları her geçen yıl artış göstermektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020). Teknolojinin gelişimi insanların her an ihtiyaç duyabilecekleri bir alan olan sağlık hizmetlerinin teknoloji alanında kullanımını da etkilemiştir (European Union, 2014). İnternet sağlıkla ilgili bilgilerin elde edilmesi için önemli bir kaynaktır. İnsanlar sağlık sorunlarının çözümü için teknolojiden giderek daha fazla yararlanmaktadır (Mahajan ve diğ., 2021). İnternetin yaygınlaşması daha önce insanların sağlık profesyonelleri aracılığıyla ulaştıkları bilgilere çok kısa bir zaman diliminde ulaşmalarını sağlamaktadır. Aynı zamanda insanların kendi sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve sağlık bakımlarına daha fazla katılmalarını olanaklı kılmıştır (Athanasopoulou ve diğ., 2017; Valizadeh-Haghi ve Rahmatizadeh, 2018).

İnternet, adolesanlar tarafından daha yaygın olarak kullanılmaktadır (Dunahee ve Lebo, 2016; ITU, 2017; Pew Research Center, 2015, 2018). Adolesanlarda yetişkinler gibi sağlıkla ilgili bilgilere erişim için interneti kullanmaktadırlar (Frey, Fagnano, Mammen ve Halterman, 2020). Gençlerin birçoğu da yaşamları boyunca sağlık bilgilerine internetten çevrimiçi ulaşmaktadır (Waretella, Rideout, Montague, Beaudoin-Ryan ve Lauricella, 2016; WHO, 2020f).

Adolesanların yarısından fazlası ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine ulaşmak için bir hekime danışmak yerine öncelikle interneti kullanmaktadır (Gazibara, Cakic, Cakic, Grgurevic, Pekmezovic, 2020a). Adolesanların yarısına yakını ise bir hekime görüşükten sonrada internetten tekrar sağlık bilgisi aradığını belirtilmiştir (Gazibara, Cakic, Cakic, Grgurevic, Pekmezovic, 2020b).

Elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerine ulaşmak değerlidir fakat bu durum sağlık bilgisine ulaşmayı hedefleyen grubun; sağlık kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmasından, sağlık sorunundan, eğitim durumundan, bilgi arama motivasyonundan ve kullandığı teknolojiden etkilenmektedir. Bu faktörlerde meydana gelecek aksaklıklar istenilen amaca ulaşamamasına neden olmaktadır. Elektronik

kaynakların sağlık alanında etkin bir Őekilde kullanımı ancak e-sağlık okuryazarlığını anlamak ve uygulamaktan geŐmektedir (Helsper ve Eynon, 2010; Norman ve Skinner, 2006b; Scolari, 2019). AraŐtırmalarda adolesanların e-sağlık okuryazarlığı dűzeyi yűksek bulunmuŐtur (Gazibara ve diđ., 2020a; Turan ve diđ., 2020).

2.6.3 Adolesanlarda seŐilmiŐ sağlık davranışları ve e-sağlık okuryazarlığı

Adolesan dűnem yetiŐkin sađlıđının temellerinin atıldıđı bir dűnemdur. Adolesan dűnemdeki sađlık alıŐkanlıkları yetiŐkinlik yaŐamını gűclű bir Őekilde etkilediđinden tűm nűfusun sađlıđı iŐin űnemlidir (Viner ve diđ., 2012). Tűtűn ve alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sađlıksız beslenme gibi birŐok riskli davranıŐ bu dűnemde oluŐmaya baŐlar, alıŐkanlık haline getirilir, zindeliđi azaltır ve yaŐamın ilerleyen dűnemlerinde birŐok kronik hastalıđın oluŐumuna zemin hazırlar (Saydah, Bullard, Imperatore, Geiss ve Gregg, 2013; WHO, 2018c).

Bireysel faktűrler ve e-sağlık okuryazarlığı genŐlerin sağlık davranıŐlarını etkilemektedir (Britt ve diđ., 2017; Farsi ve diđ., 2020; Hsu ve diđ., 2014). e-Sağlık okuryazarlığı yűksek olan genŐler daha olumlu sağlık davranıŐları sergilemektedir (Hsu ve diđ., 2014; Yang, ve diđ., 2017). Sağlık durumunu daha iyi algılayan ve sağlığı iŐin daha fazla endiŐe duyan genŐler, sağlığına daha fazla űnem vererek sağlığını olumlu etkileyecek davranıŐlara daha istekli olmaktadır. e-Sağlık okuryazarlığı dűŐuk olan genŐlerin sağlıksız davranıŐlara sahip olduğu gűrűlmektedir (Tsukahara ve diđ., 2020).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı ve kesitsel türdedir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2019-Şubat 2021 tarihleri arasında Çorum il merkezinde yapılmıştır. Türkiye'nin Orta Karadeniz bölgesinin iç kısmında yer alan, Hitit arkeolojisi ile öne çıkan Çorum ilinin 2019 yılı nüfusu 530,864'tür (TÜİK, 2020a). İlin yüzölçümü ise 12,820 km²'dir (T. C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2021). İl doğusunda Amasya, güneyinde Yozgat, batısında Çankırı, kuzeyinde Sinop, kuzeybatısında Kastamonu, kuzeydoğusunda Samsun, güneybatısında Kırıkkale ile sınırdır (T. C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2021).

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1 Araştırmanın evreni

İl merkezinde bulunan liselere ve bu liselerde öğrenim gören öğrenci sayısına ilişkin liste İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden temin edilmiştir. Çorum il merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı lise düzeyinde eğitim veren Ortaöğretim Kurumları (Fen ve Anadolu Liseleri), Mesleki ve Teknik Eğitim Kurumları (Mesleki ve Teknik Anadolu Liseleri), Din Öğretim Kurumları (Anadolu İmam Hatip Liseleri) olmak üzere toplam 29 devlet okulu bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini Çorum il merkezindeki 29 devlet okulunun lise kademesinde öğrenim gören son sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=2988).

3.3.2 Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örnekleme adolesan yaş grubu aralığındaki (10-19 yaş arası), Türkçe konuşabilen lise son sınıf öğrencileri dahil edilmiştir (WHO, 2021a). Evreni bilinen araştırmalarda kullanılan örnekleme formülü ile minimum örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır.

$$n = N.t^2.p.q / d^2(N-1) + t^2.p.q$$

Ülkemizde e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin %50 olduğu bilgisinden hareketle minimum örneklem büyüklüğü 340 olarak belirlenmiştir (Şengül, Çınar, Çapar, Bulut, Çakmak, 2017). Minimum örneklem büyüklüğünün en az iki katına ulaşılması hedeflenmiştir (n=680). Çalışma 1349 lise son sınıf öğrencisinin katılımı ile tamamlanmıştır.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1 Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.4.2 Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, seçilmiş sağlık davranışları, internet kullanımı ile ilgili özellikleri, mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumu bağımsız değişkenleridir.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda hazırlanan bir anket formu aracılığı ile toplanmıştır (Coşkun ve Bebiş, 2015; Dashti ve diğ., 2017; Hsu ve diğ., 2014; James ve Harville, 2016; Neter ve Brainin, 2012; Zrubka ve diğ., 2019) (EK-4). Anket formunun ilk aşamasında öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, okul türü, ebeveynlerin eğitim ve gelir durumu, yaşanılan yer, ailede sağlık çalışanı varlığı, sağlık algısı, boyları, kiloları, kronik hastalık öyküleri) sorgulanmıştır. Bir sonraki aşamada öğrencilerin seçilmiş sağlık davranışları (sağlık kontrolü yaptırma sıklıkları, son bir yılda kan basıncı, kan glukozu, kan kolesterolü ölçtürme ve vücut ağırlıklarını ölçme durumları, öncelikle yararlandıkları sağlık kurumları, günlük tüketilen öğün sayıları, öğün atlama durumları, meyve sebze ve fast-food tüketim sıklıkları, sigara içme durumları, egzersiz yapma durumları ve günlük uyku süreleri) internet ve mobil aplikasyon kullanımı ile ilgili özellikleri ve e-nabız uygulamasına ilişkin bilgileri sorgulanmıştır.

Öğrencilerin seçilmiş sağlık davranışları, boyları ve kiloları kendi beyanları doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin BKİ'leri kendi beyanları doğrultusunda verdikleri boy ve kilo bilgisine göre hesaplanmıştır. Gençler için BKİ'nin değerlendirilmesinde yaş ve cinsiyete özgü BKİ persentil tablo ve eğrileri kullanılmıştır. Değerlendirmelerde BKİ 5. persentilin altı ise zayıf, 5. ve 84. persentil arasında normal kilo, 85. ve 94. persentil arasında ise fazla kilolu ve 95. persentil ve üzerinde ise obezite olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2020b).

Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma sıklıklarının belirlenmesi, WHO'nun adolesan beslenmesine yönelik yayınladığı raporunda adolesanlar için günlük önerilen fiziksel aktiviteye göre belirlenmiştir. Her gün en az 60 dakika orta-şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yaptığını belirten adolesanların düzenli egzersiz yaptığı kabul edilirken bu kriterin dışında kalan adolesanlar ise düzensiz egzersiz yapıyor olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2020b).

Anket formunun son aşamasında ise öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla "e-sağlık okuryazarlığı ölçeği" kullanılmıştır.

3.5.1 e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği (eHEALS)

Ölçek, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilmiştir. e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği, sağlık kullanıcılarının elektronik sağlık bilgilerini kullanarak sağlık sorunlarına çözüm bulma durumlarını, buldukları bilgileri değerlendirmede ve uygulamadaki rahatlıklarını ölçmek için geliştirilen 8 maddelik bir ölçektir (Norman ve Skinner, 2006a).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından yapılmıştır (Coşkun ve Bebiş, 2015). Ölçeğin kullanımı için yazarlardan gerekli izinler alınmıştır (EK-5,6).

Ölçek maddelerinin cevapları '1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım 4. Katılıyorum ve 5. Kesinlikle katılıyorum' arasında değişen 5'li likert tipi ölçeklendirme ile oluşturulmuştur. Ölçekten en az 8 puan alınırken en fazla 40 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyi de artış göstermektedir (Norman ve Skinner, 2006a). Literatürde yapılan benzer çalışmalarda ölçeğin iki farklı kesim noktası (24 ve 26) belirlenmiştir (Mitsutake, Shibata, Ishii ve Oka, 2016; Richtering ve diğ., 2017; Tsukahara ve diğ., 2020). Bu çalışmada ölçeğin kesim noktası 26 olarak alınmıştır: 8-26 puan arası düşük, 26-40 puan arası yüksek e-sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmiştir.

Norman ve Skinner'ın gerçekleştirdiği çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Norman ve Skinner, 2006a). Coşkun ve Bebiş çalışmalarında cronbach alfa katsayısını 0,780 bulmuşlardır (Coşkun ve Bebiş, 2015). Bu çalışmada ise ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

3.6 Verilerin Toplanması

Çalışmanın verilerinin toplanmasında grup anketi yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın başlatılabilmesi için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onam alınmıştır (Kabul No: 2019-212) (EK-1,3). Etik kurul onayını takiben İl Milli Eğitim Müdürlüğü ile görüşülerek yazılı izin alınmıştır (EK-2). Yazılı izinler doğrultusunda okul yöneticilerinin onayı ile belirlenen günlerde liselere haftalık ziyaretler planlanmıştır. Belirlenen ziyaret günleri öncesinde okul yöneticileri ile tekrar görüşmeler yapılmış ve sınıflarda öğrencilere grup şeklinde ulaşılma yolu seçilmiştir. Araştırma sınıflarda öğrencilere anket formunun dağıtılması ve öğrenciler tarafından formların doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından geri toplanması şeklinde tamamlanmıştır. Anket formlarının yanıtlanma süresi ortalama 15 dakikadır. Çalışma sırasında ulaşılamayan öğrenciler için her lise en az üç kez ziyaret edilmiştir.

3.7 İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi SPSS 21.0 programı aracılığıyla yüzdeler, ortalama, ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirilmelerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.1’de verilmiştir.

Çizelge 4.1: Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri.

| Özellikler (n=1349) | Sayı | % |
|---|------|------|
| Yaş grupları (X±SD=17,4±0,6 yıl) | | |
| ≤17 | 865 | 64,1 |
| ≥18 | 484 | 35,9 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 601 | 44,6 |
| Kadın | 748 | 55,4 |
| Okul türü | | |
| Fen/Anadolu lisesi | 644 | 47,7 |
| Meslek lisesi | 308 | 22,8 |
| İmam hatip lisesi | 397 | 29,5 |
| Anne eğitimi | | |
| İlkokul ve altı | 720 | 53,4 |
| Ortaokul | 323 | 23,9 |
| Lise ve üzeri | 306 | 22,7 |
| Baba eğitimi | | |
| İlkokul ve altı | 493 | 36,5 |
| Ortaokul | 290 | 21,5 |
| Lise ve üzeri | 566 | 42,0 |
| Yaşanılan yer | | |
| Kentsel alan | 1112 | 82,4 |
| Kırsal alan | 237 | 17,6 |
| Ekonomik durum algısı | | |
| İyi | 446 | 33,0 |
| Orta | 829 | 61,5 |
| Kötü | 74 | 5,5 |
| Kronik hastalık öyküsü | | |
| Var | 181 | 13,4 |
| Yok | 1168 | 86,6 |
| Ailede kronik hastalık öyküsü | | |
| Var | 370 | 27,4 |
| Yok | 979 | 72,6 |
| Ailede sağlık çalışanı | | |
| Var | 157 | 11,6 |
| Yok | 1192 | 88,4 |
| Sağlık durum algısı | | |
| İyi | 957 | 70,9 |
| Orta/Kötü | 392 | 29,1 |
| Beden Kitle İndeksi (kg/m²) | | |
| Düşük kilolu | 227 | 16,8 |
| Normal | 953 | 70,6 |
| Fazla kilolu/Obez | 169 | 12,6 |

Araştırma grubunun %64,1'i 17 yaş ve altında olup katılımcıların yaş ortalamaları $17,4 \pm 0,6$ yıldır. Katılımcıların %55,4'ü kadın olup %47,7'si fen/anadolu lisesinde öğrenim görmektedir. Annesinin eğitimi durumu ilkokul ve altında olanların oranı %53,4 iken babasının eğitim durumu lise ve üzerinde olanların oranı %42,0'dır. Kentsel alanda yaşadığını belirtenlerin oranı %82,4'tür. Ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu beyan edenlerin oranı %61,5'tir. Katılımcıların %86,6'sı kendisinde, %72,6'sı ailesinde herhangi bir kronik hastalık olmadığını ifade etmiştir. Ailesinde sağlık çalışanı olmayanların oranı %88,4'tür. Genel sağlığı iyi olarak değerlendirilenlerin oranı %70,9'dur. Katılımcıların %70,6'sının BKİ'si normaldir.

Araştırma grubunun seçilmiş sağlık davranışları Çizelge 4.2'de gösterilmiştir.



Çizelge 4.2: Araştırma grubunun seçilmiş sağlık davranışları.

| Seçilmiş sağlık davranışları (n=1349) | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| Sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu | | |
| Yaptıranlar | 396 | 29,4 |
| Yaptırmayanlar | 953 | 70,6 |
| Son 1 yılda kan basıncını ölçtürme durumu | | |
| Ölçtürenler | 655 | 48,6 |
| Ölçtürmeyenler | 694 | 51,4 |
| Son 1 yılda kan glukozunu ölçtürme durumu | | |
| Ölçtürenler | 452 | 33,5 |
| Ölçtürmeyenler | 897 | 66,5 |
| Son 1 yılda kan kolesterolünü ölçtürme durumu | | |
| Ölçtürenler | 286 | 21,2 |
| Ölçtürmeyenler | 1063 | 78,8 |
| Son 1 yılda vücut ağırlığını ölçme durumu | | |
| Ölçenler | 1260 | 93,4 |
| Ölçmeyenler | 89 | 6,6 |
| Öncelikle yararlanan sağlık kurumu | | |
| Aile sağlığı merkezi | 577 | 42,8 |
| Devlet/Üniversite hastanesi | 707 | 52,4 |
| Özel hastane | 65 | 4,8 |
| Günlük öğün sayısı | | |
| <3 öğün | 563 | 41,7 |
| 3 öğün | 595 | 44,1 |
| >3 öğün | 191 | 14,2 |
| Öğün atlama durumu | | |
| Atlayanlar | 563 | 41,7 |
| Atlamayanlar | 786 | 58,3 |
| Meyve ve sebze tüketim sıklığı | | |
| Düzenli | 641 | 47,5 |
| Ara sıra | 556 | 41,2 |
| Nadiren | 152 | 11,3 |
| Fast-food tüketim sıklığı | | |
| Her gün | 202 | 15,0 |
| Haftada 2-3 kez | 643 | 47,6 |
| Ayda 1-2 kez | 504 | 37,4 |
| Sigara içme durumu | | |
| Halen içiyor | 302 | 22,4 |
| İçip bırakmış | 157 | 11,6 |
| Hiç içmemiş | 890 | 66,0 |
| Egzersiz yapma durumu | | |
| Düzenli yapıyor | 254 | 18,8 |
| Düzensiz yapıyor | 1095 | 81,2 |
| Günlük uyku süresi | | |
| <7 saat | 447 | 33,1 |
| 7 saat | 445 | 33,0 |
| >7 saat | 457 | 33,9 |

*Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Çizelge 4.2’de görüldüğü üzere sağlık kontrollerini düzenli yaptıranların oranı %29,4’tür. Araştırma grubunda son bir yılda kan basıncını, kan glukozunu ve kan

kolesterolünü ölçtürdüğünü ifade edenlerin oranı sırasıyla %48,6, %33,5, %21,2'dir. Son bir yılda vücut ağırlığını ölçtüğünü belirtenlerin oranı %93,4'tür. Katılımcıların %52,4'ü sağlık hizmetlerinden öncelikli olarak devlet/üniversite hastanesinden yararlandığını belirtmiştir. Günlük üç ana öğün beslenenlerin oranı %44,1'dir. Herhangi bir öğünü atlayanların oranı %41,7'dir. Katılımcıların %47,5'i düzenli meyve ve sebze tükettiğini, %47,6'sı haftada 2-3 kez fast-food tükettiğini belirtmiştir. Halen sigara içtiğini ifade edenlerin oranı %22,4'tür. Düzenli egzersiz yapanların oranı %18,8'dir. Günlük uyku süresinin 7 saat üzerinde olduğunu beyan edenlerin oranı ise %33,9'dur.

Çizelge 4.3'te araştırma grubunun e-sağlığa ilişkin bazı uygulamaları verilmiştir.



Çizelge 4.3: Araştırma grubunun e-sağlığa ilişkin bazı uygulamaları.

| e-Sağlığa ilişkin uygulamalar (n=1349) | Sayı | % |
|---|-------------|----------|
| Günlük internette harcanılan süre | | |
| ≤1 saat | 387 | 28,7 |
| 1,5-3 saat | 603 | 44,7 |
| ≥3,5 saat | 359 | 26,6 |
| İnternete erişimde kullanılan araçlar | | |
| Cep telefonu | 1273 | 94,4 |
| Bilgisayar | 55 | 4,0 |
| Tablet | 21 | 1,6 |
| Son 1 haftada sağlıkla ilgili araştırma yapma durumu | | |
| Yapmış | 480 | 35,6 |
| Yapmamış | 869 | 64,4 |
| Araştırma yapılan konular (n=480) * | | |
| Hastalık | 279 | 58,0 |
| Beslenme | 220 | 45,8 |
| Sağlıklı yaşam | 178 | 37,1 |
| Tanı ve tedavi | 142 | 29,6 |
| Alternatif tıp | 65 | 13,5 |
| Sağlıkla ilgili konulara yönelik önem algısı | | |
| Aşırı önemli | 437 | 32,4 |
| Önemli | 817 | 60,6 |
| Önemsiz/aşırı önemsiz | 7 | 7,0 |
| Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kaynak kullanımı | | |
| Kullananlar | 1274 | 94,4 |
| Kullanmayanlar | 75 | 5,6 |
| Kullanılan kaynaklar (n=1274) * | | |
| Sağlıkla ilgili web siteleri | 810 | 63,5 |
| Mobil telefon | 783 | 61,5 |
| Sağlık personeli | 631 | 49,5 |
| Aile ve arkadaş | 587 | 46,1 |
| Sosyal medya | 483 | 37,9 |
| Radio ve TV | 207 | 16,2 |
| Gazete ve dergi | 119 | 9,3 |
| Cep telefonuna sağlıkla ilgili uygulama indirme durumu | | |
| İndirenler | 340 | 25,2 |
| İndirmeyenler | 1009 | 74,8 |
| e-Nabız uygulamasını duyma durumu | | |
| Duyanlar | 784 | 58,1 |
| Duymayanlar | 565 | 41,9 |
| e-Nabız uygulamasına üyelik durumu (n=784) | | |
| Üye olanlar | 86 | 11,0 |
| Üye olmayanlar | 698 | 89,0 |
| e-Nabız uygulamasına ilişkin önem algısı (n=86) | | |
| Çok önemli | 23 | 26,7 |
| Önemli | 39 | 45,3 |
| Kararsız/önemli değil | 24 | 28,0 |

*Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Öğrencilerin %44,7'si internette günlük 1,5-3 saat zaman harcamaktadır. İnternete erişimde kullanılan araçlar incelendiğinde ilk sırada %94,4 ile cep telefonu ve ikinci sırada %4,0 ile bilgisayar gelmektedir. Son bir haftada sağlıkla ilgili araştırma yapanların oranı %35,6 iken en fazla araştırılan ilk üç konu sırasıyla hastalık (%58,0), beslenme (%45,8) ve sağlıklı yaşam (%37,1)'dir. Sağlıkla ilgili konuların önemli olduğunu ifade edenlerin oranı %60,6'dır. Katılımcıların %94,4'ü sağlıkla ilgili bilgiye erişimde herhangi bir kaynak kullanmaktadır. Kullanılan kaynaklar arasında ilk sırada %63,5 ile sağlıkla ilgili web siteleri gelmektedir. En yaygın kullanılan ikinci kaynak %61,5 ile mobil telefon ve üçüncü kaynak ise %49,5 ile sağlık personelidir. Cep telefonuna sağlıkla ilgili aplikasyon indirdiğini ifade edenlerin oranı %25,2'dir. Katılımcıların %58,1'i e-nabız uygulamasını duyduğunu, e-nabız uygulamasını duyanlardan %11,0'ı e-nabız uygulamasına üye olduğunu ve bu uygulamaya üye olanlardan %45,3'ü e-nabız uygulamasının önemli bir uygulama olduğunu beyan etmişlerdir.

Araştırma grubunun e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyi Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Çizelge 4.4: Araştırma grubunun e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyi

| Ölçek | Min-max | X±SD |
|--------------------------------------|-------------|----------|
| e-sağlık okuryazarlığı | 8-40 | 25,9±5,7 |
| e-sağlık okuryazarlığı düzeyi | Sayı | % |
| Yüksek (26-40 puan) | 734 | 54,4 |
| Düşük (8-25 puan) | 615 | 45,6 |

Araştırma grubunun ölçeğin genelinden aldıkları puanların ortalaması 25,9±5,7'dir. Ölçekten alınan toplam puanlar incelendiğinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların oranı %54,4, düşük olanların oranı %45,6 olarak saptanmıştır.

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi Çizelge 4.5'te verilmiştir.

Çizelge 4.5: Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi.

| Özellikler | e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi | | | | Toplam (n=1349) | | χ ² | p |
|-------------------------------|-------------------------------|------|----------------|------|-----------------|------|----------------|--------------|
| | Düşük (n=615) | | Yüksek (n=734) | | Sayı | % | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | | | | |
| Yaş grupları | | | | | | | | |
| ≤17 | 396 | 64,4 | 469 | 63,9 | 865 | 64,1 | 0,035 | 0,851 |
| ≥18 | 219 | 35,6 | 265 | 36,1 | 484 | 35,9 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 271 | 44,1 | 330 | 45,0 | 601 | 44,6 | 0,108 | 0,742 |
| Kadın | 344 | 55,9 | 404 | 55,0 | 748 | 55,4 | | |
| Okul türü | | | | | | | | |
| Fen/Anadolu lisesi | 269 | 43,7 | 375 | 51,1 | 644 | 47,7 | 11,907 | 0,003 |
| Meslek lisesi | 137 | 22,3 | 171 | 23,3 | 308 | 22,8 | | |
| İmam hatip lisesi | 209 | 34,0 | 188 | 25,6 | 397 | 29,5 | | |
| Anne eğitimi | | | | | | | | |
| İlkokul ve altı | 342 | 55,6 | 378 | 51,5 | 720 | 53,4 | 4,742 | 0,093 |
| Ortaokul | 150 | 24,4 | 173 | 23,6 | 323 | 23,9 | | |
| Lise ve üzeri | 123 | 20,0 | 183 | 24,9 | 306 | 22,7 | | |
| Baba eğitimi | | | | | | | | |
| İlkokul ve altı | 245 | 39,8 | 248 | 33,8 | 493 | 36,5 | 7,666 | 0,022 |
| Ortaokul | 136 | 22,1 | 154 | 21,0 | 290 | 21,5 | | |
| Lise ve üzeri | 234 | 38,1 | 332 | 45,2 | 566 | 42,0 | | |
| Yaşanılan yer | | | | | | | | |
| Kentsel alan | 499 | 81,1 | 613 | 83,5 | 1112 | 82,4 | 1,305 | 0,253 |
| Kırsal alan | 116 | 18,9 | 121 | 16,5 | 237 | 17,6 | | |
| Ekonomik durum algısı | | | | | | | | |
| İyi | 192 | 31,2 | 254 | 34,6 | 446 | 33,0 | 2,848 | 0,241 |
| Orta | 384 | 62,4 | 445 | 60,6 | 829 | 61,5 | | |
| Kötü | 39 | 6,4 | 35 | 4,8 | 74 | 5,5 | | |
| Kronik hastalık | | | | | | | | |
| Var | 79 | 12,8 | 102 | 13,9 | 181 | 13,4 | 0,318 | 0,573 |
| Yok | 536 | 87,2 | 632 | 86,1 | 1168 | 86,6 | | |
| Ailede kronik hastalık | | | | | | | | |
| Var | 164 | 26,7 | 206 | 28,1 | 370 | 27,4 | 0,329 | 0,566 |
| Yok | 451 | 73,3 | 528 | 71,9 | 979 | 72,6 | | |
| Ailede sağlık çalışanı | | | | | | | | |
| Var | 67 | 10,9 | 90 | 12,3 | 157 | 11,6 | 0,608 | 0,435 |
| Yok | 548 | 89,1 | 644 | 87,7 | 1192 | 88,4 | | |
| Sağlık durum algısı | | | | | | | | |
| İyi | 405 | 65,9 | 552 | 75,2 | 957 | 70,9 | 14,193 | 0,000 |
| Orta/Kötü | 210 | 34,1 | 182 | 24,8 | 392 | 29,1 | | |
| Beden Kitle İndeksi | | | | | | | | |
| Düşük kilolu | 100 | 16,3 | 127 | 17,3 | 227 | 16,8 | 0,317 | 0,853 |
| Normal | 436 | 70,9 | 517 | 70,4 | 953 | 70,6 | | |
| Fazla kilolu/Obez | 79 | 12,8 | 90 | 12,3 | 169 | 12,6 | | |

Çizelge 4.5'te görüldüğü üzere katılımcıların %47,7'si fen/Anadolu lisesinde öğrenim görmektedir. Yüksek e-sağlık okuryazarlığı fen/Anadolu lisesinde öğrenim gören grupta %51,1 iken meslek lisesi öğrencilerinde %23,3, imam hatip lisesi öğrencilerinde %25,6'dır. Fen/Anadolu lisesi öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$).

Babanın eğitim düzeyine göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Babasının eğitim düzeyi lise ve üzerinde olanların %45,2'sinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p<0,05$).

Katılımcıların %70,9'unda sağlık durum algısı iyi düzeydedir. Yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı iyi sağlık algısına sahip olanlarda %75,2'dir. Sağlık durum algısı açısından e-sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$).

e-Sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı 17 yaş ve altındaki grupta %63,9 iken 18 yaş ve üzeri grupta %36,1'dir. Yaş gruplarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kadın öğrencilerde e-sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı %55,0 iken erkek öğrencilerde %45,0'dır. Cinsiyete göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Annesinin eğitim durumu açısından e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kentsel alanda yaşayanlarda yüksek e-sağlık okuryazarlığı oranı %83,5 olup yaşanılan yere göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Ekonomik duruma göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı ölçüde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kendisinde ve ailesinde kronik hastalığı olmayan öğrencilerin sırasıyla %86,1'i ve %71,9'u yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kronik hastalık varlığı açısından e-sağlık okuryazarlığı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Ailesinde sağlık çalışanı olmayanların %89,1'i düşük e-sağlık okuryazarlığına sahiptir. Ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre e-sağlık okuryazarlığı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

e-Sağlık okuryazarlığı yüksek düzeyde olanların oranı normal BKİ'ye sahip olanlarda %70,4 iken, düşük kilolularda %17,3 ve fazla kilolu/obezlerde %12,3'tür. Beden kitle indeksi açısından e-sağlık okuryazarlığı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.6'da araştırma grubunun seçilmiş sağlık davranışlarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri verilmiştir.



Çizelge 4.6: Araştırma grubunun seçilmiş sağlık davranışlarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri.

| Seçilmiş sağlık davranışları | e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi | | | | Toplam (n=1349) | | χ ² | p |
|--|-------------------------------|------|----------------|------|-----------------|------|----------------|--------------|
| | Düşük (n=615) | | Yüksek (n=734) | | Sayı | % | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | | | | |
| Sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu | | | | | | | | |
| Yaptıranlar | 152 | 24,7 | 244 | 33,2 | 396 | 29,4 | 11,733 | 0,001 |
| Yaptırmayanlar | 463 | 75,3 | 490 | 66,8 | 953 | 70,6 | | |
| Son 1 yılda kan basıncını ölçtürme durumu | | | | | | | | |
| Ölçtürenler | 255 | 41,5 | 400 | 54,5 | 655 | 48,6 | 22,753 | 0,000 |
| Ölçtürmeyenler | 360 | 58,5 | 334 | 45,5 | 694 | 51,4 | | |
| Son 1 yılda kan glukozunu ölçtürme durumu | | | | | | | | |
| Ölçtürenler | 191 | 31,1 | 261 | 35,6 | 452 | 33,5 | 3,044 | 0,081 |
| Ölçtürmeyenler | 424 | 68,9 | 473 | 64,4 | 897 | 66,5 | | |
| Son 1 yılda kan kolesterolünü ölçtürme durumu | | | | | | | | |
| Ölçtürenler | 115 | 18,7 | 171 | 23,3 | 286 | 21,2 | 4,234 | 0,040 |
| Ölçtürmeyenler | 500 | 81,3 | 563 | 76,7 | 1063 | 78,8 | | |
| Son 1 yılda vücut ağırlığını ölçme durumu | | | | | | | | |
| Ölçenler | 554 | 90,1 | 706 | 96,2 | 1260 | 93,4 | 20,232 | 0,000 |
| Ölçmeyenler | 61 | 9,9 | 28 | 3,8 | 89 | 6,6 | | |
| Öncelikle yararlanılan sağlık kurumu | | | | | | | | |
| Aile sağlığı merkezi | 262 | 42,6 | 315 | 42,9 | 577 | 42,8 | 1,900 | 0,387 |
| Devlet/Üniversite hastanesi | 318 | 51,7 | 389 | 53,0 | 707 | 52,4 | | |
| Özel hastane | 35 | 5,7 | 30 | 4,1 | 65 | 4,8 | | |
| Öğün atlama durumu | | | | | | | | |
| Atlayanlar | 267 | 43,4 | 296 | 40,3 | 563 | 41,7 | 1,312 | 0,252 |
| Atlamayanlar | 348 | 56,6 | 438 | 59,7 | 786 | 58,3 | | |
| Meyve ve sebze tüketim sıklığı | | | | | | | | |
| Düzenli | 276 | 44,9 | 66 | 9,0 | 641 | 47,5 | 9,058 | 0,011 |
| Ara sıra | 253 | 41,1 | 303 | 41,3 | 556 | 41,2 | | |
| Nadiren | 86 | 14,0 | 365 | 49,7 | 152 | 11,3 | | |
| Fast-food tüketim sıklığı | | | | | | | | |
| Her gün | 114 | 18,5 | 88 | 12,0 | 202 | 15,0 | 14,007 | 0,001 |
| Haftada 2-3 kez | 267 | 43,4 | 376 | 51,2 | 643 | 47,6 | | |
| Ayda 1-2 kez | 234 | 38,1 | 270 | 36,8 | 504 | 37,4 | | |
| Sigara içme durumu | | | | | | | | |
| Halen içiyor | 149 | 24,2 | 153 | 20,8 | 302 | 22,4 | 2,311 | 0,315 |
| İçip bırakmış | 68 | 11,1 | 89 | 12,1 | 157 | 11,6 | | |
| Hiç içmemiş | 398 | 64,7 | 492 | 67,1 | 890 | 66,0 | | |
| Egzersiz yapma durumu | | | | | | | | |
| Düzenli yapıyor | 108 | 17,6 | 146 | 19,9 | 254 | 18,8 | 12,380 | 0,002 |
| Düzensiz yapıyor | 507 | 82,4 | 588 | 80,1 | 1095 | 81,2 | | |
| Günlük uyku süresi | | | | | | | | |
| <7 saat | 194 | 31,5 | 253 | 34,5 | 447 | 33,1 | 1,300 | 0,522 |
| 7 saat | 207 | 33,7 | 238 | 32,4 | 445 | 33,0 | | |
| >7 saat | 214 | 34,8 | 243 | 33,1 | 457 | 33,9 | | |

Araştırma grubunda düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanların oranı %70,6'dır. Bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı oranı %75,3 olup bu oran düzenli sağlık kontrolü yaptıranlara göre anlamlı ölçüde yüksektir (p<0,01).

Katılımcıların %48,6'sı son bir yılda kan basıncını ölçtüğünü ifade etmiştir. Bu grupta e-sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı %54,5 olup anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,001$).

Son bir yılda kan kolesterolünü ölçtirmeyenlerin oranı %78,8'dir. Bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı oranı %81,3 olup kan kolesterolünü ölçtürenlere göre anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$).

Katılımcıların %93,4'ü son bir yılda vücut ağırlığını ölçmüştür ve bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı oranı %96,2 olup ölçtirmeyenlere göre anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,001$).

Araştırma grubunda yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olanların %49,7'si düzenli meyve ve sebze tüketmektedir. Meyve ve sebze tüketimi açısından e-sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Fast-food tüketim sıklığı haftada 2-3 kez olanların oranı %47,6 olup bu grupta e-sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı %51,2'dir. Fast-food tüketim sıklığı açısından e-sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,01$).

Katılımcıların %81,2'si düzensiz egzersiz yaptığını belirtmiştir. Bu grupta e-sağlık okuryazarlığı düşük olanların oranı %82,4'tür. Egzersiz yapma durumu açısından katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Araştırma grubunun %66,5'i son bir yılda kan glukozunu ölçtirmemiştir. Kan glukozunu ölçtirmeyenler arasında düşük e-sağlık okuryazarlığı oranı %68,9'dur. Ancak son bir yılda kan glukozunu ölçtirme durumu açısından e-sağlık okuryazarlığı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Sağlık hizmetlerinde yararlanmada öncelikle devlet/üniversite hastanesi tercih edenlerde e-sağlık okuryazarlığı daha yüksek olmakla birlikte anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Yüksek e-sağlık okuryazarlığı oranı öğün atlamayan öğrencilerde %59,7 oranıyla daha yüksektir. Öğün atlama açısından e-sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

e-Sağlık okuryazarlığı yüksek düzeyde olanların oranı hiç sigara içmeyenlerde %67,1 iken halen içenlerde %20,8, içip bırakanlarda %12,1'dir. Sigara kullanımı açısından e-sağlık okuryazarlığı anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Uyku süresi 7 saatten az olan katılımcıların yüksek e-sağlık okuryazarlığı oranı %34,5'tir. Günlük uyku süresi açısından e-sağlık okuryazarlığı istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Araştırma grubunun e-sağlığa ilişkin bazı uygulamalarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri Çizelge 4.7'de gösterilmiştir.



Çizelge 4.7: Araştırma grubunun e-sağlığa ilişkin bazı uygulamalarına göre e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri.

| e-Sağlığa ilişkin uygulamalar | e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi | | | | Toplam (n=1349) | | χ ² | p |
|---|-------------------------------|------|----------------|------|-----------------|------|----------------|--------------|
| | Düşük (n=615) | | Yüksek (n=734) | | Sayı | % | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | | | | |
| Günlük internette harcanılan süre | | | | | | | | |
| ≤1 saat | 179 | 29,1 | 208 | 28,3 | 387 | 28,7 | 2,804 | 0,246 |
| 1,5-3 saat | 261 | 42,4 | 342 | 46,6 | 603 | 44,7 | | |
| ≥3,5 saat | 175 | 28,5 | 184 | 25,1 | 359 | 26,6 | | |
| İnternete erişimde kullanılan araçlar | | | | | | | | |
| Cep telefonu | 579 | 94,1 | 694 | 94,6 | 1273 | 94,4 | 0,104 | 0,950 |
| Bilgisayar | 26 | 4,2 | 29 | 4,0 | 55 | 4,0 | | |
| Tablet | 10 | 1,7 | 11 | 1,4 | 21 | 1,6 | | |
| Son 1 haftada sağlıkla ilgili araştırma yapma durumu | | | | | | | | |
| Yapmış | 175 | 28,5 | 305 | 41,6 | 480 | 35,6 | 25,045 | 0,000 |
| Yapmamış | 440 | 71,5 | 429 | 58,4 | 869 | 64,4 | | |
| Sağlıkla ilgili konulara yönelik önem algısı | | | | | | | | |
| Aşırı önemli | 175 | 28,5 | 262 | 35,7 | 437 | 32,4 | 12,904 | 0,002 |
| Önemli | 384 | 62,4 | 433 | 59,0 | 817 | 60,6 | | |
| Önemsiz/aşırı önemsiz | 56 | 9,1 | 39 | 5,3 | 95 | 7,0 | | |
| Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kaynak kullanımı | | | | | | | | |
| Kullananlar | 567 | 92,2 | 707 | 96,3 | 1274 | 94,4 | 10,852 | 0,001 |
| Kullanmayanlar | 48 | 7,8 | 27 | 3,7 | 75 | 5,6 | | |
| Cep telefonuna sağlıkla ilgili uygulama indirme durumu | | | | | | | | |
| İndirenler | 126 | 20,5 | 214 | 29,2 | 340 | 25,2 | 13,335 | 0,000 |
| İndirmeyenler | 489 | 79,5 | 520 | 70,8 | 1009 | 74,8 | | |
| e-Nabız uygulamasını duyma durumu | | | | | | | | |
| Duyanlar | 329 | 53,5 | 455 | 62,0 | 784 | 58,1 | 9,916 | 0,002 |
| Duymayanlar | 286 | 46,5 | 279 | 38,0 | 565 | 41,9 | | |
| e-Nabız uygulamasına üyelik durumu (n=784) | | | | | | | | |
| Üye olanlar | 29 | 8,8 | 57 | 12,5 | 86 | 11,0 | 2,695 | 0,101 |
| Üye olmayanlar | 300 | 91,2 | 398 | 87,5 | 698 | 89,0 | | |
| e-Nabız uygulamasına ilişkin önem algısı (n=86) | | | | | | | | |
| Çok önemli | 6 | 20,7 | 17 | 29,8 | 23 | 26,7 | 1,280 | 0,527 |
| Önemli | 13 | 44,8 | 26 | 45,6 | 39 | 45,3 | | |
| Kararsız/önemli değil | 10 | 34,5 | 14 | 24,6 | 24 | 28,0 | | |

Son bir haftada sağlıkla ilgili araştırma yapmadığını belirtenlerin oranı %64,4'tür. Bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı %71,5 olup son bir haftada sağlıkla ilgili araştırma yapanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Araştırma grubunun %60,6'sı sağlıkla ilgili konuları önemli bulmaktadır. Bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı oranı %59,0 olup anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$).

Yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kaynak kullananlar arasında %96,3'tür. Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kaynak kullanımı açısından e-sağlık okuryazarlığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,01$).

Katılımcıların %74,8'i cep telefonuna herhangi bir sağlık uygulamasını indirmemiştir ve bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı oranı %79,5 olup anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

e-Sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı e-nabız uygulamasını duyanlarda %62,0 iken duymayanlarda %38,0'dır. e-Nabız uygulamasını duyanlarda e-sağlık okuryazarlığı anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$).

e-Sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı günlük internette 1,5-3 saat zaman harcayanlarda %46,6'dır. Günlük internette harcanan zaman açısından e-sağlık okuryazarlığı istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Cep telefonu aracılığıyla internete erişenler arasında e-sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı %94,6'dır. İnternete erişim için kullanılan araçlar e-sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p>0,05$).

e-Sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olanların oranı e-nabız uygulamasına üye olmayanlar arasında %91,2 iken bu oran üye olanlarda %8,8'dir. e-Nabız uygulamasına üyelik bakımından e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

e-Sağlık okuryazarlığı yüksek düzeyde olanların oranı e-nabız uygulamasını önemli bulan katılımcılarda %45,6 iken kararsız ve önemli bulmayanlarda %24,6'dır. e-Nabız uygulamasına ilişkin önem algısı açısından e-sağlık okuryazarlığı anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Lise son sınıf öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ve seçilmiş sağlık davranışlarının incelendiği bu çalışmada ölçeğin genelinden alınan puanların ortalaması $25,9 \pm 5,7$ olup katılımcıların yarısından fazlasında e-sağlık okuryazarlığı yüksek düzeyde bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlardan farklı olarak yurt dışında yapılan çalışmalarda adolesan yaş grubunda e-sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kore kökenli Amerikan adolesanların ölçeğin genelinden aldıkları puanların ortalaması 29,5, İngiliz adolesanların 29,4, İspanyol adolesanların 28,5, Tayvanlı adolesanların 28,4 ve İranlı adolesanların 28,2 olarak bulunmuştur (Dashti ve diğ., 2017; Hernández-Rabanal ve diğ., 2018; Holch ve Marwood, 2020; Koo ve diğ., 2012; Park ve diğ., 2017). Hintli adolesanlar 19,5 puan ortalaması ile en düşük e-sağlık okuryazarlığına sahiptir (Masilamani, Sriram ve Rozario, 2020). Türkiye’de yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar ise bu çalışmalar ile paralellik göstermiştir. Adolesanların ölçeğin genelinden aldıkları puanların ortalaması Ankara ilinde 26,8, Balıkesir ilinde 25,9 olarak raporlanmıştır (Coşkun ve Bebiş, 2015; Ergün ve diğ., 2019).

Bu çalışmadan elde edilen yüksek düzeydeki e-sağlık okuryazarlığı prevalansı (%54,4), Japonya’da adolesan yaş grubunun da dahil edildiği bir çalışmada gösterilen %52 oranındaki yüksek düzeydeki e-sağlık okuryazarlığı oranı ile uyumludur (Tsukahara ve diğ., 2020). Adolesanların e-sağlık okuryazarlığı puanlarının ülkelere göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durum örneklem gruplarının farklılığından, toplumların sosyokültürel örüntüsünden, dijital teknolojiyi kullanma eğilimlerinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada eğitim görülen okul türü açısından e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklılaştığı görülmüştür. Fen/Anadolu lisesi öğrencilerinin daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5). Japonya’da yapılan bir çalışmada gençlerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim alınan alanlara göre değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (Tsukahara ve diğ., 2020). Bu çalışmada da

öğrencilerin eğitim aldıkları alanların e-sağlık okuryazarlığı açısından önemli olduğu görülmektedir. Farklı dallarda alınan eğitimler adolesanların e-sağlık okuryazarlığına olan eğilimlerini ve tercihlerini etkileyebilir.

Ebeveynlerinin eğitim düzeyinin adolesanların sağlıkla ilgili göstergelerinden özellikle e-sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu, yüksek ebeveyn eğitiminin daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirildiği gösterilmiştir (Huppertz ve diğ., 2017; Knapp, Madden, Wang, Sloyer ve Shenkman, 2011). Nitekim bu çalışmada da babalarının eğitim düzeyi yüksek olan adolesanların daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmektedir (Çizelge 4.5). Benzer bir şekilde Ergün ve diğerlerinin yaptığı çalışmada da adolesanlarda yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yüksek düzeydeki baba eğitimi ile ilişkilendirilmiştir (Ergün ve diğ., 2019). Babaların eğitim düzeyinin yüksekliği adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığının gelişimi açısından bir fırsat olabilir. Böyle bir sonuç Türk toplumunun aile yapısı ve ebeveynlerin sosyal statüsü ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada katılımcıların sağlık algısı iyileştikçe e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseldiği bulunmuştur (Çizelge 4.5). Literatürde bu çalışma ile uyumlu olarak e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğu gösterilen bir diğer faktör ise genel sağlık algısıdır. Bireylerin genel sağlık algısı yükseldikçe e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yeterli hale geldiği gösterilmiştir (Dashti ve diğ., 2017; James ve Harville, 2016; Park, Cormier, Gordon ve Beag, 2016; Shiferaw, Tilahun, Endehabtu, Gullslett ve Mengiste, 2020; Zrubka ve diğ., 2019). Olumlu sağlık algısı sağlıkla ilgili koruyucu önlemlerin erken dönemde alınması ve bu doğrultuda bilgiye erişim açısından e-sağlık okuryazarlığını geliştirebilir.

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda istekli olması ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırması öz sorumlulukları arasındadır. Ancak bu çalışmada adolesanların sadece üçte biri düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmıştır (Çizelge 4.6). Benzer şekilde, konuyla ilgili olarak Türkiye’de gençlerde yapılan bir çalışmada da kontrol amaçlı sağlık taramalarını yaptırma oranı %30 olarak saptanmıştır (Açıkgöz ve diğ., 2018). Adolesan dönemde düzenli sağlık kontrolü alışkanlığının edinilmemesi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma, e-sağlık uygulamalarını benimseme ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önceden tespit edilmesi açısından engel oluşturabilir. Nitekim bu çalışmada sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanlar arasında e-sağlık okuryazarlığı düzeyi oldukça düşüktür (Çizelge 4.6).

Gençler arasında koruyucu sağlık uygulamalarına yeterince katılmama oranı oldukça yüksektir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda gençler arasında kan basıncını ölçtürme oranı %12-77 arasında değiştiği her beş gençten dördünün tarama amaçlı kan tetkiki yaptırdığı gösterilmiştir (Açıkgöz ve diğ., 2018; Ayhan Başer, Aksoy ve Cankurtaran, 2020). Bu çalışmada her iki öğrenciden birinin son bir yılda kan basıncını ölçtürmediği, her beş öğrenciden dördünün son bir yılda kan kolesterolünü ölçtürmediği saptanmıştır. Böyle bir sonuç koruyucu sağlık uygulamalarını yaptırmayanlarda görülen yüksek orandaki düşük e-sağlık okuryazarlığı ile örtüşmektedir (Çizelge 4.6). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerine erişim bilincinin kazanılması ve erken tanı uygulamalarının başlatılması açısından bir fırsat olabilir.

Bu çalışmada diğer koruyucu sağlık uygulamalarına göre vücut ağırlığını takip etme oranı oldukça yüksektir. Adolesanların tamamına yakını son bir yılda vücut ağırlığını takip etmiştir ve vücut ağırlığını ölçtürenler arasında e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.6). Benzer şekilde vücut ağırlığını takip eden gençlerin oranı Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaklaşık %62 olup Amerika’da yapılan başka bir çalışmada ise bu oran yaklaşık %90’dır (Ayhan Başer ve diğ., 2020; Irwin ve diğ., 2009). Koruyucu sağlık uygulamaları arasında kan basıncını ve kan kolesterolünü ölçtürme sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilen ve girişimsel olan uygulamalardır. Buna karşın vücut ağırlığını ölçme herhangi bir girişim gerektirmeyen ve bireyin kendi kendine ölçüm yapabileceği bir uygulamadır. Bu çalışmada yüksek orandaki vücut ağırlığını takip etme durumu adolesan dönemdeki vücut imajı kaygısıyla da açıklanabilir. Bu tür kaygılar adolesanları sağlıkla ilgili uygulamaları kullanmaya yöneltebilir. Literatürde gençlerin en yaygın olarak kilo vermeye/almaya yönelik uygulamalar ile diyet ve kalori takibi uygulamalarını indirdikleri yönünde kanıtlar mevcuttur (Döner Güner, Bölükbaşı, Kokaçya, Yengil ve Özer, 2018; Güzel ve Kurtuldu, 2018; Mercan, Dizlek, Süsim, Gürez ve Akman, 2020).

e-Sağlık okuryazarlığının gençlerin sağlık davranışlarını etkilediği, olumlu sağlık davranışları sergileyenlerde (dengeli beslenme, yeterli egzersiz, yeterli uyku, sigara içmeme, alkol tüketmeme) e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır (Britt ve diğ., 2017; Hsu ve diğ., 2014; Mitsutake ve diğ., 2016; Yang ve diğ., 2017). Gençlerin beslenme örüntüleri ve yiyecek tercihleri e-sağlık okuryazarlığı açısından belirleyici bir faktördür. Özellikle posa ağırlıklı organik

yiyeceklerin tüketimi yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (Yang ve diğ., 2017). Benzer bir sonuç bu çalışmada da ortaya çıkarılmıştır. Öğrencilerin yaklaşık yarısı düzenli meyve-sebze tüketmektedir ve meyve-sebze tüketim sıklığı arttıkça e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri yükselmektedir.

Bu çalışmada adolesanların tamamı herhangi bir zamanda, yaklaşık yarısı ise haftada 2-3 kez fast-food tüketmektedir ve haftada 2-3 kez fast-food tüketim sıklığı daha yüksek oranda düşük e-sağlık okuryazarlığı ile ön plana çıkmıştır (Çizelge 4.6). Ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda da adolesanların tamamına yakınının herhangi bir zamanda fast-food tükettiği gösterilmiştir (Bebiş, Akpunar, Özdemir ve Kılıç, 2015; Li ve diğ., 2020; Tanrıverdi, Savaş, Gönüllüoğlu, Kural ve Balık, 2011). Adolesanların besin tercihlerinde bir dönüşüm görüldüğü ve bu dönüşümün fast-food tüketiminde artışa neden olduğu ortaya konulmuştur (Yilmazel ve Bozdoğan, 2021). Bununla birlikte düşük e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin adolesanlarda sağlıklı beslenme uygulamaları ile yakından ilişkili olduğu raporlanmaktadır (Yang, Luo ve Chiang, 2019).

Bu çalışmada her beş adolesandan dördü düzensiz egzersiz yapmaktadır ve düzensiz egzersiz yapanlarda düşük e-sağlık okuryazarlığı daha yaygındır (Çizelge 4.6). Adolesanlarda egzersiz alışkanlığı üzerine yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz alışkanlığının yaygın olmadığı raporlanmaktadır (Açıkgöz ve diğ., 2018; Arslan, Daşkapan ve Çakır, 2016; Tsukahara ve diğ., 2020; Xesfingi ve Vozikis, 2016). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan egzersiz yüksek e-sağlık okuryazarlığı seviyelerine erişimde yardımcı bir unsur olarak ele alınmaktadır (Hsu ve diğ., 2014; Mitsutake ve diğ., 2016; Tsukahara ve diğ., 2020; Xesfingi ve Vozikis, 2016).

Bu çalışmada adolesanların üçte ikisinden fazlası sağlıkla ilgili son bir haftada araştırma yapmamıştır ve bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir (Çizelge 4.7). Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada da adolesanların sağlıkla ilgili araştırma yapmama oranı %65'in üzerinde bulunmuştur (Ergün ve diğ., 2019). Diğer yandan Afro-Amerikan ve Macar toplumlarında yapılan çalışmalarda sağlıkla ilgili araştırma yapma durumu yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (James ve Harville, 2016; Zrubka ve diğ., 2019). Subjektif sağlığın değerlendirilmesi ve yorumlanmasında e-sağlık okuryazarlığının bireylere yol gösterici bir rehber olduğu ön görülebilir.

Bu çalışmada adolesanların üçte ikisinden fazlası sağlıkla ilgili konuları önemli bulmaktadır ve bu grupta e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir (Çizelge 4.7). Böyle bir sonuç sağlığın değerinin bilinmesi ve sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi açısından oldukça sevindiricidir. e-Sağlık okuryazarlığı yüksek olan adolesanlar aileleri ve çevreleri için güvenilir bir bilgi kaynağı rolünü üstlenebilir. Nitekim konuyla ilgili olarak Macaristan’da yapılan bir çalışmada kendilerinin sağlık bilgisine başvurulduğunu belirten adolesanların e-sağlık okuryazarlığı yüksek olarak raporlanmıştır (Zrubka ve diğ., 2019).

Yüksek düzeydeki e-sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kaynakları çeşitlendirdiği, bilgiyi arama sıklığını artırdığı, bireyleri daha fazla araştırma stratejisine yönlendirdiği ileri sürülmektedir (Chang ve Schulz, 2018; Chung, Park ve Nahm, 2018; Neter ve Brainin, 2012). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da adolesanların tamamına yakını sağlıkla ilgili bilgiyi erişimde herhangi bir kaynak kullanmıştır ve kaynak kullananlar arasında e-sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir (Çizelge 4.7). Sağlık bilgi teknolojisinin geniş bir yelpazeye yayılması dijital teknolojinin geleneksel bilgi kaynaklarına göre daha fazla tercih edilmesine neden olabilir.

Bu çalışmada adolesanların yaklaşık %75’i cep telefonuna sağlık uygulamaları indirmemiştir ve bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı daha yaygındır (Çizelge 4.7). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu yönde etkileyen başka bir faktör olarak cep telefonlarına sağlıkla ilgili uygulamaları indirme yer almaktadır (Chang ve Schulz, 2018; Döner Güner ve diğ., 2018; Güzel ve Kurtuldu, 2018; James ve Harville, 2016; Mercan ve diğ., 2020). Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda gençlerin telefonlarına sağlıkla ilgili herhangi bir mobil uygulamayı indirme sıklığı %34,2-%71,8 olarak gösterilmiştir (Döner Güner ve diğ., 2018; Güzel ve Kurtuldu, 2018; Mercan ve diğ., 2020). e-Sağlığın tamamlayıcı bir parçası olarak mobil sağlık uygulamaları sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı anında karşılayabilmede alternatif bir yol olarak seçilebilir. Mobil uygulamaların cep telefonlarına indirilmesi e-sağlık okuryazarlığının gelişimine katkı sağlayabilir.

Elektronik sağlık kayıtlarının güncellenmesi ve takip edilmesi konusundaki istekliliğin e-sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirildiği yönünde kanıt mevcuttur (Zrubka ve diğ., 2019). Türkiye’de gençlerde yapılan çalışmalarda e-nabız sistemine yönelik farkındalığın %40-%70 arasında değiştiği raporlanmıştır (Soysal ve Yalçın,

2019; Yeşiltaş, 2018; Yorulmaz, Odacı ve Akkan, 2018). Kişinin sağlık bilgilerini kendi kendine yönetebildiği, tanı, tedavi ve bakımındaki sürekliliği sağlayabildiği bir sistem olan e-nabız uygulamasının duyulma oranı literatürle uyumlu olmakla birlikte yaklaşık %60'dır. e-Nabız uygulamasını duyanların daha yüksek oranda e-sağlık okuryazarlığına sahip olması beklenen bir durumdur. Nitekim bu çalışmada da yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi e-nabız uygulamasını duyma durumu ile örtüşmektedir (Çizelge 4.7).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çorum il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ve seçilmiş sağlık davranışlarının incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Araştırma grubunun ölçeğin genelinden aldıkları puanların ortalaması $25,9 \pm 5,7$ olup katılımcıların %54,4'ünde e-sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek, %45,6'sında e-sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuştur.
- e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların oranı ≤ 17 yaş grubunda %63,9'dur.
- Yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerde %45 iken kadınlarda %55'tir. Cinsiyete göre e-sağlık okuryazarlığı anlamlı farklılık göstermemiştir.
- Fen/Anadolu lisesi öğrencileri %51,1 ile daha yüksek düzeyde e-sağlık okuryazardır.
- Babasının eğitimi lise ve üzeri olanlarda e-sağlık okuryazarlığı %45,2 oranı ile en yüksek düzeydedir.
- Genel sağlık algısı iyi olanlarda yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %75,2 iken orta/kötü olanlarda bu oran %24,8'dir.
- Öğrenciler arasında düzenli sağlık kontrolü yaptırma alışkanlığı %29,4'tür. Sağlık kontrolünü düzenli yaptırmayanlarda düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %75,3 ile en yüksektir.
- Öğrencilerin yarısından fazlası son bir yılda kan basıncını ölçtürmemiştir. Kan basıncını ölçtürmeyenler arasında düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %58,5 oranı ile en yüksektir.
- Öğrencilerin yaklaşık %80'i son bir yılda kan kolesterolünü ölçtürmemiştir. Kan kolesterolünü ölçtürmeyenler arasında düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %81,3 oranı ile en yüksektir.
- Öğrencilerin tamamına yakını son bir yılda vücut ağırlığını ölçmüştür. Vücut ağırlığını ölçenler arasında yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %96,2'dir.

- Öğrencilerin yaklaşık yarısı düzenli meyve ve sebze tüketmektedir ve bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %49,7 ile en yüksektir.
- Öğrencilerin yaklaşık yarısı haftada 2-3 kez fast-food tüketmektedir ve bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %51,2'dir.
- Öğrencilerin %81,2'si düzenli egzersiz yapmamaktadır ve bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %82,4 ile en yüksektir.
- Öğrencilerin üçte ikisinden fazlası son bir haftada sağlıkla ilgili araştırma yapmamıştır ve bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %71,5 ile en yüksektir.
- Öğrencilerin üçte ikisi sağlıkla ilgili konuları önemli bulmaktadır ve bu grupta e-sağlık okuryazarlığı yüksek olanların oranı %59'dur.
- Öğrencilerin tamamına yakını sağlıkla ilgili bilgiye erişmede herhangi bir kaynak kullanmaktadır ve bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı oranı %96,3'tür.
- Öğrencilerin yaklaşık %75'i cep telefonuna sağlıkla ilgili aplikasyon indirmemiştir ve bu grupta düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %79,5 ile en yüksektir.
- Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi e-nabız uygulamasını duymuştur ve bu grupta yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyi %62,0 ile en yüksektir.

Araştırma grubunun e-sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuştur. Düşük düzeydeki ebeveyn eğitimi, olumsuz sağlık algısı, bireysel düzeydeki koruyucu sağlık davranışlarının uygulanmaması, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, sık fast-food tüketimi, düzensiz egzersiz yapma ile sağlıkta dijital teknolojiyi kullanmama düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından risk oluşturmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- e-Sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olarak adolesanlarda sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesine erken çocukluk döneminden itibaren başlanması
- Okul sağlığı çalışmalarında dijital okuryazarlığa yönelik farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi, ders müfredatlarına e-sağlık okuryazarlığı üzerine bilgilerin eklenmesi
- Adolesanların e-sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirecek e-sağlık uygulamalarının artırılması

- Adolesanların bireysel, koruyucu sağlık davranışlarını benimsemesi yönünde okul sağlığı çalışmalarının yapılandırılması
- Adolesanların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerindeki etkisinden dolayı ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Açıköz, A., Akgün, M. F., Korkut, B., Cecen, E., Kocaoğlu, N. M., & Dayı, A. (2018). Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler: Gözlemsel araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 32(2), 99–110.
- American Library Association.** (1989). Presidential Committee on Information Literacy: Final Report. Erişim Adresi: <http://www.ala.org/acrl/publications/whitepapers/presidential> (Erişim Tarihi: 03.02.2020).
- American Medical Association.** (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *Jama*, 281(6), 552-557.
- Arslan, S. A., Daşkapan, A., & Çakır, B. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171–180.
- Athanasopoulou, C., Välimäki, M., Koutra, K., Löttöniemi, E., Bertias, A., Basta, M., Vgontzas, A. N., & Lionis, C. (2017). Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study in two distant European regions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 1–14.
- Ayhan Başer, D., Aksoy, H., & Cankurtaran, M. (2020). Hemşirelik Fakültesine Yeni Kayıt Olan Gençlerin Bazı Sağlık Taramalarına Dair Sağlık Hizmeti Alma Durumları. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(3), 447–452.
- Bautista, J. R. (2015). From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. *Journal of Literacy and Technology*, 16(2), 33–54.
- Bebiş, H., Akpunar, D., Özdemir, S., & Kılıç, S. (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(2), 129–135.
- Bellini, B., Panunzi, S., Bruni, O., & Guidetti, V. (2013). Headache and sleep in children. *Current Pain and Headache Reports*, 17(6), 335.
- Birleşmiş Milletler.** (1989). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/turkey/çocuk-haklarına-dair-sözleşme> (Erişim Tarihi:10.01.2021).
- Britt, R. K., Collins, W. B., Wilson, K., Linnemeier, G., & Englebert, A. M. (2017). eHealth literacy and health behaviors affecting modern college students:a pilot study of issues identified by the American college health association. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), 1–14.
- Bruce, E. S., Lunt, L., & McDonagh, J. E. (2017). Sleep in adolescents and young adults. *Clinical Medicine*, 17(5), 424–428.
- Bundy, D. A. P., Silva, N. De, Horton, S., Jamison, D. T., & Patton, G. C. (2017). Child and Adolescent Health and Development, 3rd edition. Chapter 21 Platforms for Delivering Adolescent Health Actions. In D. A. P. Bundy, N. De Silva, S. Horton, D. T. Jamison, & G. C. Patton (Eds.), *Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*.

- Center for Disease Control and Prevention.** (2014). CDC Newsroom. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0501-preventable-deaths.html#:~:text=Each year%2C nearly 900%2C000 Americans,for Disease Control and Prevention.> (Erişim Tarihi: 11.02.2021).
- Center for Disease Control and Prevention.** (2020a). CDC Healthy Schools Sleep in Middle and High School Students. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/healthyschools/features/students-sleep.htm#:~:text=> (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- Center for Disease Control and Prevention.** (2020b). Healthy Weight, Nutrition, and Physical Activity About Child & Teen BMI. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html (Erişim Tarihi: 10.11.2019).
- Center for Disease Control and Prevention.** (2020c). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/children-health.htm#:~:text=> (Erişim Tarihi: 06.02.2021).
- Center for Disease Control and Prevention.** (2021). What Is Health Literacy? Centers for Disease Control and Prevention. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html> (Erişim Tarihi: 02.02.2021).
- Chang, A., & Schulz, P. J.** (2018). The measurements and an elaborated understanding of chinese ehealth literacy (C-eHEALS) in chronic patients in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1553.
- Chung, S. Y., Park, B. K., & Nahm, E. S.** (2018). The Korean eHealth literacy scale (K-eHEALS): Reliability and validity testing in younger adults recruited online. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e138.
- Coşkun, S., & Bebiş, H.** (2015). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(7), 378–384.
- Cureau, F. V., Duarte, P., Lopes Dos Santos, D., & Reichert, F. F.** (2014). Clustering of risk factors for noncommunicable diseases in Brazilian adolescents: Prevalence and correlates. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(5), 942–949.
- Dashti, S., Peyman, N., Tajfard, M., & Esmaeeli, H.** (2017). E-Health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: a pilot study. *Electronic Physician*, 9(3), 3966–3973.
- Do, Y. K., Shin, E., Bautista, M. A., & Foo, K.** (2013). The associations between self-reported sleep duration and adolescent health outcomes: What is the role of time spent on Internet use? *Sleep Medicine*, 14(2), 195–200.
- Döner Güner, P., Bölükbaşı, H., Kokaçya, S. H., Yengil, E., & Özer, C.** (2018). Mustafa Kemal Üniversitesi Öğrencilerinin Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanımı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(3), 264–268.

- Dunahee, M., & Lebo, H.** (2016). The World Internet Project International Report 6th Edition. Center for the Digital Future. Los Angeles, CA: University of Southern California. Erişim Adresi: <https://www.digitalcenter.org/wp-content/uploads/2013/06/2015-World-Internet-Report.pdf> (Erişim Tarihi: 02.01.2021).
- Dursun, B., Cesur, R., & Mocan, N.** (2018). The Impact of Education on Health Outcomes and Behaviors in a Middle-Income, Low-Education Country. *Economics and Human Biology*, 31, 94–114.
- e-Nabız.** (2021). e-Nabız. Erişim Adresi: <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index> (Erişim Tarihi:10.02.2021).
- Ergün, S., Sürücüler, H. K., & Işık, R.** (2019). Ergenlerde e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 194–203.
- Etile, F.** (2014). Education policies and health inequalities: Evidence from changes in the distribution of Body Mass Index in France, 1981-2003. *Economics and Human Biology*, 13, 46–65.
- European Centre for Disease Prevention and Control.** (2021). Health literacy. Erişim Adresi: <https://www.ecdc.europa.eu/en/health-communication/facts/health-literacy> (Erişim Tarihi: 24.02.2021).
- European Union.** (2014). European citizens' digital health literacy. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_404_en.pdf (Erişim tarihi: 05.01.2021).
- Eysenbach, G.** (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20.
- Fagnano, M., Halterman, J. S., Conn, K. M., & Shone, L. P.** (2012). Health literacy and sources of health information for caregivers of urban children with asthma. *Clinical Pediatrics*, 51(3), 267–273.
- Farsi, N. J., Merdad, Y., Mirdad, M., Batweel, O., Badri, R., Alrefai, H., Alshahrani, S., Tayeb, R., & Farsi, J.** (2020). Oral Health Knowledge, Attitudes, and Behaviors Among University Students in Jeddah, Saudi Arabia. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 12, 515–523.
- Florini, B. M.** (1983). Computer Literacy: Teach Yourself. *To Improve the Academy*.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A.** (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446–451.
- Frey, S. M., Fagnano, M., Mammen, J. R., & Halterman, J. S.** (2020). Health-related internet use among adolescents with uncontrolled persistent asthma. *Journal of Asthma*, 1–6.
- Garipey, G., Danna, S., Gobiņa, I., Rasmussen, M., Gaspar de Matos, M., Tynjälä, J., Janssen, I., Kalman, M., Villeruřa, A., Husarova, D., Brooks, F., Elgar, F. J., Klavina-Makrečka, S., Šmigelskas, K., Gaspar, T., & Schnohr, C.** (2020). How Are Adolescents Sleeping? Adolescent Sleep Patterns and Sociodemographic Differences in 24 European and North American Countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S81–S88.
- Gazibara, T., Cakic, J., Cakic, M., Grgurevic, A., & Pekmezovic, T.** (2020a). Searching for online health information instead of seeing a physician: a cross-sectional study among high school students in Belgrade, Serbia. *International Journal of Public Health*, 65(8), 1269–1278.

- Gazibara, T., Cakic, M., Cakic, J., Grgurevic, A., & Pekmezovic, T.** (2020b). Patterns of online health information seeking after visiting a physician: perceptions of adolescents from high schools in central Belgrade, Serbia. *Family Practice*.
- Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A.** (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*, 25(11), 2869–2877.
- Geva, N., Pinhas-Hamiel, O., Frenkel, H., Shina, A., Derazne, E., Tzur, D., Afek, A., Goldbart, A. D., & Twig, G.** (2020). Obesity and sleep disorders: A nationwide study of 1.3 million Israeli adolescents. *Obesity Research and Clinical Practice*, 14(6), 542–547.
- Grandner, M. A.** (2017). Sleep, Health, and Society. *Sleep Medicine Clinics*, 12(1), 1–22.
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C.** (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(1), 23–35.
- Güneş, F.** (2019). Okuryazarlık Yaklaşımları. *Sınırsız Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(3), 224–246.
- Güzel, A., & Kurtuldu, A.** (2018). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık ile ilgili konularda internet kullanımı hakkında bir araştırma. *Electronic Turkish Studies*, 13(18), 741–755.
- Haas, G.-M., Bertsch, T., & Schwandt, P.** (2014). Prehypertension and Cardiovascular Risk Factors in Children and Adolescents Participating in the Community-Based Prevention Education Program Family Heart Study. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(1), 50–56.
- Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., ... & Trentham-Dietz, A.** (2015). Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *Journal of health communication*, 20(11), 1320–1329.
- Hargreaves, D. S., Elliott, M. N., Viner, R. M., Richmond, T. K., & Schuster, M. A.** (2015). Unmet health care need in US adolescents and adult health outcomes. *Pediatrics*, 136(3), 513–520.
- Harvey, J., Chadi, N., & Canadian Paediatric Society Adolescent Health Committee.** (2016). Preventing smoking in children and adolescents: Recommendations for practice and policy. *Paediatrics & Child Health*, 21(4), 209–221.
- Helsper, E. J., & Eynon, R.** (2010). Digital natives: where is the evidence? *British Educational Research Journal*, 36(3), 503–520.
- Hernández-Rabanal, C., Vall, A., & Boter, C.** (2018). Formación, la clave para mejorar las competencias informacionales en e-salud del alumnado de bachillerato. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 48–53.
- Holch, P., & Marwood, J. R.** (2020). EHealth literacy in UK teenagers and young adults: Exploration of predictors and factor structure of the eHealth literacy scale (eHEALS). *JMIR Formative Research*, 4(9), e14450.
- Hsu, W., Chiang, C., & Yang, S.** (2014). The effect of individual factors on health behaviors among college students: The mediating effects of eHealth literacy. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), 1–18.

- Hu, Y., & Syham, Sundar S.** (2009). Effects of Online Health Sources on Credibility and Behavioral Intentions. *Communication Research*, 37(1), 105–132.
- Huang, W.** (2015). Understanding the Effects of Education on Health: Evidence from China.
- Huppertz, C., Bartels, M., Geus, E. J. C. de, Beijsterveldt, C. E. M. van, Rose, R. J., Kaprio, J., & Silventoinen, K.** (2017). The effects of parental education on exercise behavior in childhood and youth: A study in Dutch and Finnish twins. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 27(10), 1143–1156.
- International Telecommunication Union [ITU].** (2003). Standardization in e-health. Erişim Adresi: <http://www.itu.int/itu-news/issue/2003/06/standardization.html> (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- International Telecommunication Union.** (2017). ICT Facts and Figures 2017. Erişim Adresi: <https://about.fb.com/wp-content/uploads/2018/08/ICTFactsFigures2017.pdf> (Erişim Tarihi: 30.11.2020).
- Irwin, C. E., Adams, S. H., Park, M. J., & Newacheck, P. W.** (2009). Preventive care for adolescents: Few get visits and fewer get services. *Pediatrics*, 123(4), 565–572.
- Jacobs, R. J., Lou, J. Q., Ownby, R. L., & Caballero, J.** (2016). A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. *Health Informatics Journal*, 22(2), 81–98.
- James, D. C. S., & Harville, C.** (2016). eHealth Literacy, Online Help-Seeking Behavior, and Willingness to Participate in mHealth Chronic Disease Research Among African Americans, Florida, 2014-2015. *Preventing Chronic Disease*, 13.
- Jasik, C. B., Adams, S. H., Irwin, C. E., & Ozer, E.** (2011). The association of BMI status with adolescent preventive screening. *Pediatrics*, 128(2), e317–e323.
- Kagan, J., Lerner, R. M., & Bornstein, M. H.** (2020). Human Behavior. *Encyclopedia Britannica*. Erişim Adresi: <https://www.britannica.com/topic/human-behavior> (Erişim Tarihi: 07.02.2021).
- Keyes, K. M., Maslowsky, J., Hamilton, A., & Schulenberg, J.** (2015). The great sleep recession: Changes in sleep duration among US adolescents, 1991-2012. *Pediatrics*, 135(3), 460–468.
- Kim, H., & Xie, B.** (2017). Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1073–1082.
- King, B. A., Jama, A. O., Marynak, K. L., & Promoff, G. R.** (2015). Attitudes toward raising the minimum age of sale for tobacco among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(4), 583–588.
- Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Sloyer, P., & Shenkman, E.** (2011). Internet use and eHealth Literacy of low-income parents whose children have special health care needs. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e75.
- Knutson, K. L., & Lauderdale, D. S.** (2009). Sociodemographic and Behavioral Predictors of Bed Time and Wake Time among US Adolescents Aged 15 to 17 Years. *The Journal of Pediatrics*, 154(3), 426–430.
- Koo, M., Norman, C. D., & Chang, H.-M.** (2012). Psychometric Evaluation of a Chinese Version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in School Age Children. *International Journal of Health Education*, 15(1), 29–36.

- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C.** (2006). The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. *National Center for Education Statistic*.
- Langerman, S. D., Badolato, G. M., Rucker, A., Jarvis, L., Patel, S. J., & Goyal, M. K.** (2019). Acceptability of Adolescent Social and Behavioral Health Screening in the Emergency Department. *Journal of Adolescent Health, 65*(4), 543-548.
- Laugksch, R. C.** (2000). Scientific Literacy: A Conceptual Overview. *Science Education, 84*(1), 71-94.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I.** (2018). Media health literacy, ehealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(8), 1643.
- Li, L., Sun, N., Zhang, L., Xu, G., Liu, J., Hu, J., Zhang, Z., Lou, J., Deng, H., Shen, Z., & Han, L.** (2020). Fast food consumption among young adolescents aged 12-15 years in 54 low- and middle-income countries. *Global Health Action, 13*(1), 1795438.
- Mackert, M., Champlin, S. E., Holton, A., Munoz, I. I., & Damásio, M. J.** (2014). e-Health and health literacy: A research methodology review. *Journal of Computer-Mediated Communication, 19*(3), 516-528.
- Mahajan, S., Lu, Y., Spatz, E. S., Nasir, K., & Krumholz, H. M.** (2021). Trends and Predictors of Use of Digital Health Technology in the United States. *The American Journal of Medicine, 134*(1), 129-134.
- Masilamani, V., Sriram, A., & Rozario, A. M.** (2020). eHealth literacy of late adolescents: Credibility and quality of health information through smartphones in India. *Comunicar, 28*(64), 85-95.
- Mercan, Y., Dizlek, K., Süsim, G., Gürez, D., & Akman, Y.** (2020). Sağlık amaçlı internet kullanımı ve mobil sağlık uygulamaları üzerine bir araştırma. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 1*(1), 66-76.
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K.** (2012). Association of ehealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. *Journal of Medical Internet Research, 14*(6), e153.
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K.** (2016). Associations of eHealth literacy with health behavior among adult internet users. *Journal of Medical Internet Research, 18*(7), 1-13.
- Mulye, T. P., Park, M. J., Nelson, C. D., Adams, S. H., Irwin, C. E., & Brindis, C. D.** (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health, 45*(1), 8-24.
- Nair, M., Baltag, V., Bose, K., Boschi-Pinto, C., Lambrechts, T., & Mathai, M.** (2015). Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. *Journal of Adolescent Health, 57*(3), 288-298.
- National Health Interview Survey** (2018). Table C-5a. Respondent-assessed health status for children under age 18 years by selected characteristics: United States, 2018. Erişim Adresi: https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2018_SHS_Table_C-5.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- National Sleep Foundation.** (2020a). How Much Sleep Do You Really Need? Erişim Adresi: <https://www.thensf.org/how-many-hours-of-sleep-do-you-really-need/> (Erişim Tarihi: 05.05.2021).

- National Sleep Foundation.** (2020b). NEWS & ARTICLES 10 Tips for a Better Night's Sleep. Erişim Adresi: <https://www.thensf.org/10-sleep-tips-sleep-quality/> (Erişim Tarihi: 01.03.2021).
- National Survey of Children's Health, & HRSA/MCHB.** (2021a). Increase the proportion of adolescents who had a preventive health care visit in the past year — AH-01. Erişim Adresi: <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/adolescents/increase-proportion-adolescents-who-had-preventive-health-care-visit-past-year-ah-01> (Erişim Tarihi: 15.02.2021).
- National Survey of Children's Health, & HRSA/MCHB.** (2021b). Increase the proportion of adolescents who speak privately with a provider at a preventive medical visit — AH-02. Erişim Adresi: <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/adolescents/increase-proportion-adolescents-who-speak-privately-provider-preventive-medical-visit-ah-02> (Erişim Tarihi: 15.02.2021).
- Neter, E., & Brainin, E.** (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19.
- Neter, E., & Brainin, E.** (2017). Perceived and Performed eHealth Literacy: Survey and Simulated Performance Test. *JMIR Human Factors*, 4(1), e6523.
- Norman, C.** (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e125.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A.** (2006a). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), 1–10.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A.** (2006b). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9.
- Nutbeam, D.** (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A.** (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e110.
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V., & Vitiello, M. V.** (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*, 3(1), 6–19.
- Okay, P., & Abacıgil, F.** (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği türkçe uyarlaması (ASOYTR). MOH, Turkey.
- Paige, S. R., Krieger, J. L., & Stellefson, M. L.** (2017). The Influence of eHealth Literacy on Perceived Trust in Online Health Communication Channels and Sources. *Journal of Health Communication*, 22(1), 53–65.
- Park, B. K., Nahm, E. S., Rogers, V. E., Choi, M., Friedmann, E., Wilson, M., & Koru, G.** (2017). A Facebook-Based Obesity Prevention Program for Korean American Adolescents: Usability Evaluation. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(1), 57–66.
- Park, H., Cormier, E., Gordon, G., & Baeg, J. H.** (2016). Health consumers eHealth literacy to decrease disparities in accessing eHealth information. *In Nursing Informatics*, 34(2), 895–896.
- Park, M. J., Brindis, C. D., Vaughn, B., Barry, M., Guzman, L., & Berger, A.** (2013). Adolescent health highlight. *Health care services*, 2013, 10.

- Pew Research Center.** (2015). Teens, Social Media & Technology Overview 2015. Erişim Adresi: <https://www.pewresearch.org/internet/2015/04/09/teens-social-media-technology-2015/> (Erişim Tarihi: 15.01.2021).
- Pew Research Center.** (2018). Teens, Social Media & Technology 2018. Erişim Adresi: https://www.pewresearch.org/internet/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/pi_2018-05-31_teenstech_0-05/ (Erişim Tarihi: 30.11.2020).
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., & Woll, A.** (2013). Long-term health benefits of physical activity - A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13(813), 1–9.
- Richtering, S. S., Hyun, K., Neubeck, L., Coorey, G., Chalmers, J., Usherwood, T., Peiris, D., Chow, C. K., & Redfern, J.** (2017). eHealth Literacy: Predictors in a Population With Moderate-to-High Cardiovascular Risk. *JMIR Human Factors*, 4(1), e4.
- Rosas-Salazar, C., Apter, A. J., Canino, G., & Celedón, J. C.** (2012). Health literacy and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 129(4), 935–942.
- RTÜK.** (2016). Medya Okuryazarlığı Nedir? Erişim Adresi: https://www.medyakuryazarligi.gov.tr/menu_goster.php?Guid=B7AA7732-1593-4B32-BDE5-D76E64C2A5FA&MenuId=2 (Erişim Tarihi: 05.01.2021).
- Ryan, C.** (2018). Computer and Internet Use in the United States: 2016. Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau. Erişim Adresi: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2018/acs/ACS-39.pdf> (Erişim Tarihi: 19.02.2021).
- Sanci, L., Grabsch, B., Chondros, P., Shiell, A., Pirkis, J., Sawyer, S., Hegarty, K., Patterson, E., Cahill, H., Ozer, E., Seymour, J., & Patton, G.** (2012). The prevention access and risk taking in young people (PARTY) project protocol: A cluster randomised controlled trial of health risk screening and motivational interviewing for young people presenting to general practice. *BMC Public Health*, 12(1), 1–15.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C.** (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640.
- Saydah, S., Imperatore, K. M. B. G., Geiss, L., & Gregg, E. W.** (2013). Cardiometabolic Risk Factors Among US Adolescents and Young Adults and Risk of Early Mortality. *Pediatrics*, 131(3), e679–e686.
- Scolari, C. A.** (2019). Beyond the myth of the “digital native”: Adolescents, collaborative cultures and transmedia skills. *Nordic Journal of Digital Literacy*, 14(3), 164–174.
- Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K., & Mengiste, S. A.** (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1), 1–9.
- Sivertsen, B., Harvey, A. G., Lundervold, A. J., & Hysing, M.** (2014). Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16–18 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(8), 681–689.

- Soleimaninejad, A., Valizadeh-Haghi, S., & Rahmatizadeh, S.** (2019). Assessing the eHealth literacy skills of family caregivers of medically ill elderly. *Online Journal of Public Health Informatics*, 11(2).
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. Van Den, & Brand, H.** (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H.** (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.
- Soysal, A., & Yalçın, T.** (2019). Bazı demografik değişkenlere göre e-nabız sisteminin kullanımı: öğrenciler üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 180–188.
- Statistica.** (2021). Global digital population as of January 2021. Erişim Adresi: <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/#:~:text=> (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- Sternberg, D. J.** (2004). The new e-health. As technology matures, more sensible approaches to online healthcare are emerging. *Marketing Health Services*, 24(1), 46–48.
- Şengül, H., Çınar, F., Çapar, H., Bulut, A., & Çakmak, C.** (2017). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve internet kullanımına yönelik tutumları: bir vakıf üniversitesi örneği. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4(5), 1277–1278.
- Tanrıverdi, D., Savaş, E., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E., & Balık, G.** (2011). Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(1), 33–39.
- Tekcan, P., Çalışkan, Z., & Kocaöz, S.** (2020). Sleep quality and related factors in Turkish high school adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 120–125.
- Temel, A. B., & Çimen, Z.** (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Tsukahara, S., Yamaguchi, S., Igarashi, F., Uruma, R., Ikuina, N., Iwakura, K., Koizumi, K., & Sato, Y.** (2020). Association of eHealth literacy with lifestyle behaviors in university students: Questionnaire-based cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 1–18.
- Turan, N., Güven Özdemir, N., Çulha, Y., Özdemir Aydın, G., Kaya, H., & Aştı, T.** (2020). The effect of undergraduate nursing students' e-Health literacy on healthy lifestyle behaviour. *Global Health Promotion*, 1757975920.
- Türk Dil Kurumu.** (2021). Türk Dil Kurumu. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 24.02.2021).
- Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.** (2014). Türkiye Ergen Profili Araştırması TEPA 2013. Erişim Adresi: <https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/68-turkiye-ergen-profilini-arastirmasi-tepa-2013.pdf> (Erişim Tarihi: 11.11.2020).
- Türkiye Cumhuriyeti Kültür ve Turizm Bakanlığı.** (2021). Neredeyim :Orta Bölüm-Kapsamlı Menü COĞRAFYA. Erişim Adresi: <https://corum.ktb.gov.tr/TR-58671/cografya.html> (Erişim Tarihi: 10.02.2021).

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.** (2012). Türkiye beden ağırlığı algısı araştırması. Erişim Adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bedenagir_tr.pdf (Erişim Tarihi: 16.02.2021).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** (2014). Türkiye fiziksel aktivite rehberi. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf (Erişim Tarihi: 10.01.2021).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** (2016). Türkiye beslenme rehberi 2015 (TÜBER). Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf> (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** (2020). Hayat Eve Sığar. Erişim Adresi: <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/HES.pdf> (Erişim Tarihi: 01.03.2021).
- Türkiye İstatistik Kurumu.** (2020a). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2019. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari-2019-33705> (Erişim Tarihi:17.01.2021).
- Türkiye İstatistik Kurumu.** (2020b). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2020. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Tasit-kilometre-Istatistikleri-2018-33627> (Erişim Tarihi: 17.01.2021).
- United Nations Children's Fund (UNICEF).** (2019). Adolescents Overview. Erişim Adresi: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/#:~:text=Adolescents> (Erişim Tarihi: 28.10.2020).
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization Institute of Statistics Global Database.** (2019). Literacy. Erişim Adresi: <https://data.unicef.org/topic/education/literacy/> (Erişim Tarihi: 10.02.2021).
- United State Department of Health and Human Services.** (2014). The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf (Erişim Tarihi: 03.02.2021).
- United State Department of Health and Human Services.** (2018). Physical activity guidelines for Americans 2nd edition. Erişim Adresi: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf (Erişim Tarihi: 18.01.2021).
- Valizadeh-Haghi, S., & Rahmatizadeh, S.** (2018). eHealth literacy and general interest in using online Health information: a survey among patients with dental diseases. *Online Journal of Public Health Informatics*, 10(3).
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C.** (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641–1652.
- Viner, R., & Macfarlane, A.** (2005). Health promotion. *Bmj*, 330(7490), 527-529.
- Wartella, E., Rideout, V., Montague, H., Beaudoin-Ryan, L., & Lauricella, A.** (2016). Teens, health and technology: A national survey. *Media and Communication*, 4(3), 13–23.



- Watson, R.** (2004). Electronic Communication and Health Care: EU wants every member to develop a “roadmap” for ehealth. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7449), 1155.
- Webb, M. J., Kauer, S. D., Ozer, E. M., Haller, D. M., & Sancı, L. A.** (2016). Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. *BMC Family Practice*, 17(1), 1–12.
- Welsh, T. S., & Wright, M. S.** (2010). *Information Literacy in the Digital Age: An Evidence-Based Approach*. Elsevier.
- Werts, N., & Hutton-Rogers, L.** (2013). Barriers To Achieving E-Health Literacy. *American Journal of Health Sciences (AJHS)*, 4(3), 115–120.
- Wheaton, A. G., Jones, S. E., Cooper, A. C., & Croft, J. B.** (2018). Short Sleep Duration Among Middle School and High School Students — United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(3), 85–90.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W.** (2007). Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 19–24.
- World Health Organization.** (2012). Making health services adolescent friendly Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?sequence=1 (Erişim Tarihi: 01.03.2021).
- World Health Organization.** (2013). Health literacy: The solid facts. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> (Erişim Tarihi: 02.01.2021).
- World Health Organization.** (2014). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1 (Erişim Tarihi: 03.01.2021).
- World Health Organization.** (2016). Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. In Report of the third global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 27.01.2020).
- World Health Organization.** (2017a). Leading the realization of human rights to health and through health. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255540/9789241512459-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 20.10.2020).
- World Health Organization.** (2017b). More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable> (Erişim Tarihi: 10.01.2021).
- World Health Organization.** (2018a). Adolescent Health: The missing population in Universal Health Coverage. Erişim Adresi: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2018/Adolescent-Health-Missing-Population-in-UHC.pdf?ua=1> (Erişim Tarihi: 01.03.2021).

- World Health Organization.** (2018b). Guideline: Implementing Effective Actions for Improving Adolescent Nutrition. Erişim Adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260297/9789241513708-eng.pdf;jsessionid=19D1CBFA434795BA1645CC009FFE99A4?sequence=1> (Erişim Tarihi: 16.02.2021).
- World Health Organization.** (2018c). Noncommunicable diseases. Erişim Adresi: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 17.01.2021).
- World Health Organization.** (2018d). Who global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition. Geneva: World Health Organization. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1> (Erişim Tarihi: 11.02.2021).
- World Health Organization.** (2019). WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Erişim Adresi: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 02.02.2021).
- World Health Organization.** (2020a). Obesity and overweight. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=> (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- World Health Organization.** (2020b). Physical activity. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (Erişim Tarihi: 01.02.2021).
- World Health Organization.** (2020c). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 05.02.2021).
- World Health Organization.** (2020d). Tobacco. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=The%20tobacco%20epidemic%20is%20one,e> xposed%20to%20second%2Dhand%20smoke. (Erişim Tarihi: 11.02.2021).
- World Health Organization.** (2020e). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019#:~:text=> (Erişim Tarihi: 10.02.2021).
- World Health Organization.** (2020f). Young people and digital health interventions: working together to design better. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/29-10-2020-young-people-and-digital-health-interventions-working-together-to-design-better> (Erişim Tarihi: 06.01.2021).
- World Health Organization.** (2021a). Adolescent Health. Erişim Adresi: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health> (Erişim Tarihi:10.02.2021).
- World Health Organization.** (2021b). Healthy diet. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/healthy-diet#tab=tab_1 (Erişim Tarihi:10.02.2021).

- World Health Organization.** (2021c). Maternal, newborn, child and adolescent health. Erişim Adresi: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/ (Erişim Tarihi: 10.03.2021).
- Xesfingi, S., & Vozikis, A.** (2016). eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. *Interactive Journal of Medical Research*, 5(2), e16.
- Yang, S. C., Luo, Y. F., & Chiang, C. H.** (2017). The associations among individual factors, ehealth literacy, and health-promoting lifestyles among college students. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), 1–15.
- Yang, S. C., Luo, Y. F., & Chiang, C. H.** (2019). Electronic health literacy and dietary behaviors in Taiwanese college students: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13140.
- Yeşiltaş, A.** (2018). e-Nabız uygulamasının kullanımını etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 290–295.
- Yilmazel, G., & Bozdoğan, S.** (2021). Nutrition literacy, dietary habits and food label use among turkish adolescents. *Progress in Nutrition*, 23(1).
- Yilmazel, G., & Cetinkaya, F.** (2015). Health literacy among schoolteachers in orum, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(8), 598–605.
- Yorulmaz, M., Odacı, ř., & Akkan, M.** (2018). Dijital sağlık ve e-nabız farkındalık düzeyi belirleme alışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 16, 1–11.
- Zhang, J., Paksarian, D., Lamers, F., Hickie, I. B., He, J., & Merikangas, K. R.** (2017). Sleep Patterns and Mental Health Correlates in US Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 182, 137–143.
- Zrubka, Z., Hajdu, O., Rencz, F., Baji, P., Gulácsi, L., & Péntek, M.** (2019). Psychometric properties of the Hungarian version of the eHealth Literacy Scale. *European Journal of Health Economics*, 20(s1), 57–69.

EKLER

EK 1: Etik kurul onayı

| | |
|--|---|
|  | T.C. HİTİT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| Sayı : 2019-219 Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu | 20/09/2019 |
| Sayın Doç. Dr. Gülay YILMAZEL | |
| <p>Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.</p> <p>Bilgilerinize rica ederim.</p> | |
|  | |
| Başvuru Numarası | 2019-104 |
| Sorumlu Araştırmacı | Doç. Dr. Gülay YILMAZEL |
| Araştırma Başlığı | Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde e-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları |
| Toplantı Tarihi | 19/09/2019 |
| Karar Numarası | 2019-212 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur. | |
| <input type="checkbox"/> Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir. | |
| <input type="checkbox"/> Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir. | |

EK 2: Çorum İl Milli Eğitim Müdürlüğü izin yazısı



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı

Sayı : 45161535-302.08.01-E.64447
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı İzin
(Seyyide ÖZDEN)

31.10.2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Çorum Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün 21.10.2019 tarihli ve 43436584-20490417 sayılı yazısı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Seyyide ÖZDEN** "Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları" konulu tez çalışmasını Doç.Dr.Gülay YILMAZEL'in danışmanlığında Çorum İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı il merkezinde bulunan devlet okullarının lise kademesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim



e-imzalıdır

Prof. Dr. Halil İbrahim ŞİMŞEK
Rektör V.

Ek : Olur Yazısı (8 sayfa)

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hitit Üniversitesi Kuzey Kampüsü Çevre Yolu Bulvarı 19030 ÇORUM
Tel: 0(364) 219 20 60 Faks: 0(364) 219 20 89
e-posta: oidb@hitit.edu.tr İnternet Adresi: www.oidb.hitit.edu.tr

Bilgi için: Mahmut GÜZEL
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: (364) 219 19 19-2078

T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 43436584-44-E.20456455
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı
İzin (Seyyide ÖZDEN)

21/10/2019

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi : a) Bakanlığımız Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 sayılı Genelgesi.
b) Valilik Makamı'nın 24.07.2019 tarihli ve 43436584-125.99-E.13964485 sayılı Olur'u.
c) Hitit Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığının 15.10.2019 tarihli ve 45161535-302.08.01-E.61911 sayılı yazısı.

Okul/Kurumlarımızda yapılacak Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik izinleri ilgi (a) Genelge hükümlerine göre yapılmaktadır.

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans program öğrencisi Seyyide ÖZDEN'in "Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları" başlıklı tez çalışmasında kullanmak üzere, İlîmiz merkezinde bulunan resmi okulların lise kademesinde öğrenim gören öğrencilerin katılımı ile anket çalışması yapılma isteği ilgi (c) yazıda belirtilmiştir.

İlîmiz okul/kurumlarında yapılacak olan Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinliklerin müracaat evraklarının incelenip değerlendirilmesi, ilgi (b) Valilik Makamı'nın Olur'unda görevli komisyon üyelerince yapılmış olup; çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Yapılacak olan çalışmanın;

a) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve insan hakları alanındaki uluslararası sözleşmeler başta olmak üzere 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanun ile yürürlükte olan tüm yasal düzenlemeler ve politika belgelerine uygun olarak yapılması,

b) İlgili okul müdürlüklerince yapılacak olan çalışmanın;

1- Katılımın gönüllülük esasına göre olmasının sağlanması,

2-Tarih ve saatlerin eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde planlanması;

3 Çalışmanın ekte sunulan "Komisyon Tutanağı" içeriğinde belirtilen hususlar dahilinde yapılması;

4-Çalışmanın 2019-2020 eğitim-öğretim yılı içerisinde tamamlanması;

5-Çalışmanın yapıldığı okul müdürlüklerince çalışmanın bitmesini müteakip, çalışma ile ilgili Müdürlüğümüze herhangi bir belgenin gönderilmemesi;

yapılacak olan çalışmanın yukarıda belirtilen hususlar doğrultusunda yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde; Olur'larınıza arz ederim.

Ömer YILMAZ
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
21/10/2019

Tamer ORHAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Üçutlar mah.Eşref Hoca cad.No:8 Çorum
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
e-posta: arge19@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: A.Osman ÖNDER Araştırmacı
Tel: (0 364) 2260747-160
Faks: (0 364) 2262264

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden fd9d-75f4-39f9-91e3-82c1 kodu ile teyit edilebilir.

KOMİSYON TUTANAĞI

İlgi : a) Milli Eğitim Bakanlığı 2017/25 sayılı genelgesi.

b) Valilik Makamının 24.07.2019 tarih ve 43436584-125.99-E.13964485 sayılı Olur'u.

c) Hitit Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığının 15.10.2019 tarihli ve 45161535-302.08.01-E.61911 sayılı yazısı.

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans program öğrencisi Seyyide ÖZDEN'in "Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları" başlıklı tez çalışmasında kullanılmak üzere, İlimiz merkezinde bulunan resmi okulların lise kademesinde öğrenim gören öğrencilerin katılımı ile anket çalışması yapılma isteği ilgi (c) yazıda belirtilmiştir.

Valilik Makamınca uygun görülen ilgi (b) olurda isimleri yazılı komisyon üyeleri, ilgi (c) yazı ekinde sunulan çalışmaya ait dokümanların içeriğinin değerlendirilmesi yapılmak üzere, 18.10.2019 Cuma günü saat 15.00'de Müdürlüğümüz AR-GE Biriminde toplandı.

Çalışmayla ilgili; ilgi (c) yazı ekinde ibraz edilen müracaat evrakları ilgi (a) Genelgede belirtilen hükümler çerçevesinde incelenmiştir. Çalışmanın yapılacağı ilgili okul müdürlüklerince;

- a) Çalışmaya katılmak isteyen öğrencilerin gönüllülük esasına göre belirlenmesi,
- b) Çalışmaya ilgi (c) yazı ekinde sunulan incelemesi tamamlanan 4 (dört) sayfadan oluşan ilgili dokümanlara göre yapılması;
- c) Çalışmanın 2019-2020 eğitim-öğretim yılı içinde tamamlanması;
- d) Çalışmanın eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde yapılması için gerekli planlamanın yapılması ;

Söz konusu çalışmanın yukarıda belirtilen hususlar dahilinde ve denetimlerinin de ilgili okul müdürlerinde olduğunu belirten; komisyon tutanağı müştereken imza altına alınmıştır. 18.10.2019

EK 3: Bilgilendirilmiş veli vasi olur formu



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ/VASİ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Velisi/vasisi bulunduğunuzbilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiştir. Bu çalışmaya katılımına izin vermeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz önemlidir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıma onay verip vermemekte serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilirsiniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılımı onayladığınız takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde e-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Seçilmiş Sağlık Davranışları

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 680'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmaya katılım için öngörülen süre 1 yıl(Eylül 2019-Eylül 2020)'dir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; Çorum il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve seçilmiş sağlık davranışlarının belirlenmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olunması gereken koşullar şu şekildedir;

- Adolesan yaş grubunda olmak (Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10-19 yaş grubu)
- Lise son sınıf öğrencisi olmak

Bu araştırmadan dışlanmanıza neden olan koşullar;

- Yabancı uyruklu olmanız

Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmaya katılmaktan vazgeçmeniz durumunda çalışmadan çıkarılacaksınız.

Araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, o ana kadar elde edilmiş olan veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.



BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ/VASİ OLUR FORMU

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada uygulanacak veya yapılması istenecek olan işlemler şu şekildedir;

Araştırmanın verilerinin toplanmasında bir anket formu dağıtılacaktır. Anket formunun ilk aşamasında öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, okul türü, anne ve babanın eğitim durumu, gelir durumu, boy, kilo, kronik hastalık varlığı), sağlık davranışları (sigara kullanma durumu, egzersiz ve spor yapma durumu), sağlıkla ilgili uygulamaları (sağlık kontrollerini düzenli yaptırıp yaptırmadığı, son 1 yılda hangi sağlık kontrollerini (tansiyon, kan şekeri, kilo takibi) yaptırdığı, sağlık hizmetlerinden yararlanırken ilk hangi kuruma başvurduğu), beslenme davranışları (ana öğün sayısı, öğün atlama durumu, öğün atlanıyorsa hangi öğünlerin atlandığı, fast-food ve organik yiyecek tüketim sıklığı), uyku alışkanlığı (uyku saat ve süresi), internet kullanım durumu (akıllı telefon varlığı, internet kullanımı ve kullanılıyorsa günlük kullanım saati, internete erişim için en çok hangi aracın kullanıldığı, internet kullanım amacı), internetin sağlıkla ilgili kullanımı (internette sağlıkla ilgili bilgiyi araştırma amacı, internetin iyi bir sağlık araştırma kaynağı olup olmadığı, internette sağlıkla ilgili araştırma yaparken zorluk yaşanıp yaşanmadığı, internette sağlıkla ilgili ulaşılan bilgiye güven düzeyi, sağlıkla ilgili verilen kararlarda internetin ne düzeyde yardımcı olduğu, cep telefonunda sağlık uygulamalarının var olma durumu, son 1 haftada internet ya da telefon üzerinden sağlıkla ilgili araştırma yapılıp yapılmama durumu) e-nabız uygulamasını bilme durumu ve üyeliği, e-sağlık uygulamalarını bilme durumu sorulacaktır.

e-Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için anket formunun ikinci aşamasında e-sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılacaktır.

e-Sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü (kaynak), sağlık eğitimi, bilgi ve araştırma dahil olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek için bilgi iletişim teknolojilerinin bireyler tarafından etkin ve güvenli kullanımıdır.

e-Sağlık okuryazarlığı ise; elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi arama, bulma, anlama, değerlendirme ve bir sağlık sorununu çözmek için edinilen bilgileri uygulayabilme yeteneğidir.

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Katılımcının araştırma süresince yerine getirmesi gereken bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

8. OLASI RİSKLER

Katılımcının araştırma süresince herhangi bir riskle karşılaşma durumu olmayacaktır.

9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Yapılan bu çalışma ile lise son sınıf öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenecek ve öğrencilerin sağlık davranışlarının e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olup olmadığı ortaya çıkarılacaktır. Lise son sınıf öğrencilerinden elde ettiğimiz bu bilgiler Türkiye’de adolesan yaş grubunda e-sağlık okuryazarlığı düzeyini tahmin etmede yarar sağlayacaktır.

Ülkemizde e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ulusal ve uluslar arası bilime katkı sağlayabilecektir.

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.



BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ/VASİ OLUR FORMU

10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılım için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılım sağlanması halinde, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Her türlü kişisel bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde bu bilgilere ulaşabileceksiniz.

12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmaya katılıma izin vermek tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer alınmasına onay verebilir, katılımı onaylamayabilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılma kararı verebilirsiniz. Araştırmadan çekilmeyi tercih etmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılma durumunda da, o ana kadar elde edilmiş olan veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Velisi/vasisi bulunduğumyukarıda detayları yazılı olan araştırmada yer almak için araştırmacı Seyyide Özden tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edilmiştir. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğumu biliyorum (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için olası bir çekilme durumunda bunu önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Araştırmaya katılım konusunda karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Araştırmacılar tarafından da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, velisi/vasisi bulunduğum ve aşağıda ismi yazılı kişinin bilgilerinin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ/VASİ OLUR FORMU

| GÖNÜLLÜ | |
|------------|--|
| ADI SOYADI | |
| TELEFON | |

| VELİ/VASİ | | İMZASI |
|------------|--|--------|
| ADI SOYADI | | |
| ADRES | | |
| TELEFON | | |
| TARİH | | |

| ARAŞTIRMACI | | İMZASI |
|-------------|---------------|--------|
| ADI SOYADI | Seyyide Özden | |
| GÖREVİ | | |
| ADRES | | |
| TELEFON | | |
| TARİH | 10.06.2019 | |

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.

EK 4: Anket formu

ÇORUM İL MERKEZİNDE LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE SEÇİLMİŞ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmada sizlerin e-sağlık ile ilgili bilgi düzeyinizin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Katılımınızdan, soruları içtenlikle ve eksiksiz doldurmanızdan dolayı teşekkür ederiz.

ANKET FORMU

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3) Okulunuzun türü:

1. Fen Lisesi/Anadolu Lisesi 2. Meslek Lisesi 3. İmamhatip Lisesi

4) Annenizin Eğitim Durumu:

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

5) Babanızın Eğitim Durumu:

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

6) Uzun süreli olarak yaşadığınız yer:

1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Köy/kasaba

7) Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

8) Doktor tarafından tanı konulmuş kronik(devamlı) bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

9) Yanıtınız 'Evet' ise aşağıdaki hastalıklardan sizde hangisinin mevcut olduğunu

işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Eğer hastalığınız seçenekler arasında yoksa hastalığınız diğer kısmına yazabilirsiniz.)

Şeker hastalığı () Kalp Hastalıkları ()

Astım () Artrit ()

Kronik Bronşit () Depresyon ()

Yüksek Tansiyon () Diğer:

10) Aile bireyleriniz arasında kronik(devamlı) hastalığı olan var mı?

1. Evet 2. Hayır

- 11) Aile bireyleriniz arasında sağlık çalışanı var mı?
1. Evet 2. Hayır
- 12) Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
- 13) Sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırır mısınız?
1. Evet 2. Hayır
- 14) Son 1 yılda hiç tansiyonunuzu ölçtördünüz mü?
1. Evet 2. Hayır
- 15) Son 1 yılda hiç kan şekerinizi ölçtördünüz mü?
1. Evet 2. Hayır
- 16) Son bir 1 yılda hiç kan kolesterolünüzü ölçtördünüz mü?
1. Evet 2. Hayır
- 17) Son 1 yılda hiç kilonuzu ölçtördünüz mü?
1. Evet 2. Hayır
- 18) Sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?
1. Aile sağlığı merkezi
2. Devlet/Üniversite Hastanesi
3. Özel Hastane
- 19) Günde kaç ana öğün besleniyorsunuz?
1. 1 öğün 2. 2 öğün 3. 3 öğün 4. Daha fazlası
- 20) Öğün atlar mısınız?
1. Evet (Hangi öğün?.....) 2. Hayır
- 21) Meyve/sebze türü yiyecekleri ne sıklıkla tüketirsiniz?
1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Sık sık 5. Her zaman
- 22) Fast-food türü yiyecekleri ne sıklıkla tüketirisiniz?
1. Her gün 2. Haftada 2-3 kez 3. Ayda 1-2 kez 4. Hiç
- 23) Sigara kullanma durumunuz:
1. Hiç içmedim 2. İçip bıraktım 3. Halen içiyorum
- 24) Egzersiz yapma durumunuz:
1. Düzenli (Haftanın her günü en az 60 dk. Yürüyüş v.b.)
2. Ara sıra
3. Hiç yapmam

- 25) Günlük uyku süreniz:
- 26) Günlük internette harcadığınız süre:saat
- 27) İnternete erişim için en çok hangi aracı kullanıyorsunuz? (Tek seçenek işaretlenmelidir)
1. Cep telefonu 2. Bilgisayar 3. Tablet
- 28) Son 1 haftada internet ya da telefon uygulamaları üzerinden sağlığınıza ilgili araştırma yaptınız mı?
1. Evet 2. Hayır
- 29) Yanıtınız evet ise hangi konularda araştırma yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Hastalık () Alternatif Tıp ()
- Sağlıklı Yaşam () Tanı ve tedavi ()
- Beslenme () Diğer(Açıklayınız)()
- 30) Sağlıkla ilgili konular sizin için ne kadar önemlidir?
1. Aşırı önemli 2. Önemli 3. Önemsiz 4. Aşırı önemsiz
- 31) Sağlıkla ilgili bilgiye erişim kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
1. Mobil telefon uygulamaları () 2. Sosyal medya ()
3. Sağlıkla ilgili web siteleri () 4. Sağlık personeli ()
5. Radyo ve televizyon () 6. Gazete, dergi ()
7. Aile/arkadaş ()
- 32) Cep telefonunuza sağlık uygulamaları ile ilgili programları indiriyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
- 33) E-nabız uygulamasını duydunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
- 34) Yanıtınız 'Evet' ise e-nabız uygulamasına üye oldunuz mu?
1. Evet 2. Hayır
- 35) Yanıtınız 'Evet' ise e-nabız uygulaması sizce ne kadar önemlidir?
1. Çok önemli 2. Önemli 3. Kararsızım 4. Önemli değil 5. Hiç önemli değil
- 36) Boyunuz: Kilonuz:

EK 5: e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS)

e-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

- 1) İnternette faydalı sağlık dökümanlarına nasıl ulaşacağımı biliyorum.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 2) Sağlıkla ilgili sorularına interneti kullanarak nasıl cevap bulacağımı biliyorum.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 3) İnternette hangi mevcut sağlık kaynakları olduğunu biliyorum.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 4) İnternette faydalı sağlık dökümanlarına nereden ulaşacağımı biliyorum.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 5) İnternette bulduğum sağlık bilgilerinin bana yardımı için o bilgiyi nasıl kullanılacağını biliyorum.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 6) İnternette bulduğum ihtiyacım olan sağlık dökümanlarını değerlendirme becerilerine sahibim.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 7) İnternetteki yüksek seviyedeki sağlık dökümanları ile düşük seviyedeki sağlık dökümanlarını söyleyebilirim.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum
- 8) İnternette bilgi alarak sağlıkla ilgili kararlar aldığımda güvenli hissederim.
a)kesinlikle katılmıyorum b)katılmıyorum c)kararsızım d)katılıyorum
e)kesinlikle katılıyorum

EK 6:Ölçek Kullanımı İzni

24.03.2021 Gmail - Adölesanlar da e-sağlık okuryazarlığı geçerlilik ve gúvenirlilik alışması

M Gmail

Adölesanlar da e-sağlık okuryazarlığı geçerlilik ve gúvenirlilik çalışması
4 ileti

30 Mayıs 2019 11:19

Merhaba:
Hitit Üniversitesi Erol Ölok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak gúrev yapmaktayım. Aynı zamanda Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Halk Sağlığı Hemřirelięi alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam ve kronik hastalar úzerinde yapmak istediğimiz bir çalışmamız için 2015 yılında adölesanlar úzerinde geçerlilik ve gúvenirlilik çalışması yaptığımız e-sağlık okuryazarlığı öleğinizi izniniz dahilinde kullanmak istiyoruz.
Saygılar,
Seyyide Özden

30 Mayıs 2019 12:17

Sayın ÖZDEN,
Adölesanlarda geçerlilik ve gúvenirlilięini yaptığımız " e-sağlık okuryazarlığı ölçeğini" kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Bunun yanı sıra çalışmanızda etik olarak refere etmenizi talep ediyorum.
Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Konu: Adölesanlar da e-sağlık okuryazarlığı geçerlilik ve gúvenirlilik alışması

[Alıntılanan metin gizlendi]

30 Mayıs 2019 19:38

Sayın SAKAR,
Etik olarak bütün kuralları uyacağım. Paylaşımınızda dolayı teşekkür ederim.

[Alıntılanan metin gizlendi]

31 Mayıs 2019 09:31

Sayın ÖZDEN,
Ben de teşekkür ederim. Çalışmanızda başarılar diliyorum...

Kime: sabahat sakar
Konu: Re: Ynt: Adölesanlar da e-sağlık okuryazarlığı geçerlilik ve gúvenirlilik alışması

[Alıntılanan metin gizlendi]

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=130bccfaa2&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1634944294298279612&simpl=msg-f%3A16349442...> 1/1

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Seyyide ÖZDEN

Doğum yeri ve tarihi : [REDACTED]

İletişim adresi ve telefonu : [REDACTED]
[REDACTED]

Öğrenim Durumu

Lisans : [REDACTED]

Yüksek lisans : [REDACTED]
[REDACTED]

Mesleki Deneyimi

Hemşire, (2017-.....), T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Türkiye)

Yayımları

Özden S., Yılmazel, G. (2019). Yatarak Tedavi Gören Hastalarda E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler: Hastane Tabanlı Bir Çalışma. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri. Antalya, 1127.