

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YETİŞKİN BİREYLERDE DİJİTAL OKURYAZARLIK VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: KONYA
ÖRNEĞİ**

Müjdat YEŞİLDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Şerife Didem KAYA

KONYA-2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YETİŞKİN BİREYLERDE DİJİTAL OKURYAZARLIK VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: KONYA
ÖRNEĞİ**

Müjdat YEŞİLDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Şerife Didem KAYA

KONYA-2018

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi ‘Müjdat YEŞİLDAL’ ın “Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya, Türkiye / 19.12.2018

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Şerife Didem KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Anıl TOYGAR

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 20./12/2018 tarih ve 26./97. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası

APPROVAL

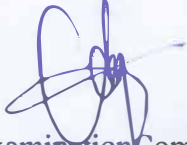
We certify that we have read this dissertation titled “**The Relationship Between Digital Literacy and Health Literacy in Adult Individuals: The Case of Konya**” by “**Müjdat YEŞİLDAL**” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “**Health Management**”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences, Konya, Turkey / 19.12.2018

Principal Advisor 

Associate Professor Şerife Didem KAYA

Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member

Associate Professor Ayhan ULUDAĞ

Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member

Assistant Professor Şükrü Anıl TOYGAR

Selçuk University

Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.



Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Date and Signature

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

19.12.2018

Müjdat YEŞİLDAL

[Öğrenciler](#)
[Not Defteri](#)
[Kütüphaneler](#)
[Takvim](#)
[Tartışma](#)
[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
Müjdat Yeşildal	Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık...	%13 %13	9%	6%	6%	-	-	ödev indir	1054161245	10-Ara-2018

Doc. Dr. Ş. Dikem KAYA

TEŞEKKÜR METNİ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında sonsuz desteğiyle beni yüreklendiren, benimle bilgisini, tecrübesini ve zamanını hiç kısımadan paylaşan, bu konunun gündeme gelmesinde öncülük eden çok değerli danışmanım Doç. Dr. Şerife Didem KAYA'ya yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Yalçın İLERİ'ye ve Dr. Öğr. Üyesi Aydan YÜCELER'e ve çalışmaya katılan vatandaşlara teşekkür ederim.

Hayatımda ve tüm eğitim süreçlerimde büyük emeği olan, hoşgörüsüne hayran olduğum, sonsuz sevgi ve desteklerini daima hissettiğim canım aileme teşekkür ederim.

19.12.2018

Müjdat YEŞİLDAL

İÇİNDEKİLER TABLOSU

<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>i</i>
<i>Approval</i>	<i>ii</i>
<i>Beyanat</i>	<i>iii</i>
<i>Turnitin Raporu</i>	<i>iv</i>
<i>Teşekkür Metni</i>	<i>v</i>
<i>İçindekiler Tablosu</i>	<i>vi</i>
<i>Kısaltma Ve Singeler</i>	<i>viii</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>ix</i>
<i>Şekiller Listesi</i>	<i>x</i>
<i>Özet</i>	<i>xi</i>
<i>Abstract</i>	<i>xii</i>
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. OKURYAZARLIK KAVRAMI.....	3
2.1.1. Okuryazarlık Türleri.....	4
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	7
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	8
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	11
2.2.3. Düşük Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları.....	11
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçme Araçları.....	13
2.2.5. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	17
2.3. DİJİTAL OKURYAZARLIK.....	25
2.3.1. Dijital Okuryazarlık Bileşenleri.....	27
2.3.2. Dijital Okuryazarlığa Ait Türler.....	31
2.3.3. Dijital Okuryazarlık Ölçme Araçları.....	33
3.GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırma Modeli.....	35
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	35
3.3. Ön Uygulama.....	35
3.4. Veri Toplama Araçları.....	36
3.4.1 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	36
3.4.2. Dijital Okuryazarlık Ölçeği.....	37
3.5. Verilerin Toplanması.....	37
3.6. Veri Analizi.....	38

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
3.9. Araştırma Soruları	39
4. BULGULAR	40
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
4.2. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçekler ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	45
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	57
KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	68
Ek- A Anket Formu.....	68
Ek- B Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	71
Ek-C Konya Valiliği Araştırma İzni.....	72
ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMA VE SİMGELER

ASOY: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı

BİT: Bilgi İletişim Teknolojileri

CAST: Computer Alfabetisme Schalen Twente

DOY: Dijital Okuryazarlık

DOYÖ: Dijital Okuryazarlık Ölçeği

EU: European Union

HLS: Health Literacy Survey

NAAL: National Assessment of Adult Literacy

NVS: New Vital Sign

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SPSS: Statistical Programme for Social Sciences

TDK: Türk Dil Kurumu

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHO: World Health Organization

WB: World Bank

TABLolar LİSTESİ

<i>Tablo 3.2.1. Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örnek Büyüklükleri</i>	25
<i>Tablo 3.6.1. Ölçeklere Ait Normallik Testleri</i>	38
<i>Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular</i>	40
<i>Tablo 4.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler</i>	43
<i>Tablo 4.2.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden Aldıkları Puanlar</i>	44
<i>Tablo 4.3.3. Dijital Okuryazarlık Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler</i>	44
<i>Tablo 4.2.4. Katılımcıların Ölçeğinden Dijital Okuryazarlık Aldıkları Puanlar</i>	45
<i>Tablo 4.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi</i>	45
<i>Tablo 4.3.2. Dijital Okuryazarlık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi</i>	47
<i>Tablo 4.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi Analizi</i>	49
<i>Tablo 4.3.4 Dijital Okuryazarlık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi Analizi</i>	51
<i>Tablo 4.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi</i>	52
<i>Tablo 4.3.6. Dijital Okuryazarlık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi</i>	53
<i>Tablo 4.3.7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi</i>	53
<i>Tablo 4.3.8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Arasında Regresyon Analizi</i>	.56

ŞEKİLLER LİSTESİ

<i>Şekil 2.3.1.1. Dijital Okuryazarlık Bileşenleri</i>	19
<i>Şekil 2.3.1.2. Dijital Okuryazarlık Modeli</i>	20



ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki:
Konya Örneği

Müjdat YEŞİLDAL

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2018

Günümüz dünyası, iletişim kurarken kullandığımız yazı sembolleriyle birlikte binlerce sembolik anlatımı da kapsamaktadır. Okuryazarlık kavramı yaşam boyu öğrenim “sürekli eğitim” bilincini oluşturma, bu bilinci geliştirme, daha etkin öğrenme için bireylerin yeni beceriler kazanmalarını sağlamaktır. Yetişkin bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı arasında ilişkiyi araştırmak ve bulgulardan hareketle alana yeni katkılar sunmak amaçlanmıştır.

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, örneklem büyüklüğü 500 kişiden oluşmaktadır. Veri toplama formunda Ng (2012) tarafından geliştirilen, Hamutoğlu ve arkadaşları (2016) tarafından Türkçe’ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Dijital Okuryazarlık Ölçeği ile Toçi ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen, Aras ve Temel (2017) tarafından Türkçe’ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %57,4’ü (287 kişi) erkek ve %42,6’sı (213 kişi) kadın olmak üzere toplamda 500 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ortalama puanı $\bar{x}=4,23$ ve Dijital Okuryazarlık puanı ortalaması $\bar{x}= 3,78$ olarak bulunmuştur. Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin Bilgiyi Anlama ve Değer Bıçme alt boyutları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki; Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde: Sağlık Okuryazarlığı seviyesi; cinsiyet, yaş, gelir durumu ve öğrenim durumuna bağlı olarak değişmektedir. Dijital okuryazarlık seviyesi ise cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, öğrenim durumu, yaşanan bölge durumuna göre değişiklik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Dijital Okuryazarlık, Okuryazarlık

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Relationship Between Digital Literacy and Health Literacy in Adult Individuals: The Case of Konya

Müjdat YEŞİLDAL

Health Management Department

MASTER'S THESIS / KONYA-2018

Today's world, along with the symbols we use to communicate, includes thousands of symbolic narratives. The concept of literacy is to ensure that individuals gain new skills for lifelong learning inci continuous education öğrenme awareness, for the development of this awareness, and for more effective learning. The aim of this study was to investigate the relationship between digital literacy and health literacy in adult individuals and to make new contributions to the field.

The quantitative research design was used in the study and the sample size was 500 people. In the data collection form, Hamutoğlu et al. (2016) used the Turkish version of the Digital Literacy Scale, which was validated for reliability and reliability, and the Health Literacy Scale, which was conducted by Aras and Temel (2017).

Of the participants, 57.4% (287 people) were male and 42.6% (213 female) were female. The mean score of health literacy scale was $\bar{x}=4.23$ and the average of digital literacy score was found as $\bar{x}=3.78$. A very weakly significant relationship between age and health literacy scale knowledge comprehension and appraisal sub-dimensions; There was a negative correlation between the digital literacy scale and its sub-dimensions. According to pearson correlation analysis made between health literacy scale and its sub-dimensions and digital literacy scale and sub-dimensions, there is a weak positive relationship.

When the results of the study were examined: health literacy level; It depends on gender, age, income level and educational status. The level of digital literacy varies according to gender, age, marital status, income level, education level, area of residence.

Keywords: Health Literacy, Digital Literacy, Literacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz dünyası, iletişim kurarken kullandığımız yazı sembolleriyle birlikte binlerce sembolik anlatımı da kapsamaktadır. Kullanılan sembollere bazı anlamlar ve ifadeleri dahil etmek bir çeşit okuma şeklidir.

Okuryazarlık seviyesi ve Sağlık Okuryazarlığı seviyesi arasında da göz ardı edilmemesi gereken bir ilişki vardır. Okuryazar olmayan veya yetersiz okuryazarlık seviyesinde olan bireylerin Sağlık Okuryazarlığı seviyelerinin de yüksek olması beklenemez (Üçpunar, 2014). Diğer yandan bireylerin okur-yazarlık düzeylerinin yüksek olması Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin de yeterli olduğu anlamına gelmemektedir (Zengin, 2017). Sağlık Okuryazarlığı son zamanlarda okuryazarlık ve sağlık konusundaki kaygıları birleştiren kilit bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Tanımlar son derece tartışmalı olmasına rağmen, Sağlık Okuryazarlığı en basit şekilde “sağlık için bilginin erişimini, anlaşılmasını ve kullanılmasını sağlamak için gerekli olan beceriler” olarak kabul edilebilir.

Günümüzün sağlık sistemi, insanlara sağladığı hizmetler açısından oldukça karmaşıktır. Sağlık Okuryazarlığı, insan yaşamının uzaması, gelişen teknolojiler, yeni ortaya çıkan hastalıklar ve yeni tedavi yöntemleri, artan obezite ve kronik hastalıkların çoğalması gibi birçok nedenden dolayı giderek daha önemli hale gelmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014). Sağlık Okuryazarlığı, mevcut sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı, alınan hizmetlerden elde edilen sonuçlar ve sağlık harcamalarının azaltılması nedeniyle sağlık sektöründe giderek daha önemli bir kavram haline gelmiştir (Yıldırım ve Keser, 2015). Sağlık hizmetlerinin başarısının ve hedeflenen sonuçların elde edilmesinin, kişinin Sağlık Okuryazarlığı düzeyiyle ilişkili olduğu görülmektedir. ABD'de 20. yüzyılın sonlarına doğru önem kazanmaya başlayan Sağlık Okuryazarlığı, araştırma yoluyla Sağlık Okuryazarlığının düşük düzeylere sahip olduğu Avrupa Birliği ülkelerinde de önem kazanmıştır. Türkiye'de yapılan yeni bir araştırma sonucunda, bireysel Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmadığı bulunmuştur (Aboumatar ve ark., 2013; Callahan ve ark., 2013; Kaphingst ve ark., 2014).

Günümüzde popüler medya ve eğitimciler tarafından benimsenen yaygın bir varsayım, gençlerin Bilgi İletişim Teknolojileri ile yaşlılara göre daha yüksek yetkinliğe sahip olmalarıdır. Bununla birlikte, önceki araştırmalarda, yaş ve BİT yeterliliği arasındaki ilişki hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır.

Gilster (1997), 1990'ların sonlarında dünyada “Dijital Okuryazarlık” kavramının ilk kez ortaya çıktığında, bu kavramı eğitimsel terimlerle tanımlamıştır. Dijital Okuryazarlık öğrencinin internette bulunan veya okul temelli bir öğrenme bağlamında; metin ve multimedya bilgilerine uygulanan belirli bilgi becerileri kullanma kapasitesidir. Yeterince sınırsız fikir ve bilgiye hızlı bir şekilde ulaşmasıyla birlikte, kullanıcı için yeni sorumluluklar getirdiğini kaydetti. İlk kavramsallaştırılmasında bile, okuryazar olmanın, okuma, yazma, dinleme ve konuşma ile ilgili temel okuryazarlık becerilerini aştığı açıktır. Günümüzün dijital medya ve teknolojileri ile, insanlar şimdi, aynı zamanda, oluşturabilir, çalışabilir, paylaşabilir, sosyalleştirebilir, araştırma yapabilir, oyun oynayabilir, iş birliği yapabilir, iletişim kurabilir ve öğrenebilir. Gilster'ın (1997) ilk Dijital Okuryazarlık kavramından bu yana, bu terim evrim geçirdi, değişti ve genişledi, kültürel, sivil ve ekonomik katılım için giderek daha merkezi hale geldi. Web 2.0 araçlarının ortaya çıkmasıyla birlikte, Gilster'ın (1997) ilk Dijital Okuryazarlık vizyonunun çok ötesinde faaliyetler ifade etme, yaratma, paylaşma, etkileşim kurma ve etkileşim kurma becerileri gerektiren bir katılımcı kültür ortaya çıkmıştır. Ancak, genişleyen tanımıyla, Dijital Okuryazarlık, Chase ve Laufenberg'in (2011) “doğal olarak yumuşacık” dedikleri şey haline geldi. Terimin tanımları, basit bir şekilde, teknoloji akıcılığı olmaktan, dijital ortamlarda bilgi okuryazarlığı becerilerini (örneğin, bilgiyi organize etmek, yönetmek, sunmak ve değerlendirmek) uygulama becerisine kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan daha geniş, daha karmaşık kavramsal çerçevelere kadar uzanmaktadır.

Bu çalışma uluslararası literatürde yoğun olarak tartışılan Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık konusunda yetişkin bireylerin bilgi düzeylerini ölçerek temel demografik veriler ile okuryazarlık seviyeleri arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır. Araştırma Konya ilinde Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yaşayan 18 yaş üstü bireyleri kapsamaktadır. Ayrıca Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık kavramları arasındaki ilişki Türkçe literatürde ilk kez aynı çalışmada yer aldığı için alana katkı sağlaması açısından önem arz etmektedir.

Tez çalışması, giriş, Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık kavramlarının bulunduğu teorik bölüm, gereç ve yöntemi oluşturan bölüm, araştırmanın bulgular bölümü, tartışma ve sonuç bölümlerinden oluşmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın konusu hakkında kavramsal çerçeve oluşturmak için ilgili bilimsel çalışmalar taranarak elde edilen bilgilere yer verilip ilk olarak okuryazarlık kavramı açıklanmış, okuryazarlık türlerine dikkat çekilerek günümüzde büyük bir önem arz eden Sağlık Okuryazarlığı, Dijital Okuryazarlık, Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkili diğer kavramlara ve dijital okuryazarlığın kapsamına açıklık getirilmiştir. Ayrıca Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık seviyelerinin ölçülmesi için gerekli olan ölçme araçlarına da değinilmiştir.

2.1. OKURYAZARLIK KAVRAMI

Türkçe Sözlükte okuryazarlık “okuryazar olma durumu” şeklinde tanımlanırken, okuryazar kelimesi; “okuma ve yazma bilen, öğrenim görmüş kişi olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018). Daha güncel bir bakış ile okuryazarlık kavramı; toplumun iletişimsel simgeleri etkili bir biçimde kullanma konusundaki yeterlilikleri olarak tanımlanabilir. Genel anlamı ile okuryazarlık tanımını şöyle yapmak mümkündür; bireylerin yaşam boyu öğrenme bilincini oluşturma, bu bilinci geliştirme, daha etkin öğrenme için bireylerin yeni beceriler kazanmalarını sağlamaktır (Aldemir, 2003).

Okuryazarlık kavramı kullanıma bağlı olarak farklı olmakla birlikte, bireyin duygu, düşünce ve arzularını konuşma ve yazma yoluyla tam ve doğru bir biçimde ifade etmesidir. Aynı zamanda okuryazarlık başkalarının söyledikleri ve yazdıkları iletileri dinleme ve okuma yoluyla doğru bir biçimde anlamasını ve bütün bunları yaparken bireysel becerilerini sosyokültürel alanda kullanmasıdır. Hatta böyle bir yetiye sahip kişilerin, bireysel bilgi ve düşüncelerini geliştirirken, aynı zamanda özgün ve derin değerlere sahip olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, okuryazar bireylerin kendini geliştirdiği kadar içinde bulunduğu toplumun sorunlarının çözümüne ve toplumsal gelişime katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Gelişmiş ülkelerdeki okuryazarlık çalışmalarıyla ilgili literatüre bakıldığında, okuryazarlık kavramının ilk defa 1950’li yıllarda tanımlandığı görülmektedir (Güneş, 1997). Bu tanım, okuryazarlığı temelde okuma yazma becerisiyle sınırlandırmaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda, okuryazarlığın temel okuma yazma yetisi ile sınırlı olmadığını, okuryazarlığın okuduğunu anlama ve kendini yazı ile ifade

edebilme, zihin becerilerinin gelişimi gibi daha geniş çaplı bir bilgi ve beceri alanı ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

Okuryazarlık kavramı ülkemizde çoğunlukla temel okuma ve yazma yeteneği olarak anlaşılmaktadır. Okuryazarlığı yukarıdaki kavramsal çerçeve ile anlamak, bu eğitim kavramının kişinin ve toplumun ilerlemesine bağlı olarak kazandığı anlamların farklı olduğunu göstermektedir.

Barton ve Hamilton (2000) okuryazarlığın yapısını 6 aşamada tanımlamışlardır. Bunlar;

1. Okuryazarlık, sosyal uygulamalar dizisi olarak tanımlanabilir. Aynı bu dizi yazılı metinlerin aracılık ettiği olaylardan çıkarılabilir hale gelmiştir. Adım adım hazırlanmış bir kek tarifine bakarak bireyin uygulamaya yönelik kek yapmaya çalışması bu adıma örnek verilebilir.
2. Hayatın farklı alanlarıyla ilişkilendirilmiş kullanım farklılıkları mevcuttur. Örneğin; akademik çalışmalarda görülen dil farklılıkları ve kültür buna örnek verilebilir.
3. Okuryazarlık uygulamaları, sosyal kuruluşlar ve güçlü ilişkiler tarafından oluşturulmuştur. Ayrıca bazı okuryazarlıklar daha fazla baskın ve etkili hale gelmiştir. Aile ve din faktörü diğerlerinden daha baskın görülmektedir. Ancak eğitim ve okuryazarlık oranı daha az baskın olanlar arasında yer almaktadır.
4. Okuryazarlık uygulamaları eğitim amaçlı olmakla birlikte, daha geniş sosyal hedefler ve kültürel uygulamalar ile sınırlandırılır. Örneğin; bireyin politik görüşleri, üye olduğu kurum ve kuruluşlar okuryazarlık uygulamalarına yön verebilmektedir.
5. Okuryazarlık hem bireysel hem de kültüre dayalı tarihsel bir olgudur.
6. Okuryazarlık uygulamaları değişim içindedir. Bu değişim genellikle informal öğrenme ve akla uygun gelen süreçler yoluyla kazanılmaktadır. Bağlı olduğu gelenekler ve informal yolla öğrenilen birtakım davranışları buna örnek verilebilir.

2.1.1. Okuryazarlık Türleri

Literatür incelendiğinde okuryazarlık türleri çok çeşitlilik göstermektedir. 25 farklı okuryazarlık türünün varlığı bilinmektedir (Grisham ve Wolsey, 2006; Gahala, 2006).

- Anayasa okuryazarlığı,
- Bilgisayar okuryazarlığı,
- Bilimsel okuryazarlık,
- Coğrafya okuryazarlığı,
- Çevre okuryazarlığı,
- Dijital okuryazarlık,
- Ekonomi okuryazarlığı,
- Eleştirel okuryazarlık,
- Görsel okuryazarlık,
- Grafik okuryazarlığı,
- İnternet okuryazarlığı,
- Kültür okuryazarlığı,
- Kütüphane okuryazarlığı,
- Matematik okuryazarlığı,
- Medya okuryazarlığı,
- Politika okuryazarlığı,
- Sinema okuryazarlığı,
- Sağlık okuryazarlığı,
- Tarım okuryazarlığı,
- Tarih okuryazarlığı,
- Teknoloji okuryazarlığı,
- Televizyon okuryazarlığı,
- Tüketici okuryazarlığı,
- Yatırım okuryazarlığı,
- Web okuryazarlığı

Okuryazarlık kavramının en geniş siyasal anlamına bakıldığında ise dünya içerisinde var olan çeşitli ilişkileri ve yaşantıları yapılandırması olarak görülebilmektedir. Dünyada çok farklı kültürler bulunmaktadır. Okuma-yazma dağınık bir biçimde olan kültürlerin etkileşimini ulaşılabilir kılan ve kültürlerarası becerileri geliştiren bir etmen olarak da anlaşılabilir. Bu farklı kültürlerin etkileşiminde okuma-yazmanın eleştirel boyutu da önemli hale gelmektedir. Daha özgül bir anlamda ise, eleştirel okuma-yazma, eleştiri için bir gösterge olmanın yanı sıra, okuma-yazma eyleminde bulunan kişi için de bir anlatı olmaktadır. İnsanların

kendilerini kendi tarihleri içine yerleştirmelerine; bunu yaparken de kendilerini insan yaşamının ve özgürlüğün olanaklarını genişletme uğraşısı içerisinde olanların aracı olacak okuryazarlık, kuramsal ve uygulamaya ilişkin koşulları geliştirme anlamına da gelmektedir. Bu koşullarda okuma-yazmanın, özgürleşmenin karşılığı olarak değerlendirilmesi tam anlamıyla doğru olmamaktadır. Okuma-yazma temelde gerekli olan, fakat yeterli olmayan bir biçimde hem anlam ilişkileri hem de güç ilişkileri çevresindeki uğraşların ön koşulu olarak değerlendirilebilir (Freire ve Macedo, 1998).

Bu koşullar altında Brandt (2001), okuryazarlığın siyasi ve ekonomik yönünün de etkili olduğunu söylemektedir. Devletin siyasi ve ekonomik ilişkilerinin kötü olması durumunda okuryazarlık ve adalet arasında sorunlu bağlantıların olduğunu vurgulamıştır. Duffy ve arkadaşları (2014) ise okuryazarlığın düşük olması durumunda belirli bir erişim kesintisine sebep olmakla birlikte bireysel yetenekleri şekillendiren ekonomik ve siyasi güçleri açığa çıkarmaya da yön verdiğini belirtmişlerdir.

Usta ve Karakuş (2016), okuryazar olan kişinin elde ettiği bilgiyi çok boyutlu algıladığını ve içselleştirdiğini söylemektedir. Aynı zamanda o konuyla ilişkili bilgi ve kavramlar bireyin söylem ve tutumlarına yansımaktadır. Bunun da bireyin konuyla ilgili etkili kararlar vermesine olanak sağladığı söylenebilir. Özellikle sağlık gibi karmaşık alanlarda bireyin okuryazarlığa dair bilgi ve becerilerini kullanmasının olumlu sonuçlar doğurabileceği görölmektedir. Bununla ilgili, bireyin sağlığa dair tutum ve davranışlarının iyileştirilmesinde sağlık bilgisinin oldukça önemli olduğunu belirtmişlerdir.

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık hakkında bilgiye erişimin kolaylaştığı günümüzde bireyler, sağlık hizmeti sunucuları ve paydaşları, eczacılar, klasik medya ve özellikle yeni medya tarafından sağlıkla ilgili bilgi yağmuruna tutulmaktadır. Bu bilgilerin anlaşılması ve uygulanabilmesi bireylerin Sağlık Okuryazarlığı seviyesi ile orantılıdır (Sezgin, 2011). Sağlık okuryazarı olmak demek sağlık durumları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayıcılarını seçmek, tedavi seçeneklerini anlamak ve yardım gerektiğinde nereye gidileceğini ve kime başvurulacağını bilmektir. Bu, ayrıca, ilaçları doğru şekilde alabilmek ve evdeki tıbbi cihazları doğru şekilde kullanabilmek anlamına da gelmektedir (Barrett ve Puryear, 2006). Sağlık Okuryazarlığı kavramının literatürde yer alması ilk olarak sağlık eğitimi alanında 1974'lü yıllarda gerçekleşmiştir, ancak 20. yüzyılın sonuna kadar pek fazla kullanılmamıştır. İlk dönem Sağlık Okuryazarlığı tanımı; kişinin sadece sağlık bilgisini okuma, anlama ve tıbbi yönergelere uyma kabiliyeti olarak tanımlanmıştır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004). Hem yeni hem de eski bir kavram olarak kabul edilen Sağlık Okuryazarlığı terimi, sağlık literatüründe 30 yılı aşkın bir süredir kullanılmaktadır. Sağlık Okuryazarlığı, insan sağlığı üzerinde büyük etkisi olacağı düşüncesi ile 1990'lı yıllarda yeniden tartışılmaya ve yeniden tanımlanmaya başlanmıştır. Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association, AMA) Sağlık Okuryazarlığını “sağlık bakım ortamında işlevsellik için gereken, ilaç şişelerini, randevu kartlarını ve sağlıkla ilişkili diğer gerekli malzemeleri okuma ve kavrama yeteneği gibi temel okuma ve rakamsal işlerin yapılabilmesini içeren becerilerin takımıydı” olarak tanımlar. Bu terim, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaların okuryazarlık seviyeleri ve onların öngörülen tedavi edici rejimler ile uyum yetenekleri arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve açıklamak amacıyla kullanılmaktadır (AMA, 1999). Amerika Birleşik Devletleri'nde, bu terim, özellikle hastaların okuryazarlık düzeyleri ile sağlık bakımı için reçeteler, randevu kartları, ilaç etiketleri ve talimatlara uyma yeteneği arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve açıklamak için kullanılır (Baker, 2006). Kavramsallaştırılırsa, Sağlık Okuryazarlığı birçok sosyal, kişisel ve bilişsel yetenek ile birlikte sağlık sisteminde yer almak için zorunlu olan kritik düşünme, problem çözme, karar verme, bilgi alma ve iletişim için gereken okuryazarlık becerilerinden doğmuştur. Sağlık Okuryazarlığı kültür, kavram ve dil alanına yayılmıştır (Mancuso, 2009). Sağlık Okuryazarlığı; bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve

hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgiye erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesle aktarmaları olarak tanımlanabilir (Sezgin, 2011).

2.2.1.Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık hizmetleri, eğitim sistemi, kitle iletişimi ve sağlık okuryazarlık kavramları arasında önemli bir bağ bulunmaktadır. Sağlık Okuryazarlığı nüfusun her tabakasını ilgilendiren bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (Ratzan, 2001). Hastaların Sağlık Okuryazarlığı sağlık iletişimi ve sonuçlarını doğrudan etkileyen kritik bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bireylerin sağlık bilgisine ulaşmalarını ve bunu etkili biçimde kullanma kapasitelerini geliştirmek suretiyle bireyi yetkilendirmek için son derece önemlidir. Nutbeam (2000), Sağlık Okuryazarlığının hem kişisel hem de sosyal yararları olabileceğini belirtmekte; sağlığa ilişkin bilgilerle bireylerin yaşam tarzı ve sağlık hizmetlerini kullanma biçimlerinin değiştirilmesi amacıyla yönlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca Sağlık Okuryazarlığının yalnızca kişisel çıkarlara yönelik bir kaynak olmadığını, sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel etkilerinin de olduğu konusunda farkındalığı arttırması gerektiğine inanmaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı; sağlık sistemini yönetmek (karmaşık formları doldurmak, hizmet ve sağlayıcılarını bulmak dahil olmak üzere), hizmet verenlerle kişisel bilgi paylaşımı (sağlık öyküsü gibi), öz bakım ve kronik hasta yönetimi ile meşgul olmak, olasılık, risk ve matematiksel kavramları anlamak gibi insanların bazı yetenekleri üzerinde son derece etkilidir (Quick Guide To Health Literacy, 2008).

Sağlık Okuryazarlığı ciddi bir halk sağlığı konusudur. Genel olarak toplumların okuryazarlığı yetersiz seviyededir. Sağlık Okuryazarlığı yetersiz seviyede olan bireyler, korku, güvensizlik ve özsaygı eksikliğinin yanı sıra, durumlarından mahcup olarak bunu gizlemeye çalışmaktadır. Sağlık Okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin, Sağlık Okuryazarlığı yüksek olan kişilere oranla, sağlık personeline kendi durumlarını anlatma becerileri daha zayıftır. Birçok hasta vereceği bilgi ve düzeyinden emin olmadığından; aynı zamanda anlatılanı anlamayacağı endişesi ile sağlık hizmeti sunanlarla sınırlı iletişim kurmaktadır. Hastanın kendine olan güven eksikliğinin yanı sıra, sağlık hizmeti sunanlar ve hasta arasındaki ilişkideki güç farkı nedeniyle, bazı hastalar soru sormamakta ya da yanlış anladıkları tedavi talimatları için açıklama isteyememektedir. Gücün doktor tarafında olduğu bu asimetrik iletişim biçiminde hasta, pasif iletişim pozisyonunu üstlenmekte; tam cevap verememekte ya da soru

soramamaktadır. Benzer bir şekilde, bazı hastalar doktorlarla anlaşamadığında sessiz kalmayı tercih etmektedir. Sağlık Okuryazarlığı seviyesi yetersiz hastalar, doktorun sabırsız veya kızgın olması durumunda korku nedeniyle soru soramamakta ve yanıldıkları bilgileri söylememektedir (Betz ve ark., 2008; Sezgin, 2011; Wright ve ark., 2008).

Bununla beraber, tıbbi bilgileri doktorların günlük terimlerle ya da hastaların anlayabileceği biçimde açıklamamaları aradaki iletişim sorununun büyümesine neden olmaktadır. Doktorlar zaman zaman hastaların tıbbi bilgiyi, talimatları anlamadıklarının farkına bile varmayabilmekte ya da ilgilenmemektedir. Ek olarak, hastalara tedavi ve talimatlarla ilgili bilgileri yalnızca doktorların vermesi, doktorların iş yükünü artırmakta ve diğer hastaların zamanından çalmaktadır. Bu nedenle diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık sistemi içinde daha aktif rol alması ya da sayılarının artırılması Sağlık Okuryazarlığının yükseltilmesine de yardımcı olacaktır. Aksi takdirde hastaların tedaviyi anlamamaları halinde sağlık hizmeti alma süreçleri yeniden başlamakta ve karmaşıklaşmaktadır (Sezgin, 2011).

Hastalar tıbbi sorunlarını açık bir şekilde ifade edemediklerinde doğabilecek sorunlardan biri, sağlık hizmeti sunanların kısıtlı ya da hatalı bilgilerle sonuçlara ulaşabilmesi, bu hastalara hatalı teşhis koyma riskinin artmasıdır. Bununla beraber bir diğer olası sorun, sağlık ve ilaç hakkındaki artmış yanlış uygulamalara yol açması; Sağlık Okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, Sağlık Okuryazarlığı seviyesi yüksek kişilere oranla ilaç reçetelerini yanlış yorumlaması ve verilen talimatları çoğu kez anlamamasıdır. Bu durum sadece hasta bireyleri etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda tedavinin artan tutarlarının finansal yükünü, toplumun geri kalanına yansıtmakta, sonuç olarak ülkenin sağlık harcamalarını etkilemektedir (Sezgin,2011).

Artan tedavi masraflarının bir diğer nedeni, Sağlık Okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, yüksek olanlara oranla hastanede tedavi olma oranlarının daha fazla olmasıdır. Ancak bununla beraber, hizmetlerin eksik kullanımı, kısa dönemli sağlık hizmeti tutarlarına yol açabilirken; tedavi edilmeyen, ertelenen tedavilerden doğan sakatlık ya da hastalıklar nedeniyle uzun süren ve maliyetleri artan sonuçlar doğabilmektedir. Ayrıca hasta uyumu ve tıbbi hatalardan kaynaklanan sorunlar verilen sağlık bilgilerini iyi anlamamaktan kaynaklanabilmektedir. Tüm hastaların sadece yarısının belirtildiği gibi ilaçlarını alma gerçeği, yetersiz Sağlık Okuryazarlığı seviyesinin olumsuzluğunu göstermektedir (Sezgin, 2011). Sağlık Okuryazarlığı tek

yönlü değildir. Hastalar çeşitli kanallardan nasıl güvenilir sağlık bilgisi toplaması gerektiğini öğrenmek durumundadır. Hastaların kendi sağlık sorunları hakkında bilgi bulma ve uygulama becerileri onların gelecekteki refahı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Aksi takdirde sağlık sistemi, yanlış anlama labirentine dönüşebilir. Bilgi vermek sağlık hizmeti sağlayanların görevi olduğu gibi, bilgi edinmek de sağlık hizmeti alanların görevidir. Her sağlık bilgisi ya da istatistiğinin, her hastaya uyması gerekmediğini anlamak, öğrenmek hastanın da sorumluluğudur (Ishikawa ve Yano, 2008; Sezgin, 2011).

Sağlık Okuryazarlığı seviyesi yetersiz hastaların soru sormamasının iletişim sürecinin verimli geçtiği anlamına gelmediği, bilgi eksikliği duyan hastanın bu bilgileri aile, arkadaş, medya, internet gibi başka kanallardan tamamlamaya çalışacağı unutulmamalıdır. Bunun sonucu olarak, eksik ya da yanlış bilgi hızla akmaya ve kullanılmaya başlamaktadır. Edinilen bilginin sağlığa ilişkin olması birçok tehlikeyi beraberinde getirmektedir. Eksik ya da yanlış anlaşılabilir sağlık bilgisi, yeni hastalıklara, ölüm dahil istenmeyen durumlara sebep olabileceği gibi; sonuç olarak tedavi maliyetlerini artırma, sağlık konusunda yanlış bilinç ve kültür oluşması gibi sonuçlara neden olmaktadır (Sezgin, 2011).

Okuryazarlık, eğitim programları ile gelişebilir, yaşlanma ya da bilişsel bozukluk ile gerileyebilir (Baker, 2006). Yetersiz okuryazarlık genellikle sağlıkla ilişkili okuma gereksiniminin büyük ve kronik hastalık yükünün ağır olduğu grup olan yaşlılar arasında yaygındır. Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması (National Assessment of Adult Literacy, NAAL)'nda 65 yaş ve üstü yetişkinlerin %44'ü işlevsel okuryazar olarak sınıflandırılmıştır. Yaşlı yetişkinlerin daha düşük okuma yetenekleri genellikle yaşla beraber gelen bilgi işleme azlığının sonucudur. Bu durum onların daha az eğitim aldıklarıyla, kronik hastalık sıklığının yüksek oluşu, fiziksel/zihinsel sağlıklarının kötü oluşu ya da bunama gibi faktörlerle açıklanamaz (Baker ve ark., 2002; Kirsch ve ark., 1993; Weiss ve ark., 1994).

Sağlık Okuryazarlığı sağlıklı yaşam tarzı seçimi ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı gibi sadece kişisel yararları olan bireysel bir kaynak değildir. Nüfusun büyük bir kesiminin yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine ulaşması, sağlık için etkili toplumsal hareke sağlanması ve sosyal sermayenin gelişimine katkı sağlanması gibi sosyal yardım ve katkı sağlayacaktır (Nutbeam, 2000). Sağlık Okuryazarlığın geliştirilmesi sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine olanak sağlayabilir,

sağlık servisini etkin bir şekilde kullanmayı destekleyebilir, tedavi rejimine uyumu sağlayabilir (Nutbeam, 2000).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Nutbeam'a (2000) göre Sağlık Okuryazarlığı bilişsel, kişilerarası ve sosyal beceriler olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır:

- **Temel/fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:** Temel okuma, yazma ve okuryazarlık becerilerinin yanı sıra geleneksel sağlık eğitimi girişimlerinin istenen sonuçları olan sağlık durumu ve sağlık sistemleri hakkındaki bilgiyi içerir.
- **İletişimsel/interaktif Sağlık Okuryazarlığı:** Farklı iletişim türlerinden farklı anlamlar türetmek, değişen koşullarda yeni bilgiye başvurmak için kullanılan iletişimsel ve sosyal becerileri içerir. Sağlık eğitiminin son 20 yıl boyunca geliştirdiği yaklaşımların sonuçlarını yansıtır. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulamayı gerektirir.
- **Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı:** Bilginin eleştirel analizinde daha yüksek düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri gerektirir. Yaşam olayları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bu bilgiyi kullanmayı, sağlığın sosyal belirleyicilerine hitap eden bireysel ve toplu eylemleri içerir.

Bilgiye erişimin artırılması ve bilgiye erişim, Sağlık Okuryazarlığının artırılması için iki önemli noktadır. Pek çok kişinin Sağlık Okuryazarlığı eksikliği nedeniyle bilgi ve hizmetlere erişimde zorluk yaşayabileceği bilinmektedir. Sağlık Okuryazarlığı, bireylerin giderek karmaşıklaşan bir sağlık sistemine yönlendirilmesi ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetmesi için önemlidir. Bireylerin sağlığı ile ilgili materyallerin okunması ve anlaşılmasındaki farklılıkların sağlık sistemlerinde var olan sağlık eşitsizliklerine katkıda bulunacağı vurgulanmaktadır. Sağlık Okuryazarlığı seviyesi düşük olan hastaların genel anlamda sağlıklarının daha kötü olması, kendi sağlık problemlerini ve tedavilerini anlayamamaları ve hastaneye yatma riskinin yüksek olması daha olasıdır (Safeer ve Keenan, 2005; Uğurlu,2011).

2.2.3. Düşük Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları

Eagle ve arkadaşları (2005) toplumdaki düşük Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin etkileri olarak çeşitli faktörleri sıralar. Sağlık hizmetlerini kullanmada, belgeleri ve

onay formunu anlama ve tamamlamada ve reçete için talimat okumada yaşanan zorluklar olarak sıralamaktadır. Ayrıca, daha pahalı hizmetlerin kullanımını içerir; ilaçların kötüye kullanılması, öz bakım talimatlarının yanlış anlaşılması ve daha az koruyucu sağlık hizmeti uygulamasını içermektedir. Bu listeye eklenebilecek diğer faktörler, kişinin hastalık koşullarının yanlış anlaşılmasından dolayı depresyon, özel bakımın artan kullanımı, sağlık hizmeti iş gücüne artan ihtiyaç, sağlık araştırmalarında yanlış bilgi vermeye kadar gitmektedir. Zayıf Sağlık Okuryazarlığı, bir bireydeki sağlık durumunun kötü olması, bir toplumdaki sağlıksız sonuçların ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin bir parçası olarak görülmektedir. Genel olarak en önemli sonuç, Sağlık Okuryazarlığı nispeten düşük olan hastaların, daha yüksek okuryazarlık becerilerine sahip olanlara göre daha fazla sağlık hizmeti kaynağı kullanmasıdır (Eagle ve ark., 2005). ABD'de düşük Sağlık Okuryazarlığı nedeniyle sağlık bakım maliyetleri 73 milyar ABD doları ve Avrupa Birliği'nde 77,5 milyar Euro olarak tahmin edilmektedir (Kemp ve Eagle, 2008). Bir başka çalışmada Sağlık Okuryazarlığı eksikliği nedeniyle bir bireyin maliyetinin 143-7.798 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık Okuryazarlığı eksikliği nedeniyle sağlık bakım maliyetlerinin artmasının sebeplerinden bazıları şunlardır: (Eicher ve ark., 2009).

- Düşük düzeyde Sağlık Okuryazarlığı olan kişilerin, hastane yatışlarını artmasına ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların artması.
- Hastalıklarla ilgili yetersiz farkındalık nedeniyle, sağlık düzeyi düşük olan hastalar.
- Düşük sağlık okuryazarlık seviyesi nedeniyle kanser gibi hastalıkların son aşamasında tedavi için başvurması ve tedavi maliyetini artması.
- Hastalık aşamasında daha karmaşık ve pahalı müdahale gereksinimleri olmaktadır.
- Aşılama ve tarama gibi koruyucu sağlık hizmetleri kullanma olasılığı daha düşüktür.
- Acil durum hizmetlerini kullanma olasılıkları daha yüksektir.

Birçok insanın, Sağlık Okuryazarlığı yetersizliği nedeniyle bilgi ve hizmetlere erişimde zorluklar yaşadığı belirtilmektedir. Sağlık Okuryazarlığı, bireylerin giderek daha karmaşık bir hale dönüşen sağlık sisteminde yönlendirilmeleri ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetebilmeleri için çok önemlidir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili materyalleri okuma ve anlayabilmelerindeki farklılıkların, sağlık sistemlerindeki

mevcut sađlık eřitsizliklerine katkı sađlayacađı vurgulanmaktadır. Sađlık Okuryazarlıđı dūřuk olan bireylerin sađlıklarının daha kōtū olma olasılıklarının yūksək olduđu, kendi sađlık sorunlarını ve tedavilerini anlamada yetersizlik yasadıkları ve hastaneye yatma risklerinin yūksək olduđu belirtilmektedir. Okuryazarlık dūzeyi ok dūřuk olan kiřilerin ortalama yıllık sađlık bakım maliyetlerinin genel nūfustan dōrt kat daha fazla olabileceđi ifade edilmektedir. Astım, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıđa sahip olan kiřilerin okuma becerilerinin dūřuk olduđu ve okuma becerisi yūksək olan kiřilerden daha az bilgiye sahip oldukları belirlenmiřtir.

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Őlme Araları

Eđitim ve psikoloji alanlarında Őlek geliştirmek iin yapılan alışmalarda, geliştirilecek Őlek ile Őlūlecek Őzellik arasındaki bağıntının tutarlı olması amalanır (Yurdagūl, 2005). Sağlık bilgisi, bireylerin sağlık durumlarını anlayıp değerlendirmede, iyilik halinin devamlılığında ve davranış bozukluklarını azaltmada Őnemli bir kaynak olarak aıklanmaktadır (Ishawaka ve Yano,2008). Bireyin sağlık bilgisi, bireyin sağlık okuryazarlığının dūzeyine katkı sağlayabilmekte ve bu konu hakkında bilgi verebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, soyut bir kavram olarak gōrūlmektedir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığını Őlmek iin birden ok test ve Őlek geliştirilmiştir. İlgili literatūr tarandığında Sağlık Okuryazarlığı seviyesini belirlemek iin geliştirilen Őlekler;

- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), Davis ve arkadařları (1991) tarafından birinci basamak sađlık merkezlerine bařvuran bireylerin sađlık okuryazarlıđı dūzeyini Őlmek iin geliřtirilen ilk sađlık okuryazarlıđı Őleđidir. Bu Őlekte sorular zorluk seviyesine gōre sıralanmakta ve bireylerin kelime tanıma ve telaffuz yeteneđi Őlūlmektedir. Telaffuzları dūzgūn sōyleyen birey her kelimededen bir puan almaktadır. Őlek 66 tıbbi kelimededen oluřmaktadır. Kelimelerin 0- 44' ũnū dođru telaffuz edenler yetersiz sađlık okuryazarı, 45-60'ını dođru telaffuz edenler dūřuk sađlık okuryazarı, 61-66'sını dođru telaffuz edenler ise yeterli dūzeyde sađlık okuryazarı olarak deđerlendirilmektedir. Bu bir kavrama testi deđildir ve uygulama sūresi 3- 6 dakikadan oluřmaktadır.

Bu test ile bireylerin okuma düzeyi ölçülmektedir. Bireylerin sayısal becerilerini ve anlama düzeylerini ölçmez. REALM testinin kısa sürede uygulanabilmesi avantaj olsa da ölçeğin sadece İngilizcesinin bulunması uygulanma alanını kısıtlamaktadır. REALM-R testi ise REALM ölçeğindeki 66 kelimenin 10 kelimeye indirgenmiş halidir. REALM-R testi de bir kavrama testi olmayıp, bireylerin kelime tanıma ve telaffuz yeteneğini ölçmektedir. İngilizce olan bu test rağmen diğer dillere uygun değildir

- Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA), yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığını ölçmek için Parker ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirmiştir. TOFHLA ölçeğinin uygulanma süresi ortalama 18- 30 dakika olup sağlık okuryazarlığını ölçmek için en sık kullanılan ölçüm yöntemidir. TOFHLA, bireyin sağlık bilgisini boşluk doldurma ve okuduğunu anlama düzeyi ile ölçmekte ve 17 sayısal soru ve 50 boşluk doldurma sorusundan oluşmaktadır. Birey boşluk doldurma sorularını kendisine verilen şıklar içerisinde seçerek cümleyi tamamlar. Bu bölüm verilen sağlıkla ilgili ifadelerin birey tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını ortaya koymaktadır. 17 soruluk sayısal beceriye dayanan bölümde ise bireyin reçete ile ilgili bilgileri ve randevu fişlerini okuyup anlaması istenir. TOFHLA testinin İngilizce ve İspanyolcası mevcut olmakla birlikte kısaltılmış formları da bulunmaktadır. TOFHLA-S ve TOFHLA-R ise Baker ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Sözel bölümde 36 soru ve sayısal bölümde 4 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Uygulanma süresi 5-12 dakika arasında değişiklik göstermektedir. Değerlendirilme TOFHLA' da olduğu gibi 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. 0-59 puan bireyin yetersiz sağlık okuryazarlığına, 60-74 puan düşük sağlık okuryazarlığına, 75-100 puan alanlar ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olarak değerlendirilmektedir. Güvenilirlik çalışmasında sözel bölümün güvenilirliği yüksek ($\alpha=0,97$) iken sayısal bölümün güvenilirliği düşük ($\alpha=0,68$) çıkmıştır. Bu durum TOFHLA'nın kısaltılmış formlarının bireyin sayısal becerilerini ölçmeye uygun olmadığını fakat sözel becerilerin ölçülebilirliğini ortaya koymaktadır (Weiss ve ark., 2005)

- Newest Vital Sign (NVS), Weiss vd. (2005) tarafından geliştirilen ve bireylerin düşük sağlık okuryazarlığını ölçen hızlı bir tarama testidir. Genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan bir ölçüm yöntemidir. NVS, bireyin problem çözme ve okuma-anlama yeteneğini ölçmektedir. 6 sorudan oluşan ölçüm yöntemi için bireyler rastgele seçilmemekte ve matematiksel ifadeleri kullanabilen hastalar örnekleme seçilmektedir. NVS testinin İngilizce ve İspanyolcası mevcut olup, uygulanması 3 dakika olarak belirtilmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı 6 soruya verdiği doğru sayısına göre değerlendirilmektedir. 0-1 doğru sayısı muhtemelen sınırlı sağlık okuryazarlığı, 2-3 doğru yanıt sınırlı sağlık okuryazarlığı, 4 ve üzeri ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir.
- Medical Achievement Reading Test (MART), Hanson-Driver tarafından bireysel okuma düzeylerini kolay ve hızlı bir şekilde değerlendirebilmek amacıyla, 1997 yılında geliştirilmiş, reçetelere ve hasta eğitim materyallerine dayanarak hazırlanmış 42 kelimedenden oluşan, tıbbi kelime tanıma testidir. Test, 3-5 dakikada tamamlanmaktadır. Sıklıkla tıbbi terimleri okuyamama mazereti olarak gösterilen üç sebepten dolayı geliştirilmiştir. Bu üç mazeret, tıp ile ilgili kelimelerin çoğunlukla reçeteler ve hasta eğitim materyalleri üzerinde bulunması, reçete üzerindeki küçük puntolu yazılar, kağıtların yapısı nedeniyle parlaması ve okumayı zorlaştırmasıdır. Kelimelerin doğru telaffuz edilmesine göre puanlanır. Kelimeleri anlama becerisine dair sonuç vermemekte, sadece okunabilirliğini test etmektedir
- European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Arattırması Anketi (SOYA-AB), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında, Avrupa'da seçilen ülkelerdeki toplumların sağlık okuryazarlığının karşılaştırılması amacıyla, Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dan, 9 enstitüden oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde, her ülkeden 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1000 kişi olmak üzere toplam 8102 kişilik örnekleme anket uygulanmış ve karşılatırmalı rapor

2012 yılında yayınlanmıştır (HLS-EU CONSORTIUM, 2012). Anket, sağlık ile ilgili üç alan (sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme) kapsamında, sağlık bilgisi ile ilgili dört bilgi işleme sürecinden (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) oluşan 12 hücreli bir matris modeli ile tasarlanmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketinin Tanrıöver ve arkadaşları tarafından (2014) Türkçe'ye çevrilmiş olan versiyonu SOYA-AB anketindeki genel sağlık okuryazarlığı indeksi, 3 ana alt indeks ve 4 süreç indeksi ile Cronbach alfa değerleri, tüm indekslerde 0,80 üzerinde bulunmuş ve yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir.

- Health Literacy Survey Europa (HLS-EU) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; Sorensen ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçme aracı 47 sorudan ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı sırası ile 0,90 ve 0,94 arasındadır. Aras ve Temel (2017) tarafından Türkçe'ye geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Düşük puanlar Sağlık Okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır
- Sezer ve Kadioğlu tarafından 2014 yılında yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmede Türk toplumuna uygun bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik araştırmaları gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek ile yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliği belirlenmeye çalışılmıştır. Ölçek sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili toplam 22 madde ve 1 adet vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekil içermektedir. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır şeklinde iken, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi ise eşleştirmeli sorulardan oluşmaktadır. Puanlamalar her soru için ayrı ayrı yapılmaktadır. Evet/Hayır tipindeki sorulara pozitif işaretleme yapanlara 1 puan, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıtı 1, yanlış yanıtı 0 puan

verilmektedir. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmekte ve ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

- Avrupa Sağlık Okuryazarlık (ASOY-TR) ölçeğinin Türkçe formudur. Okyav ve Abacıgil (2016) tarafından Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçme aracı 47 sorudan ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı sırası ile 0,87 ve 0,94 arasındadır.
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği TSOY-32 Okyav ve Abacıgil (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçme aracı 32 soru ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı sırası ile 0,86 ve 0,88 arasındadır.

2.2.5. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının, genel olarak bireylerin okuryazarlık ve sayısal becerilerinin düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, toplumlar ve sağlık sistemleri içerisinde ciddi bir sorun olduğu ortaya çıkmaktadır. Bir toplumun sağlıklı olarak adlandırılması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Kaliteli sağlık sistemi ile sağlık okuryazarlığı arasında çok yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, sağlık hizmetlerine erişimini etkilemektedir (Tanrıöver ve ark., 2014). Modern sağlık sistemleri bireyleri daha kompleks yapıları bir sağlık sistemine yönlendirmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlıklarını en iyi şekilde yönetebilmesi için sağlık okuryazarlığı gerekli görülmektedir. Sağlık sistemindeki artan yükün sonucunda hastalara ayrılan zamanın kısıtlı olması, hastaların erken taburcu edilmesi gibi birçok etken bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırması ve sağlık sistemleri içerisinde kendisini yönetebilmesini gerekli kılmaktadır (Uğurlu, 2011).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tıbbi hataların düşük oranda olsa dahi en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer alması, sağlık sistemlerinin yeniden gözden

geçirilmesine yol açmıştır. Sağlık sistemlerinin hatasız bir şekilde işlemesi, hasta merkezli olması, zamanında, etkili, güvenilir ve hakkaniyete uygun olmasıyla mümkün olmaktadır. Bu özelliklerin oluşabilmesi için, sağlık süreçlerindeki enformasyon teknolojilerinin etkili kullanımı, bilgi ve beceri yönetimi, etkili ekiplerin kurulması ve sağlık bakımının koordine edilmesi gerekmektedir (Hergenç, 2011).

Avrupa Birliği ülkeleri “Sağlık İçin Birlikte: AB 2008–2013 için Stratejik Bir Yaklaşım” adlı bildiri ile öncelikle AB düzeyinde politika çabaları için bir gerekçe ortaya koymaktadır. Üye devletler sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin Avrupa vatandaşlarına sağlanmasında temel sorumluluğa sahiptir. Üye Devletlerin tek başlarına etkili olamayacakları ve topluluk düzeyinde işbirlikçi eylemlerin vazgeçilmez olduğu alanlar vardır. Bunlar arasında başlıca sağlık tehditleri ve biyoterörizm gibi sınır ötesi veya uluslararası etkiye sahip konular yer almaktadır. Avrupa Birliğinin Sağlık Okuryazarlığı konusunda yaptığı başlıca çalışmalar arasında (Hernandez, 2013):

- Bir Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ağı kurmak,
- Avrupa'da sağlık okuryazarlığını ölçmek için bir araç kullanmak
- Ulusal ve AB izlemesi için göstergeler sağlayarak, Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazarlığı hakkında veri üretmek;
- Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazarlığının karşılaştırmalı değerlendirmesini yapmak,
- Ankete katılan ülkelerde Ulusal Danışma Kurulları oluşturmak ve farklı ulusal yapı ve önceliklerde sağlık okuryazarlığı çabaları için ekonomik bir temel oluşturmak üzere farklı stratejileri belirlemektir.

Avustralya'da sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi, en son 2006 yılında tamamlanan ve Avustralya İstatistik Bürosu tarafından bildirilen Yetişkin Okuryazarlığı ve Yaşam Beceri Anketi (ALLS) bir bileşenidir. Metodoloji, dört kavramsal kelime, belge, sayısal ve problem çözme alanındaki 191 maddeden oluşuyordu. Bu maddeler ayrıca sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalığın önlenmesi, sağlık bakımı ve sistemlerin yönlendirilmesi ile ilgili olarak sınıflandırılmıştır. Avustralya Sağlık Bakanlığı Sağlık Okuryazarlığının açıkça dahil etmese de Temel Sağlık Standartlarına dahil etmiştir. Örneğin, standartlar ilgili eylem maddeleri:

- Hastanın anlama kapasitesine sağlanan bilgiyi hizalamak için mekanizmaların olması,
- Hastane tarafından geliştirilen hasta bilgi yayınları hakkında tüketicilerden geri bildirim alma ve bu geri bildirimi nihai belgelere dahil etme gereği,
- Hastalar ve sağlık personelleri ile ortaklaşa bir ilaç yönetim planı geliştirmek,
- İlaç tedavisi seçenekleri, yararları ve bunlarla ilişkili riskler hakkında hastalara bilgi vermek,
- Hastalar ve sağlık personelleri ile düşmeyi önleme planları geliştirmek.

Birleşmiş Milletler, 2011 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin genel kurulun üst düzey toplantısının siyasi bildirisini kabul etti. Bu karar bulaşıcı olmayan hastalık riskini azaltmak ve sağlığı teşvik edici ortamlar oluşturmak amacıyla sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığını teşvik etmek, çok sektörlü kamu politikalarını ve eylem planlarını geliştirmek, güçlendirmek ve uygulamak gibi önlemler alınacağını ileri sürmektedir. Ayrıca, 2011 yılında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, “hasta güçlenmesini ve sağlık okuryazarlığını artırarak hasta güvenliğini arttırmayı hedefleyen “Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik Risklerini Azaltmada Hasta Katılımı” raporunu yayınladı. Aynı DSÖ ofisi 2010 yılında “Hasta güvenliği ve hakları: Tüketici sağlığı okuryazarlığını desteklemek için araçlar geliştirmek” şeklinde daha erken bir rapor hazırlamıştır. Özellikle, bu raporda “Hasta güvenliği ve hasta haklarının konularının hem sağlık gündeminde yüksek olduğu belirtilmektedir. Avrupa bölgesindeki ülkeler. Bu proje, hasta hakları ile hasta güvenliği arasındaki bağlantılara bakmaya çalışarak ve daha da güçlenerek hasta güçlenmesini ve sağlık okuryazarlığını artırarak hasta güvenliğini artırmanın yollarını araştırarak iki yaklaşımı kapatmayı hedefliyor. Katılımcıların BM düzeyinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili olduğu bildirilen diğer çabalar arasında şunlar bulunmaktadır (BM, 2011);

- Kızların Eğitimi için küresel ortaklık
- Eğitimde Kamu-Özel Ortaklıkları: Kanıta Dayalı Yaklaşım
- Afrika'da eğitim amaçlı, mobil medya kullanarak eğitim sistemleri hakkında veri toplayan yenilikçi finansman
- Yoza cep telefonu hikayeleri: Güney Afrikalı gençlerin okumalarını sağlamak.

Hindistan'da 1988 yılında başlatılan Ulusal Okuryazarlık Misyonu, 2007 yılına kadar %75'lik bir okuryazarlık oranına ulaşmayı hedeflemiştir. Toplam Okuryazarlık Kampanyası yoluyla, okuryazarlığı okur-yazar olmayanlara da ulaştırmaya çalışmıştır. 1947'de İngiliz yönetimine sonunda %12'den 2011 yılında %74,04 oranında yükselmiştir. Sağlık okuryazarlığına odaklanan hiçbir hükümet politikası rapor edilmemiştir. Bununla birlikte, tütün kullanımı, sağlık eşitliği, bulaşıcı olmayan hastalıklar, Delhi'deki kentsel sağlık durumu ve sağlık için bilgi teknolojisinin kullanılması gibi sağlık sorunları ile ilgili çok sayıda hükümet raporu sağlık okuryazarlığının önemine işaret ediyor. Sağlık Okuryazarlığı Projesi (2009–2010), Delhi, Gujarat ve Orissa'daki topluluklar arasında diyabet ve serviks kanseri ile ilgili risk faktörleri ve semptomları hakkındaki bilgi ve farkındalığı arttırmak için farkındalık projesi yapılmıştır (SEWA, 2009).

Kanada mevcut hükümet ile birlikte sivil toplum kuruluşları da Sağlık Okuryazarlığının artırılması konusunda çalışmalar yürütmektedir. Kanada Sağlık Okuryazarlığı Uzman Paneli, “Kanada'da Sağlık Okuryazarlığı seviyesini artırmak amacıyla kapsamlı, koordine, işbirlikçi ve entegre bir Sağlık Okuryazarlığı Stratejisi geliştirilmesi, finanse edilmesi ve uygulanmasını tavsiye etmiştir. Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı ayrılmaz bir şekilde birbirine bağlı olduğu için, Panel böyle bir stratejinin her iki üç temel amacı izleyerek ele alınması gerektiğini önerdi:

- Kanada'da okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek.
- Kanada'da okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı becerileri geliştirme fırsatlarındaki eşitsizlikleri azaltmak.
- Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip kişiler için etkili bir şekilde yapmak için sağlık bilgi ve hizmetleri sağlayan sistemlerin kapasitesini artırmak.

Ulusal hükümet kuruluşlarının çabalarıyla ilgili olarak, Kanada'nın Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi Halk Sağlığı Ajansı'nın (CCDPC) sağlık okuryazarlığı ile ilgili birkaç projeyi desteklediği bildirildi. İçerikte yer alan bazı projeler:

- Araştırma, Analiz ve Bilgi Geliştirme, Diyabet için Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi ve e-sağlık okuryazarlığı

- İki Ulusal Düşünce Tankı ve Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı
- Halk Sağlığı Uzmanları İçin Bir Sağlık Okuryazarlığı Prototip Çevrimiçi Modülünün Geliştirilmesi
- Sağlık Eğitimcilerine Yönelik Bir Sağlık Okuryazarlığı Prototip Modülünün Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi
- Saha Projesinden Sağlık Okuryazarlığı Örnekleri
- Sağlık Okuryazarlığı Kapasite Aracı Projesi
- Sağlık Okuryazarlığı Tarama Projesi
- Bölgesel Sağlık Okuryazarlığı Sentezi Projesi
- Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Çeviri Projesi
- Sağlık Okuryazarlığı Bilim Seminerleri
- Sağlık okuryazarlığı içerik geliştirme ve yeni PHAC Sağlık Okuryazarlığı web sitesi için yayıncılık.

Çin Halk Cumhuriyeti'nde Sağlık Okuryazarlığı ile doğrudan ilgili olan katılımcılar, Çin vatandaşları için ulusal Sağlık Okuryazarlığı teşvik girişimleri planı bulunduğunu bildirdi. Bu politikanın “Sağlık Okuryazarlığı Teşvik Girişimleri” nin sağlık sektörü lideri, çok sektörlü iş birliğine dayalı ve sosyal katılımcı bir ağ oluşturduğunu bildirmiştir. Çabaların hedefleri, çalışma ağındaki profesyonellerin en az yüzde 80'ini, Çin vatandaşlarının kurulması için eğitmektir. Sağlık Okuryazarlığı sürveyans ve değerlendirme sistemi ve ülkenin dört bir yanındaki ülkelerin en az yüzde 60'ının Sağlık Okuryazarlığı ile ilgili iletişim faaliyetlerinde bulunmasını sağlamaktır.

Sağlık Okuryazarlığı 66, Çin nüfusu için 66 sağlık okuryazarlığı hedefini oluşturan bir kitaptır. Kitapçık, 2008 yılında gerçekleştirilen Çin'de Sağlık Okuryazarlığı seviyesinin değerlendirilmesinde de temel olarak kullanılmıştır. Bu araştırma kitabının 79.000'den fazla kişiyi içerdiği ve Çin nüfusunun yalnızca yüzde 6'sından biraz fazlasının dikkate alınabilmiştir. Çin'den diğer sağlık okuryazarlığı çalışmaları örnekleri (Hernandez, 2013);

- 18-19 Mayıs 2012 tarihlerinde Şangay'da düzenlenen sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki konulu bir Çin ulusal sempozyumu. Sempozyumun teması “Eğitim ve

sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık sistemi reformunun derinleştirilmesinde büyük öneme sahip halk sağlığının korunması, sağlık kültürünün inşası ve uyumlu sosyoekonomik kalkınmanın teşvik edilmesi”.

- 24. Çin Vatanseverlik Sağlık Ayı, Nisan 2012'de “Herkes vatansever sağlık kampanyasına katılıyor ve herkes sağlıklı bir yaşam sürüyor” temasıyla gerçekleşmiştir.
- Çin'in 5. Ulusal Sağlıklı Yaşam Günü, 1 Eylül 2011'de gerçekleşti. Günün sloganı “Hareket ediyorum, sağlıklıyım, mutluyum!”
- Çin Bilim ve Teknoloji Derneği'nin “bilimsel ruhu savunmak, bilimsel bilgiyi popülerleştirmek ve bilimsel fikir ve yöntemleri yaymaktır. Bilimin saygınlığını savun, ileri teknolojiyi popüler hale getir ve tüm ulusun bilimsel okuryazarlığını geliştirmek için gençlere yönelik bilimsel ve eğitimsel aktiviteler geliştirmektir”.
- Çin Toksikoloji Derneği bünyesindeki uyuşturucu bağımlılığı toksikolojisine ilişkin özel komite kısa süre önce, “Sağlıklı bir yaşam için, uyuşturucu bağımlılığından uzak durmak” konusuna odaklanan katılımcılara göre bir bilimi geliştirme faaliyeti düzenlemiştir.
- 2001'den beri yıllık olarak “Bilim ve Teknoloji Haftası” düzenlenmektedir ve faaliyetlerine 600 milyondan fazla insan katılmıştır. Bilim ve teknoloji bilincini geliştirmek için ülke genelindeki parklarda, okullarda veya müzelerde çeşitli etkinlikler düzenlemiştir.
- 2007 Uluslararası HIV / AIDS Önleme ve Kontrol Sempozyumu düzenlenmiştir.
- Geleneksel Çin ve Batı Deneysel Tıbbi Deney Araştırmalarında Yenilik ve Gelişme Uluslararası Sempozyumu, geleneksel Çin ve Batı tıbbının birleşiminin akademik alanındaki yeni teoriler, yeni teknolojiler; organ fibroz araştırması ve Çin tıbbi ilaç geliştirme çalışmaları gerçekleştirmiştir.

Ülkemizde 2014 yılında Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” ülkemizi temsil eden ilk ve tek çalışmadır. Ülkemizde 12 bölge 23 farklı şehirde ve 4924 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Ülkemizin genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puanlık ölçek üzerinden

ortalaması 30,4 olarak saptanmıştır. Avrupa'nın genel sağlık okuryazarlık indeksi ortalaması ise 33.8'dir. Araştırmanın sonucunda, toplumun %24'nin yetersiz, %40,1'inin sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları ülkemizin sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmanın sonucunda, yaş, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik faktörler sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında ön planda yer almadığı belirtilmektedir.

Çopurlar (2016) 40 yaş ve üzeri 500 kadın üzerinde REALM ölçeği kullandığı çalışmada, kadınların %31,8' i sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu ve sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik durumla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Diğer bir çalışmada da Sezer (2014) 18-65 yaş aralığında 303 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlık puan ortalaması 13.10 ± 4.22 (min:0- max:23) olduğunu ve sağlık okuryazarlık puanının eğitim durumuna göre farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Çimen ve Temel (2017) 550 kişide yaptığı çalışmada da sağlık okuryazarlığını en çok etkileyen faktörlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim durumu olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin yapacakları sağlık eğitimleri ve danışmanlık faaliyetlerinden önce sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Ülkemizde, kişilerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu yükseltmek için sağlık okuryazarlığını geliştirme stratejileri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı içinde yer almaktadır. Stratejik planda, halkın sağlık okuryazarlık seviyesini arttırmak için sürveyans sistemi kurulması, eğitim-altyapı-teknoloji kapasitesinin yükseltilmesi, sektörler arası iş birliği, sağlık okuryazarlığı konularının eğitim müfredatına dahil edilmesi, sağlık okuryazarlığı eğiticileri için kapasite artışı ve YÖK ile iş birliği konuları ele alınmıştır. Toplumda sağlık okuryazarlığını yükseltmek için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek amacı kapsamında toplumu, doğru sağlık bilgisine nasıl ulaşacağı konusunda bilgilendirmek amacıyla kampanyalar oluşturulması, kişilere verilen yazılı belgelerin daha kolay anlaşılır olması amacıyla geliştirilmesi ve kronik rahatsızlığı olan bireylerde ve dezavantajlı toplum grupları için sağlık bilgi materyalleri oluşturulması konuları üzerinde durulmuştur (Tözün ve Sönmez 2014).

Dünyada Sağlık Okuryazarlığının önemini fark eden gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler; vatandaşlarının Sağlık Okuryazarlığı seviyesini artırmak için çalışmalar yürütmektedir. Gelişmemiş ve Sağlık Okuryazarlığının önemini fark edemeyen ülkeler ise herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada belli başlı ülkelerin Sağlık Okuryazarlığının konusunda yaptıkları çalışmalar açıklanmıştır.



2.3. DİJİTAL OKURYAZARLIK

İnternet, yeni ortaya çıkan araçlar ve teknolojiler ile birlikte çalışma biçimimizi dönüştürüyor, iletişim kuruyor ve öğreniyoruz. Lane'e (2012) göre, "Bu teknolojilere maruz kalan öğrencilerin beklentileri, öğrenme ve düşünme stilleri, öğretim yöntemlerini değiştirmek için akademisyenlere yönelik beklentileri belirlemektedir". İnternet, sadece geleneksel bilgi otoriteleri tarafından değil, aynı zamanda sıradan internet kullanıcıları tarafından tüketilen, üretilen ve yayınlanan dijital metinlerle doludur. Bireyler artık dijital metinleri dünyanın dört bir yanından internet üzerinden kolayca yayınlayabilmekte ve dağıtabilmektedir. Bu durum kişinin duyulma ve görülme yeteneğini önemli ölçüde artırdığı düşünülmektedir. Buna ek olarak, yeni bilgilerin yayımlandığı ve güncellendiği dönemde hız önemli ölçüde artmışken, ortaya çıkan cep telefonu uygulamaları bireylerin içeriği istedikleri zaman ve istedikleri gibi yayınlamalarına izin vermektedir. Bu, sıradan insanların şu anda büyük haber merkezlerinden daha hızlı yeni bilgi sağlayabildiği anlamına gelmektedir (Carrington ve Robinson, 2010). Bilgi, öğrencilerin yeni bir beceri geliştirmelerini gerektiren çok boyutlu hale geliyor. Bilginin oluştuğu ve dağıtıldığı yer gibi tüketilen yerde değişiyor (UNESCO, 2008).

İnternette mevcut olan bilginin hızlı bir şekilde büyümesinin yanı sıra, ilgi çeken Web 2.0 uygulamalarının (örneğin; Facebook, Instagram ve Twitter) etki alanı, sıradan insanların bilgi ihtiyaçlarının ve beklentilerinin artmasına neden olmaktadır. Örneğin, bireyler artık bilgilerin şekil açısından zengin olmasını ve sadece bilgisayarlarla değil, akıllı cep telefonları ve tabletler gibi çeşitli mobil cihazlarla da erişmeyi beklemektedir. Şu anda tüketilen bilgi türleri ve bilgi yaratma isteğinin artması sonucunda bireyler, eski nesillerden ve aktif teknoloji kullanıcıları olmayan kişilerden, bilgi ile çalışma yetenekleri bakımından belirgin bir şekilde farklıdır (Luckin, 2010). Yeni nesil öğrencilerin birçoğu, öğretmenlerinin aksine; çok erken yaşta (örneğin elektronik oyuncaklar, dijital oyunlar, cep telefonları ve internet) dijital içerik oluşturucuların aktif teknoloji kullanıcılarıdır (McLellan, 2006).

Eğitim kurumlarının, öğretim ve öğrenmede teknoloji gelişmelerini karşılayabilmeleri, öğrencileri okul dışındaki teknolojik okuryazarlık dünyasında çalışmaya hazırlamaları için literatürde destek artmaktadır (UNESCO, 2008). Dünyanın dört bir yanındaki eğitim ve diğer kurumlar BİT'teki hızlı gelişmelerin bilincinde olmalıdır. Medya evleri, örneğin, bu gelişmelerden, özellikle haber

oluşturma ve dağıtım üzerinde bir tekel olmadıkları için, özellikle tehdit altındadır. Sıradan insanların sesleri majör haber evlerinin sesleri kadar güçlü hale geliyor. Sıradan insanlar bugün medyanın kendisi olmaktadır. Nelerin okunacağına, nelerin düzenleneceğine ve nelerin yayınlanacağına karar vermektedirler.

Esnek işletmeler bu gelişmelere uyum sağlayabilmekte ve ortaya çıkan bazı uygulamaları rekabetçi avantajlara dönüştürmektedir. Bu durum gerçekleştiğçe, iş uygulamaları değişmekte ve buna karşılık yeni ve mevcut çalışanlarda gerekli olan beceriler değişmektedir. Bu, eğitim kurumlarının endüstri ihtiyaçlarına uygun mezunlar hazırlayıp hazırlamadığı sorusunu gündeme getirmektedir. Robinson (2010) bu kavramı, “Eğitimsel Paradigmanın Değiştirilmesi” adlı multimedya sunumunda; eğitim reformları genellikle yavaş ve dünyadaki diğer gelişmelerin gerisinde kalmaktadır. Öğretmenler genellikle, öğrencileri metinleri okurken ve yazılı kompozisyonlar ya da testler yaparken, öğrenmelerini istediklerini söyleyerek öğretmektedir.

Böylece, konuşulan kelime ve yazılı metin, öğretmenin ve değerlendirmenin baskın türü olarak kalırken, teknoloji, kullanıldığında, öğrenmeyi öğrenmek yerine, çoğunlukla öğrencilere yöneliktir. Okulların ağırlıklı olarak geleneksel bilgi formlarıyla uğraşmaya devam etmesi ve Dijital Okuryazarlık becerilerinden ziyade geleneksel okuryazarlık becerilerinin gelişimine daha fazla vurgu yapması halinde bir çıkmaz oluşmaktadır. Dijital Okuryazarlık becerilerinin önemli olduğu yaygın olarak kabul edilmekle birlikte, öğrencilerin teknoloji ile öğrendikleri ve Dijital Okuryazarlık geliştirdikleri aktivitelerin teşvik edilmesi, dünya çapında birçok derslik için de geçerlidir. Örneğin, Churchill ve Lim (2007), eğitim reformlarının pedagojik pratikleri dönüştürmesini ve teknolojiyi öğretim ve öğrenmeye entegre etmesini sağlamak için daha fazla ihtiyacın olduğunun artık kabul edildiğini belirtmiştir. “Öğrenme çıktılarını geliştirmek ve yeni yetkinliklerin geliştirilmesi için bir araç” bilgi temelli bir ekonomi için bilgi okuryazarlığı, dijital akıcılık ve yaşam boyu öğrenme becerileri gibi.

Pinkard (2008), günümüz medyasının tüketicisi olmak için dijital araçları kullanmak için bir şey olmasına rağmen, dijital medyanın anlamlı bir üreticisinin nasıl olabileceğini bilmenin başka bir önemli beceri olduğunu iddia etmiştir. Pinkard (2008) ayrıca, öğrencilere “multimedya öykü anlatıcıları” olmayı öğretmemiz gerektiğini ileri sürmüştür. Diğer yazarlar, Dijital Okuryazarlık öğreniminin, iletişim ve temsil için yeni teknolojilerin geniş çaplı geliştirilmesi ve uygulanmasının getirdiği bir zorunluluk

haline geldiğine karar vermişlerdir (Kress, 2006). Dijital okuryazarlığın nasıl öğretilceğini ve öğrenildiğini anlamak için “Dijital Okuryazarlık” terimi kapsamındaki becerilerin kapsamını ve bu kapsamı belirlemek önem arz etmektedir.

Dijital Okuryazarlık, bireylerin dijital araçları ve kaynakları tanımlamak, erişebilmek, uygun şekilde kullanmaları için farkındalık tutum ve yetenekleridir. Aynı zamanda dijital kaynakları yönetmek, entegre etmek, değerlendirmek, analiz etmek, yeni bilgi oluşturmak, medya ifadeleri oluşturmak, yapıcı sosyal eylemi mümkün kılmak, belirli yaşam durumları bağlamında diğerleriyle iletişim kurma süreçlerinin tamamını kapsamaktadır. Dijital Okuryazarlık tanımları ve amaçları farklılaştığı gibi becerileri de farklılaşmaktadır. Örneğin; Ng (2012) dijital okuryazar bir bireyin şu becerilere sahip olmasını beklemektedir:

- Görevleri tamamlama, sorunları çözme ya da ürünler üretmek için en uygun teknolojik araçları ya da özellikleri kullanabilme,
- Temel bilgisayar tabanlı işlemleri yürütebilme ve günlük kullanım için kaynaklara erişebilme,
- Bir bilgiyi etkin bir şekilde arayabilme, tanımlayabilme, değerlendirebilme,
- Çevrimiçi topluluklarda uygun davranabilme ve dijital olarak zenginleştirilmiş ortamlarda kendini zararlardan koruyabilme şeklindedir.

Hague ve Payton (2010) dijital okuryazar bireylerin;

- Aradıkları bilgiyi nerede ve nasıl bulabileceğini bilme aynı zamanda etik ilkeleri göz önünde bulundurarak aranan bilgiyi nasıl bulabileceğini bilme,
- En iyi ve doğru bilginin ne olduğunu, hangi kaynaktan edinebileceğini değerlendirebilmeli, bu bilgileri hangi araçlar ile sunup, nasıl çıktılar elde edeceğini bilme,
- Edindikleri bilgileri iş birliği içinde başkaları ile paylaşabilme, güvenli bir şekilde iletişim kurabilme gibi becerilere sahip olmasını gerektiğini vurgulamaktadır.

2.3.1. Dijital Okuryazarlık Bileşenleri

Dijital Okuryazarlığa ait farklı alt başlıklarda boyutlandırılarak açıklanmaya çalışıldığı dikkat çekmektedir. Burada dört çalışma kronolojik olarak özetlenmiştir: Eshet (2004) DOY ile ilgili beş tür okuryazarlıktan söz etmektedir;

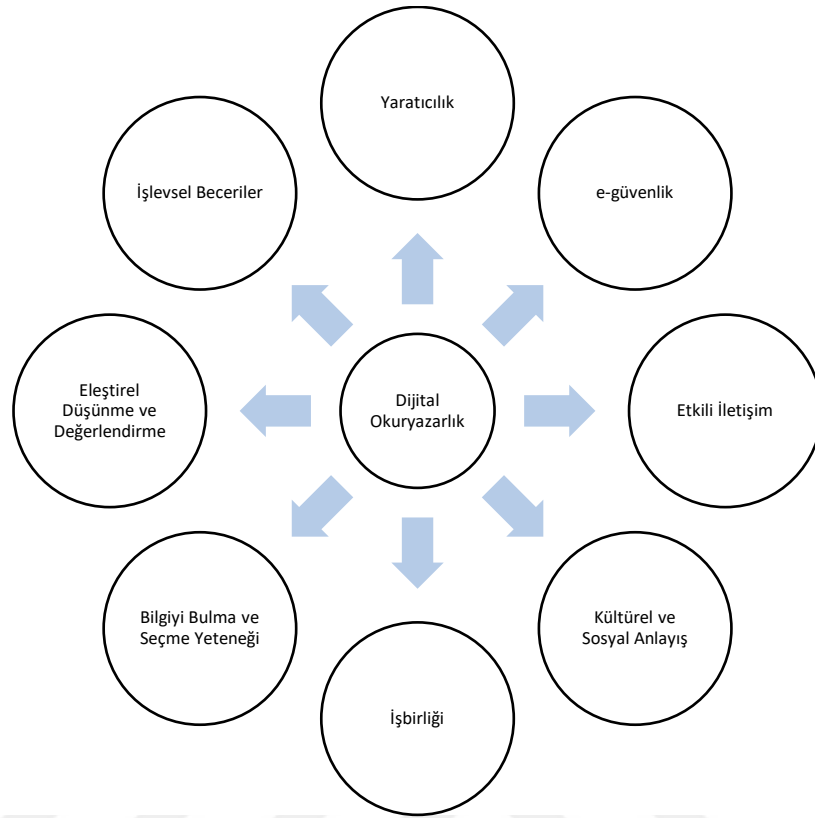
1. Fotoğraf-Görsel Okuryazarlığı: Bu okuryazarlık "düşünmede görsel kullanma" üzerine kuruludur. Farklı medya türleri (dijital, ses ve görsel uyaranlar) öğrenme sürecinde birleştirilir.
2. Üretim Okuryazarlığı: Yeni ve var olan malzemeleri (metin, ses, video, resim) yeni eserlere/yazılara düzenlemek ya da bir araya getirmek / yeniden birleştirmek için yeteneklere sahip dijital araçların kullanımını içerir.
3. Branşlaşma Okuryazarlığı: Doğrusal olmayan bilgi ortamının oluşturulmasında hiper metnin kullanılması ve görüntülenen bilgileri özgürce dolaşma becerisidir.
4. Bilgi Okuryazarlığı: Eleştirel düşünme ile bağlantılı okuryazarlık ve Web tabanlı bilgileri etkili bir şekilde arama, bulma ve değerlendirme becerisidir.
5. Sosyal-Duygusal Okuryazarlık: Çevrimiçi sosyalleşmenin duygusal ve sosyal yönleriyle ilişkili olan bu okuryazarlık, bankacılık ve çevrimiçi satın alma gibi günlük işlerin üstesinden gelme, iş birliği yapma ve taahhüt etme gibi becerileri içerir.

Martin ve Grudziecki (2006), bilgi okuryazarlığı, bilgisayar ya da BİT okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, iletişim okuryazarlığı, görsel okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlıklarını Dijital Okuryazarlıkla ilgili alt alanlar olarak ele almakta ve DOY gelişimini üçe ayırmaktadır:

1. Sistemin temelinde dijital yeterlik bulunmaktadır. Dijital yeterlilik; beceriler, kavramlar, yaklaşımlar ve tutumları kapsamaktadır.
2. Sistemin ikinci aşamasında merkezi ve önemli bir yerde konumlanan dijital kullanım vardır. Dijital kullanım, dijital uzmanlığın belirli mesleki ya da alan adı bağlamlarında uygulanmasıdır.
3. Sistemin son aşamasında yenilik/yaratıcılık dijital dönüşüm vardır. Bu aşama geliştirilen dijital kullanımlar yenilikçilik ve yaratıcılığa olanak tanıdığı ve profesyonel ya da bilgi alanındaki önemli değişiklikleri teşvik ettiğinde gerçekleşmektedir.

Payton ve Hague (2010), Şekil 2.3.1.1.'de Dijital Okuryazarlık bileşenlerini sekiz farklı bileşen olarak ele almışlardır. Bu bileşenler arasında diğer bileşenlerden farklı olarak kültürel ve sosyal anlayış, iş birliği, e-güvenlik gibi bileşenlerin yer aldığı dikkati çekmektedir.

Şekil 2.3.1.1. Dijital Okuryazarlık Bileşenleri (Hague ve Payton, 2010)



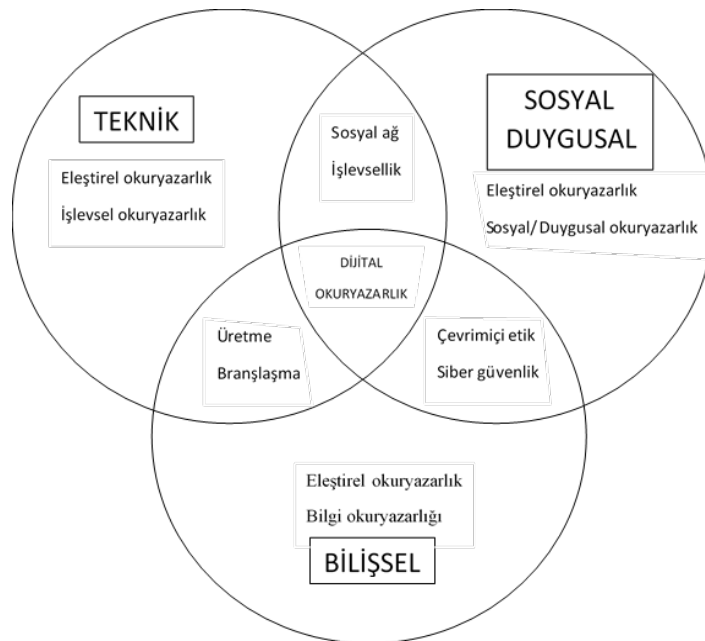
Ng (2012), Şekil 2.3.1.2. 'de dijital okuryazarlığı teknik, bilişsel ve sosyal-duygusal olmak üzere üç farklı boyutta ele almaktadır. Teknik boyutu, bilgi ve iletişim teknolojilerini öğrenme ve günlük faaliyetlerde kullanmak için teknik ve bazı işlevsel becerilere sahip olmayı kapsamaktadır. Örneğin; kulaklık, hoparlör gibi giriş ve çevresel aygıtları bağlayıp kullanma, web tabanlı kaynaklar ile ilgili sorunları giderme gibi becerileri kapsamaktadır. Dijital okuryazar bir kişi, dosya yapılarını anlama, veri aktarımını yönetme, uygulamaları bulma, indirebilme, iletişim ve sosyal ağ araçlarını kullanabilme ve kurabilme, kullanıcı hesabı bilgilerini güncelleyebilme, e-posta gönderme/alma, sıkıştırılmış dosyaları uygun uygulamalarla açma, yazılım programlarının temel özelliklerini bilme (menü, boyutlandırma, sürükleme, kaydırma) gibi birtakım becerilere sahiptir.

Dijital Okuryazarlık modelinin bilişsel boyutu, çevrimiçi aramada eleştirel düşünme becerisi, dijital bilgiyi değerlendirme ve kullanma döngüsü ile ilgilidir. Bu aynı zamanda belirli bir görevi yapmak ya da belirli bir işi öğrenmek için uygun yazılım programlarını seçebilme ve değerlendirebilme anlamına gelmektedir. Dijital okuryazarlığın bu boyutu bireylerin dijital kaynak içeriklerinin çoğaltılması, ahlaki ve etik konularda bilgili olmasını gerektirmektedir. Bilişsel boyutu, örneğin; internetten bilgi edinme, birden fazla anahtar kelime ile arama, doğruluğuna ve güvenilirliğine göre

dijital içeriğin analiz edilmesi, değerlendirilmesi, web tabanlı bilgileri arama bulma, dijital içeriği değerlendirme, belirli bir işi öğrenme ya da belirli bir görevi yerine getirmek için uygun yazılım programlarını seçme, nasıl kullanılabileceğini anlama gibi becerileri içerir.

Sosyal-duygusal boyutu; internet etiğini esas alarak, iletişim, sosyalleşme için internet kullanımı, kişisel bilgilerin gizli tutulması, kişisel güvenliğin korunması, tehdit altında bulunduğu ve tehde karşı nasıl başa çıkılacağını bilmeyi içerir. Dijital okuryazarlığın sosyal-duygusal boyutunda, dijital okuryazar bir kişi, iletişim, sosyalleşme ve öğrenme için interneti sorumlu ve güvenli bir şekilde kullanabilir. Kişi kimliğini gizli tutarak kendi güvenliğini ve mahremiyetini korur. İnternet etiğini esas alarak, iletişim sosyalleşme ve öğrenme için internet kullanımı, kişisel bilgilerin gizli tutulması, kişisel güvenliğin korunması, tehdit altında bulunduğu tehde karşı nasıl başa çıkılacağını bilmeyi içerir. Örneğin; Youtube’da bir video izlemek “teknik boyuta”; ifadeler ve konuşmalardan ipucu toplamak “sosyal-duygusal boyuta”; materyal, video ve görüntülerden çıkarım yaparak görüşlerin değerlendirilmesi “bilişsel boyuta” örnektir.

Şekil 2.3.1.2. Dijital Okuryazarlık Modeli (Ng, 2012)



Etik okuryazarlık, bilişsel ve sosyal-duygusal boyutlar arasında kesişir çünkü bir eylem ya da mesajla sonuçlanan seçimlerin diğer bireylerin refahı üzerinde etkili olabileceğini öne sürmektedir. Dijital okuryazarlığın sosyal-duygusal ve teknik boyutları ile örtüşen alan, sosyal medya sitelerinde etkin bir şekilde gezinme ve bu

hizmetlerin teknolojilerini sosyal etkileşimler için duyarlı bir şekilde kullanma becerisini içerir (Ng, 2012).

2.3.2. Dijital Okuryazarlığa Ait Türler

Popüler medya ve eğitimciler tarafından benimsenen yaygın bir varsayım, gençlerin BİT ile yaşlılara göre daha yüksek yetkinliğe sahip olmalarıdır. Bununla birlikte, önceki araştırmalarda, yaş ve BİT yeterliliği arasındaki ilişki hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır.

Prensky'e (2001) göre, 1980'den sonra doğan öğrenciler “dijital yerliler” olarak kabul edilmektedir. Dijital yerliler; dijital medya ile büyüdüler ve teknolojiye çok fazla para harcadılar. Dijital cihazlarla etkileşim kurma ve çevrimiçi olma zamanı mevcuttur. Dijital yerlilerin medya tüketim alışkanlıklarını ayrıntılı olarak açıklamak gerekirse Dijital göçmen olarak tanımlanan 1980 öncesi nesil dijital cihazlarda 5.000 saatten daha azını harcadılar. Buna karşın dijital yerliler 20.000 saatin üzerinde bilgisayar, e-posta, internet, mobil telefonlar ve anlık mesajlaşma kullanmaktadır. Dijital cihazlar hayatlarının ayrılmaz parçalarıdır.

Prensky'e (2001) göre dijital yerlileri ve dijital göçmenleri teknoloji dünyasında ayıran metafor, öğretmenler de dahil olmak üzere genç öğrencilerle yaşlılar arasında, bu teknolojilerle yetkinliklerine göre aralarında bir uçurum olduğunu ortaya koymaktadır. Bu eksiklikten dolayı öğretmenlerin gençlerin bu tür teknolojileri anlamalarını ve bunlara katılımlarını kolaylaştırmaya yönelik yetersiz hazırlıkları vardır. Örneğin; dijital becerilerin dijital yerliler arasında içselleştirilmiş olduğunu, ancak dijital göçmenler arasında olmadığını iddia ediyor. Bundan dolayı öğretmen eğitiminde sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Prensky'e (2001a, 2001b) göre, dijital göçmen olan öğretmenler dijital yerlileri eğitmek ve yeni bir dijital dil öğrenmek için çalışabilirler; bununla birlikte, göçmenlerin / yerlilerin bölünmesini kapatamazlar çünkü dijital yerlilerin BİT'e erken yaşta maruz kalmaları, beyin yapılarının veya işlem kabiliyetlerinin bir değişimle sonuçlanabilir, böylece yeni medya eserlerini müzakere edebilir, anlatabilir ve üretebilirler. Prensky'nin bu iddiası, hiper metin vizyonerlerinin ve büyük metin teorisyenlerinin, hipermedya sistemlerinin beynin birliktelik yapısını modellediği iddiaların ilginç bir şekilde tersine çevrilmesidir (Jonassen, 1990). Görünüşe göre, artık aklın işleyişini modellemek yerine, aklın dijital medyanın işleyişine uyum

sağladığına inanmaktadır. Dijital medyanın beyin işlevine bağlanma girişimleri gibi iddialara son 20 yılda çeşitli seviyelerde itiraz edilmiştir (VanSlyke, 2003). Bu makalenin yazarlarının görüşüne göre, Prensky'nin dijital ortamla etkileşimin beyin işlevine olası etkileri hakkındaki iddialarını doğrulamak için kanıtlar ve bu anlayışlara dayalı olarak BİT eğitiminin kuramları ve geliştirici kuramlarının geliştirilmesi üretken değildir.

Ayrıca “dijital yerli” nin, eğitimcilerin dijital medyayı nasıl etkilediğine dair incelemelerden kaçmasına neden olabilecek yanıltıcı ve aldatici bir başlık olduğu düşünülmektedir. Kuzey Amerika'daki ve diğer gelişmiş bölgelerdeki birçok gencin hayatlarında göreceli olarak erken bir dönem geçirmesi, medyayı hızlı ve kolay bir şekilde müzakere etmelerini sağlayan temel bir beceri setidir, örneğin bu gençlerin bu medyanın nasıl çalıştığına dair herhangi bir karmaşık eleştirel anlayışa sahip oldukları anlamına gelmemektedir. Bilgi aktarmak, görüşü etkilemek örnek gösterilebilir, Berson (2003) İnternet güvenliği ve siber farkındalığı ile ilgili bir makalesinde, beyin fonksiyonu ve dijital medya üzerinde farklı bir açıya değinmektedir, “Siber uzay ve kablolu iletişimin göz kamaştırması, beyin işleyişini bir dengesizlik durumuna sokabilmekte” ve “sonuçta ortaya çıkan beyin aşırı yükü, gençlerin sunulmuş olanları veya mantıklı bir biçimde tepki vermelerini anlama yeteneğini azaltabilmektedir”. Anderson, (2002) bu iddiayı yaparken, dijital medyanın çoklu duyuşal girdilerinin, çocukların düşünceli karar alma süreçlerine katılma kapasitelerini alt edebileceğini ve dijital medyada hâkim olan imgelerin tepkiyi ortaya çıkardığını ileri süren araştırmalara yöneldi. Genel olarak, dijital teknolojilere informal olarak maruz kalmanın bu teknolojilerle yetkinliği ve anlayışı nasıl etkilediği açık değildir. Örneğin, Karsten ve Roth (1998), “lise veya topluluk kolejindeki bilgisayar bilgi sistemlerine maruz kalmanın, öğrenci bilgisayar okuryazarlığı üzerinde çok az etkisi olduğu” nu bildirmiştir. Genel olarak, ön araştırmalar resmi eğitim almamış sözde dijital yerlilerin, bilgisayar okuryazarlığı seviyelerini, tamamlamış olan öğrencilerin gösterdiği değerlere eşdeğer göstermediklerini ileri sürmüştür. Benzer bir şekilde, Reed ve Giessler (2002), bilgisayarlarla yılların verdiği deneyimin, üniversite öğrencilerinin istatistiksel analiz yazılımını kullanarak temel operasyonel becerileri gibi diğer belirleyicilerle ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Bu bulguya dayanılarak, bilgisayarlarla yılların deneyiminin bilgisayar becerilerinin geçerli veya güvenilir bir ölçüsü olmadığını savunmaktadır. Bu tür çelişkili bulgular ve iddialar göz önüne

alındığında, yaş, bilgisayar deneyimi ve BİT okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi tanımlamak için araştırmalar yapılması gerekmektedir.

2.3.3. Dijital Okuryazarlık Ölçme Araçları

Eğitim ve psikoloji alanlarında ölçek geliştirmek için yapılan çalışmalarda, geliştirilecek ölçek ile ölçülecek özellik arasındaki bağıntının tutarlı olması amaçlanır (Yurdagül, 2005). İlgili literatür tarandığında Dijital Okuryazarlık seviyesini belirlemek için geliştirilen ölçekler;

- Brown (2005), 11 farklı bilgi okuryazarlığı evresinde öğrencilerin kendi bildirdiği etkinliği ölçmek için bir Öğrenci Bilgi Okuryazarlığı Öz Yeterlik Raporu ölçeği geliştirmiştir. Okuryazarlık evreleri bir konunun geliştirilmesi, planlama, özyönetim, kaynak bulma, kaynak seçme, bilgi alma, bilgiyi analiz etme, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi sentezleme, bilgi sunma ve öz değerlendirmeden oluşmaktadır. 22 maddelik ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.
- Arnone ve arkadaşları (2010) ABD'de 8. sınıf öğrencilerinin büyük bir örneklemini kullanarak Bilgi Becerileri Enstrümanında Algılanan Yetkinliğin geliştirilmesini ve geçerliliğini tanımlamıştır. 17 maddeden ve bir alt boyuttan oluşan ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Gerçek bilgi okuryazarlığı bilgi ölçeği ve öğrenme ölçeğinde genel algılanan yeterlilik ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur.
- Tsai ve Tsai (2010), ortaokul öğrencilerinin internet arama ve çevrimiçi iletişim boyutları dahil olmak üzere internet öz yeterliliğini incelemek için bir İnternet Öz Yeterlilik Ölçeği geliştirmişlerdir. Ölçme aracı 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,91 - 0,93 arasında bulunmuştur.
- Leung ve Lee (2012) 9 ila 19 yaş arası çocuk ve ergenlerin internet okuryazarlığını değerlendirmek için önerdikleri bilgi okuryazarlığı çerçevesinden 15 maddelik bir ölçme aracı geliştirdi. Araç okuryazarlığı, eleştirel okuryazarlık, okuryazarlık yayınlama, gelişen teknoloji okuryazarlığı ve sosyal-yapısal okuryazarlık olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,77 ile 0,84 arasında bulunmuştur.

- Voogt (1987), 12 ve 16 yaş aralığında olan bir grup ortaokul öğrencisine “Computer Alfabetisme Schalen Twente” (CAST) adlı Minnesota Bilgisayar Okuryazarlığı Farkındalık Değerlendirmesinin Hollandaca versiyonunu uyguladı. 25 sorudan oluşan ölçme aracının güvenilirlik katsayısı 0,77 bulunmuştur.
- Wecker ve arkadaşları (2007) ortaokul öğrencilerinin yeterliliğini aşağıdaki üç ölçek üzerinden değerlendirmek için uyarlanmış bir Bilgisayar Okuryazarlığı ölçeğini kullanmışlardır.30 madde ve 3 alt boyuttan oluşan ölçme aracının güvenilirlik katsayısı 0,60, 0,83 ve 0,62 olarak bulunmuştur.
- Ng (2012) tarafından geliştirilen Dijital Okuryazarlık Ölçeği (DOYÖ) 17 maddeden oluşmaktadır. Özgün ölçeğin standart sapması 0,89 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları 0,79 ile 0,98 arasında değişmektedir. Hamutoğlu ve arkadaşları (2016) Türkçe’ye geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçme aracı 17 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Tanımlayıcı araştırmaların en belirgin özelliği araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır (Büyüköztürk ve ark., 2013).

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma Konya Selçuklu, Meram ve Karatay İlçelerinde ikamet eden 18 yaş üzeri yetişkinlere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 957.528 kişiden oluşmaktadır (TÜİK, 2018). Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için Tablo 3.2.1.'den faydalanılmıştır (Altunışık ve ark., 2012). Tablo 3.2.1.'de görüldüğü üzere 957.528 kişilik evrene 384 kişinin yeterli olduğu görülmektedir. Araştırmada ise 500 kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 3.2.1. Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örnek Büyüklükleri

N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	350	185	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370
70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	600	234	2000	322	40000	380
110	86	650	241	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	10000000	384
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		

Kaynak: Altunışık ve arkadaşları (2012)

3.3. Ön Uygulama

Anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 30 kişiyle Selçuklu ilçesinde pilot uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar üzerinden anket formu gözden geçirilerek, gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu yolla anketin güvenilirlik ve geçerliği için kanıtlar elde edilmeye çalışılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada ilgili literatür taranarak elde edilen temel demografik bulgular için kişisel bilgi formu, Dijital Okuryazarlık Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan anket formu (Bkz. EK-A):

Bölüm 1: Katılımcılar İçin Kişisel Bilgi Formu

Bölüm 2: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Bölüm 3: Dijital Okuryazarlık Ölçeği

3.4.1 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aras ve Temel (2017) tarafından Türkçe'ye geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan, Sorensen (2012) tarafından geliştirilen 47 maddelik Health Literacy Survey in Europe (HLS-EU) formun daha sonra Toçi, Bruzari ve Sorensen'in birlikte tekrar çalışarak sadeleştirdikleri Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (Health Literacy Index) geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir (Toçi ve ark., 2013). Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bilgiye erişim alt boyutu beş madde (1-5. maddeler) içermektedir, bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 25'tir. Bilgileri anlama alt boyutu yedi madde içermektedir (6-12. maddeler) bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7, en yüksek puan 35'tir. Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu sekiz madde içermektedir (13-20. maddeler) bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 8, en yüksek puan 40'tır. Uygulama/ Kullanma alt boyutu da beş madde (21-25. maddeler) içermektedir, bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 25'tir. Tüm ölçek için en düşük puan 25 ve en yüksek puan 125'tir. Ölçekte yar alan maddeler katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde 5'li Likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin orijinalinde standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir. Ölçme aracının uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar Sağlık Okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır. Araştırmada katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen güvenilirlik

analiz sonuçlarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

3.4.2. Dijital Okuryazarlık Ölçeği

Hamutoğlu ve arkadaşları (2016) Türkçe'ye geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan, Ng (2012) tarafından geliştirilen Dijital Okuryazarlık Ölçeği (DOYÖ) 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Kesinlikle katılıyorum, 4: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 2: Katılmıyorum, 1: Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde 5'li Likert yapıda yanıtlanmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, tersten puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek; Tutum, Teknik, Bilişsel ve Sosyal olmak üzere dört alt boyutlu bir yapıya sahiptir. Tutum alt boyutunda 7 madde (1-7. maddeler) yer almaktadır, bu boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir. Teknik boyutunda 6 madde (8-13. maddeler) bulunmaktadır. Dolayısıyla bu boyuttan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur. Bilişsel alt boyutunda 2 madde (14-15. maddeler) yer almaktadır. Bu nedenle, bu boyuttan alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek puan ise 10'dur. Benzer şekilde, sosyal boyutunda 2 madde (16-17. maddeler) bulunduğundan bu boyuttan alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek puan ise 10'dur. Tüm ölçek için alınabilecek en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85'tir. Özgün ölçeğin standart sapması 0,89 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları 0,79 ile 0,98 arasında değişmektedir (Ng 2012). Dijital Okuryazarlık ölçeğinin alt boyutlarından ve ölçeğin genelinden alınan puanların az olması yetersiz/az Dijital Okuryazarlık seviyesine, yükselmesi ise yüksek dijital okuryazarlığa işaret etmektedir. Katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen güvenilirlik analiz sonuçlarına göre Dijital Okuryazarlık ölçeği güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmalar, verilerin toplanma zamanı bakımından anlık, kesitsel ve boylamsal olmak üzere üçe ayrılırlar (Büyüköztürk ve ark 2013). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, 13.08.2018-10.10.2018 tarihleri arasında online anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Bir anketin doldurulması için ortalama 10 dakika süre yeterli olmaktadır. Ankette ilk olarak bilgilendirilmiş onam bulunmaktadır, daha sonra demografik veriler ve ölçekler yer almaktadır (Bkz. EK-A)

3.6. Veri Analizi

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 25,0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Araştırma bulgularının değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, Standart sapma, minimum ve maximum değerler kullanılmıştır.

Tablo 3.6.1. Ölçeklere Ait Normallik Testleri

Ölçekler	Shapiro-Wilk		Kolmogrov-Smirnov		Skewnes	Kurtosis
	İstatistik	p	İstatistik	p	p	p
SOY	0,197	0,980	0,326	0,857	0,109	0,115
DOY	0,104	0,451	0,289	0,654	0,175	0,152

Verilerin normallik dağılımına Kolmogrov-Smirnov testiyle bakılmıştır. Tablo 3.6.1.' de görüldüğü üzere veriler %95 güvenle normal dağılımlıdır ($p>0,05$). Verilerin analizinde parametrik testler kullanılarak; Bağımsız Gruplarda t testi, One-way ANOVA ve Pearson Korelasyon testinden yararlanılmıştır.

Pearson Korelasyon testinde korelasyon katsayısının yorumu;

0,00-0,25 arası çok zayıf,

0,26-0,49 arası zayıf

0,50-0,69 arası orta,

0,70-0,89 arası yüksek

0,90-1,00 arası ise çok yüksek ilişki olarak yapılmaktadır. Korelasyon analizi sonucu en yüksek ilişki bulunan ölçek ve alt boyutları arasında regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi olarak 0,05 değeri baz alınmış olup $p<0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Kalaycı, 2010).

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 06.06.2018 tarihli ve 787 sayılı (Bkz. EK-B) kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmanın ilgili kişilere uygulanabilmesi için Konya Valiliğinden 07.08.2018 tarihli 65869167.20339(31727)/10837 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-C) alınmıştır.

Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama anket formunun ön kısmında belirtilmiştir ve sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Konya'nın Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde gerçekleştirilmiş olması açısından sınırlılık arz etmektedir.

3.9. Araştırma Soruları

Konya ili Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yaşamakta olan 18 yaş üstünde yer alan vatandaşların Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık seviyelerini tespit etmek için yapılan çalışmanın temel soruları şu şekildedir:

1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve ölçek alt boyutlarına ait bilgi düzeyleri hangi seviyededir?
2. Katılımcıların Dijital Okuryazarlık ölçeği ve ölçek alt boyutlarına ait bilgi düzeyleri hangi seviyededir?
3. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında bir fark var mıdır?
4. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında bir fark var mıdır?
5. Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında ilişki var mıdır?

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı kavramları ile ilgili istatistikî bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların tanımlayıcı bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde(%)
Kadın	287	57,4
Erkek	213	42,6
Yaş	Sayı (n)	Yüzde(%)
18-24	123	24,6
25-31	119	23,8
32-38	90	18,0
39-45	86	17,2
46 ve üzeri	82	16,4
Yaşadığı İlçe	Sayı (n)	Yüzde(%)
Selçuklu	210	42,0
Karatay	158	31,6
Meram	132	26,4
Medeni Hali	Sayı (n)	Yüzde(%)
Bekâr	281	56,2
Evli	219	43,8
Öğrenim Durumu	Sayı (n)	Yüzde(%)
Okuryazar - İlköğretim	96	19,2
Lise	102	20,4
Ön lisans	70	14,0
Lisans	162	32,4
Lisansüstü	70	14,0
Ailenizin Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde(%)
0-1000	50	10,0
1001-2000	99	19,8
2001-3000	113	22,6
3001-4000	106	21,2
4001 ve üzeri	132	26,4
Aile Yapısı	Sayı (n)	Yüzde(%)
Çekirdek aile	419	83,8
Geniş aile	81	16,2
E-Nabız Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	127	25,4
Hayır	373	74,6
Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb.)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	99	19,8
Hayır	401	80,2

Tablo 4.1.1. (Devamı) Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	267	53,4
Hayır	233	46,6
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	109	21,8
Hayır	391	78,2
Son bir yıl içerisinde doktora başvuru sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-3	271	54,2
4-7	159	31,8
8-10	70	14,0
Genel sağlığın durumunun puanlanması	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-3	36	7,2
4-7	210	42,0
8-10	254	50,8

Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1.1.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %57,4'ü (287 kişi) erkek ve %42,6'sı (213 kişi) kadın olmak üzere toplamda 500 kişiden oluşmaktadır. 18-24 yaş grubu katılımcıların oranı %24,6 (123 kişi) ile 25-31 yaş grubu katılımcıların oranı %23,8 (119 kişi) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların %42'si (210 kişi) Selçuklu ilçesinde, %31,6'sı (158 kişi) Karatay ilçesinde ve %26,4'ü (132 kişi) Meram ilçesinde yaşamaktadır. Katılımcıların %56,2'si (281 kişi) bekâr %43,8'i (219 kişi) evlidir.

Katılımcıların %19,2'si (96 kişi) ilköğretim mezunu, %20,4'ü (102 kişi) lise mezunu, %14'ü (70 kişi) ön lisans mezunu, %32,4'ü (162 kişi) lisans mezunu ve %14'ü (70 kişi) lisansüstü eğitim seviyesindedir.

Katılımcıların %10'u (50 kişi) 0-1000 ₺ arasında gelire, %19,8'i (99 kişi) 1001-2000 ₺ arasında gelire, %22,6'sı (113 kişi) 2001-3000 ₺ arasında gelire, %21,2'si (106 kişi) 3001-4000₺ arasında gelire %26,4'ü (132 kişi) 4001 ₺ ve üzerinde gelire sahiptir.

Katılımcıların %83,8'i (419 kişi) çekirdek aile ve %16,2'si (81 kişi) geniş aile olarak yaşamaktadır. Katılımcıların %25,4'ü (127 kişi) e-nabız uygulamasını kullanırken, %74,6'sı (373 kişi) e- nabız uygulamasını kullanmamaktadır.

Katılımcıların %19,8'i (99 kişi) kronik bir hastalığının olduğunu belirtirken, %80,2'si (401 kişi) herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %53,4'ü (267 kişi) ailesinde kronik bir rahatsızlığın olduğunu belirtirken, %46,6' (233 kişi) ailesinde kronik bir rahatsızlığın olmadığını söylemiştir. Katılımcıların %21,8'i (109 kişi) sürekli kullandığı bir ilaç varken, %78,2'sinin (391 kişi) sürekli kullandığı bir ilaç yoktur.

Katılımcıların %54,2'si (271 kişi) son bir yıl içerisinde 0-3 kez doktora başvurduğunu, %31,8'i (159 kişi) son bir yıl içerisinde 4-7 kez doktora başvurduğunu, %14'ü (70 kişi) son bir yıl içerisinde 8-10 kez doktora başvurduğunu belirtmiştir. Son bir yıl içerisinde doktora başvuru ortalama değeri $\bar{x}=3,84$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların genel sağlık durumunu puanlaması sorusunda; %7,2'si (36 kişi) 0-3 puan aralığında, %42'si (210 kişi) 4-7 puan aralığında, %50,8'i (254 kişi) 8-10 puan aralığındadır. Genel sağlık durumu puan ortalama değeri $\bar{x}=7,10$ olarak bulunmuştur.

4.2. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı ölçekleriyle alt boyutlarına ait ortalama puanlar, standart sapma, minimum ve maksimum değerler yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

S.N	İfadeler	N	Ort.	SS
1	Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	500	4,30	0,83
2	Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	500	4,13	0,98
3	Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	500	4,51	0,85
4	Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	500	4,44	0,85
5	Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	500	4,40	0,92
6	İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	500	3,97	0,92
7	Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	500	3,53	1,25
8	Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	500	4,38	0,91
9	Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	500	4,70	0,75
10	Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	500	3,95	1,09

Tablo 4.2.1. (Devamı) Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

11	Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	500	4,57	0,78
12	Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	500	4,61	0,76
13	Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	500	3,63	1,31
14	Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	500	4,16	0,99
15	Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	500	4,05	1,02
16	Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	500	4,47	0,84
17	Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	500	4,33	0,91
18	Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	500	4,46	0,87
19	Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	500	4,40	0,85
20	Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	500	4,49	0,87
21	Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	500	4,22	0,92
22	Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	500	4,33	0,89
23	Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	500	3,90	1,12
24	Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	500	3,83	1,07
25	Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	500	4,24	0,91

Tablo 4.2.1.' de görüldüğü üzere Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinde ortalama puanlar arasında en yüksek puan $\bar{x}=4,57$ ile "Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?" sorusunda; en düşük puan ise $\bar{x}=3,53$ ile "Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?" sorusunda bulunmuştur.

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

	Ortalama±SS	Min	Max
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	4,23 ± 0,57	53	125
Bilgiye Erişme Alt Boyutu	4,35 ± 0,70	9	25
Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	4,24 ± 0,60	13,02	35
Değer Biçme Alt Boyutu	4,24 ± 0,67	13,04	40
Uygulama Alt Boyutu	4,10 ± 0,74	5	25

Tablo 4.2.2.'de görüldüğü üzere Sağlık Okuryazarlığı ölçeğine ait ortalama puan $\bar{x} = 4,23$ minimum değer 53 maksimum değer 125 olarak bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarından olan Bilgiye Erişme alt boyutu $\bar{x} = 4,35$ puan, Bilgiyi Anlama alt boyutu $\bar{x} = 4,24$ puan, Değer Biçme alt boyutu $\bar{x} = 4,24$ puan almıştır. Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarından Uygulama alt boyutu $\bar{x} = 4,10$ puan ölçek ortalamasının altında yer almıştır.

Tablo 4.3.3. Dijital Okuryazarlık Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

S.N	İfadeler	N	Ort.	SS
1	Öğrenme sürecinde Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hoşuma gider.	500	4,24	0,87
2	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak daha iyi öğrenirim.	500	4,06	0,92
3	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek daha ilgi	500	3,98	0,94
4	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek beni daha motive eder.	500	3,83	1,00
5	Öğrenme etkinliklerim için arkadaşlarımdan sıklıkla İnternet aracılığıyla (Skype, Face ve Bloglar vb) yardım alırım.	500	3,17	1,20
6	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek öz-yönetimli ve	500	3,59	1,00
7	Karşılaştığım teknik problemleri nasıl çözeceğimi bilirim	500	3,72	0,90
8	Yeni teknolojilerin kullanımını kolaylıkla öğrenebilirim.	500	3,97	0,92
9	Önemli olduğunu düşündüğüm yeni teknolojilere ayak uydurabilirim.	500	4,08	0,86
10	Birçok farklı teknoloji hakkında bilgim var.	500	3,61	1,02
11	Öğrenmede ve yeni şeyler oluşturmada (Sunumlar, dijital hikâyeler, wikiler, bloglar vb) bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak için gerekli olan teknik becerilere sahibim.	500	3,59	1,10
12	İnternette bilgi elde etmeye yönelik araştırma ve değerlendirme becerilerime güvenirim.	500	3,98	0,90
13	Öğrenme sürecinde mobil teknolojilerin (Cep telefonları, PDAs, İpadler, akıllı telefonlar vb) kullanım potansiyeli yüksektir.	500	3,99	0,91
14	Öğretmenlerim ders anlatırken bilgi ve iletişim teknolojilerini daha çok kullanmalıdır.	500	3,78	1,11
15	Bilgi ve iletişim teknolojileri proje çalışmalarında ve diğer öğrenme etkinliklerinde arkadaşlarımla daha iyi iş birliği içinde çalışmamı sağlar.	500	3,83	1,00
16	Bilgi ve iletişim teknolojileri becerilerim iyidir.	500	3,86	0,91
17	İnternet tabanlı aktivitelerle ilgili konuları (Örn; siber güvenlik, eser hırsızlığı, araştırma konuları vb) bilirim.	500	3,12	1,13

Tablo 4.3.3.' te görüldüğü üzere Dijital okuryazarlık ölçeğinde ortalama puanlar arasında en yüksek puan $\bar{x} = 4,24$ ile “Öğrenme sürecinde Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hoşuma gider.” İfadesinde; en düşük puan ise $\bar{x} = 3,12$ ile “İnternet tabanlı aktivitelerle ilgili konuları (Örn; siber güvenlik, eser hırsızlığı, araştırma konuları vb) bilirim.” İfadesinde bulunmuştur.

Tablo 4.2.4 Katılımcıların Dijital Okuryazarlık Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

	Ortalama±SS	Min	Max
Dijital Okuryazarlık Ölçeği	3,78 ± 0,69	17	85
Tutum Alt Boyutu	3,79 ± 0,72	7	35
Teknik Alt Boyutu	4,04 ± 0,94	7,2	30
Bilişsel Alt Boyutu	3,80 ± 0,91	2	10
Sosyal Alt Boyut	3,49 ± 0,89	2	10

Tablo 4.2.4.'te görüldüğü üzere Dijital Okuryazarlık ölçeğine ait ortalama puan $\bar{x} = 3,78$ minimum değer 17 maksimum değer 85 olarak bulunmuştur. Dijital Okuryazarlık ölçeğinin alt boyutlarından olan Teknik alt boyut $\bar{x} = 4,04$ puan, Tutum alt boyutu $\bar{x} = 3,79$ puan, Bilişsel alt boyut $\bar{x} = 3,80$ puan almıştır. Dijital Okuryazarlık ölçeğinin alt boyutlarından Sosyal alt boyut $\bar{x} = 3,49$ puan Dijital Okuryazarlık ölçek ortalamasının altında yer almıştır.

4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçekler ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde Dijital Okuryazarlık ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve ölçeklerin alt boyutları ile;

- Cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, e-nabız kullanım durumu, kronik rahatsızlığın varlık durumu, ailede kronik rahatsızlık varlık durumu ve sürekli ilaç kullanım durumu arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi bulgularına
- Yaş, yaşadığı ilçe, gelir durumu ve öğrenim durumu arasında yapıla One-way ANOVA testinin bulgularına yer verilmiştir.
- Genel sağlık durum puanı ve son bir yıl içerisinde doktora yapılan başvuru sayısı arasında yapılan Pearson Korelasyon testinin bulgularına,

Tablo 4.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi

		SOY Ölçeği	Alt boyutlar			
			Bilgiye erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme	Uygulama
Cinsiyet	Kadın	4,36±0,49	4,48 ± 0,65	4,37 ± 0,51	4,39 ± 0,61	4,18 ±0,68
	Erkek	4,07±0,62	4,18 ± 0,73	4,06 ± 0,66	4,05 ± 0,70	4,00 ±0,79
Test ve p değeri		t= 5,57 p= 0,000	t= 4,80 p= 0,000	t= 5,55 p= 0,000	t= 5,56 p= 0,000	t= 2,61 p= 0,000

Tablo 4.3.1. (Devamı) Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi

Medeni durum	Bekar	4,27± 0,52	4,39± 0,66	4,29± 0,54	4,29± 0,62	4,10± 0,75
	Evli	4,19± 0,62	4,30± 0,76	4,17± 0,66	4,18± 0,72	4,11± 0,72
<i>Test ve p değeri</i>		t= 1,67 p= 0,096	t= 1,28 p= 0,199	t= 2,26 p= 0,024	t= 1,87 p= 0,061	t= 1,65 p= 0,061
Aile yapısı	Çekirdek	4,24± 0,57	4,35± 0,73	4,25± 0,61	4,25± 0,67	4,09± 0,75
	Geniş	4,20± 0,53	4,33± 0,57	4,18± 0,56	4,20± 0,67	4,13± 0,69
<i>Test ve p değeri</i>		t= 0,541 p= 0,589	t= 0,390 p= 0,697	t= 1,05 p= 0,318	t= 0,711 p= 0,477	t= -0,405 p= 0,685
e-nabız kullanımı	Evet	4,35± 0,54	4,48± 0,60	4,29± 0,60	4,36± 0,60	4,26± 0,68
	Hayır	4,20± 0,57	4,31± 0,73	4,22± 0,60	4,20± 0,68	4,04± 0,75
<i>Test ve p değeri</i>		t= 2,35 p= 0,012	t= 2,54 p= 0,011	t= 1,16 p= 0,246	t= 2,44 p= 0,015	t= 2,87 p= 0,004
Kronik rahatsızlık	Evet	4,21± 0,64	4,32± 0,87	4,20± 0,61	4,25± 0,70	4,02± 0,81
	Hayır	4,24± 0,55	4,36± 0,66	4,25± 0,60	4,24± 0,66	4,12± 0,72
<i>Test ve p değeri</i>		t= -0,578 p= 0,563	t= -0,339 p= 0,735	t= -0,623 p= 0,534	t= 0,054 p= 0,957	t= -1,21 p= 0,226
Ailede kronik rahatsızlık	Evet	4,23± 0,55	4,35± 0,71	4,23± 0,58	4,27± 0,64	4,06± 0,76
	Hayır	4,24± 0,58	4,35± 0,70	4,25± 0,62	4,22± 0,70	4,15± 0,71
<i>Test ve p değeri</i>		t= -0,181 p= 0,856	t= -0,067 p= 0,946	t= -0,263 p= 0,793	t= 0,744 p= 0,457	t= -1,41 p= 0,156
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	4,31± 0,51	4,45± 0,68	4,32± 0,54	4,36± 0,62	4,08± 0,65
	Hayır	4,21± 0,58	4,32± 0,71	4,21± 0,61	4,21± 0,68	4,11± 0,76
<i>Test ve p değeri</i>		t= 1,57 p= 0,116	t= 1,73 p= 0,083	t= 1,77 p= 0,770	t= 1,99 p= 0,047	t= -0,392 p= 0,696

Tablo 4.3.1.'de görüldüğü üzere Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile cinsiyet arasında yapılan t testi sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcılardan kadınların ($\bar{x}=4,36$) Sağlık Okuryazarlığı seviyesi erkeklerle ($\bar{x}=4,07$) göre daha yüksek çıkmıştır. Ölçek alt boyutlarına göre karşılaştırma yapıldığında ise Değer Bıçme alt boyutuna ait kadınların ortalama puanı ($\bar{x}=4,39$) erkeklerin ortalama puanına ($\bar{x}=4,05$) göre daha yüksek çıkmıştır.

Medeni durum ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre Bilgiyi Anlama alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık Okuryazarlığı ölçek puanı, bilgiye erişim alt boyutu Değer Bıçme alt boyutu ve Uygulama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Medeni hali bekar ($\bar{x}=4,29$) olanlar evli ($\bar{x}=4,17$) olanlara göre daha yüksek puan almışlardır.

Aile yapısı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; geniş aile veya çekirdek aile olarak yaşayan bireylerin Sağlık Okuryazarlığı seviyeleri ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

E-nabız kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre Bilgiyi Anlama alt boyutunda anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık Okuryazarlığı ölçek puanı, bilgiye erişim alt boyutu Değer Biçme alt boyutu ve Uygulama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). E-nabız kullanan bireylerin ($\bar{x}=4,35$) kullanmayan bireylere ($\bar{x}=4,20$) göre Sağlık Okuryazarlığı seviyesi daha yüksek çıkmıştır.

Herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; kronik bir rahatsızlığı olan ve kronik bir rahatsızlığı olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Aile bireylerinde herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; aile bireylerinde kronik bir rahatsızlığı olan ve kronik bir rahatsızlığı olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sürekli ilaç kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; Bilgiyi Anlama alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Sağlık Okuryazarlığı ölçek puanı, bilgiye erişim alt boyutu Değer Biçme alt boyutu ve Uygulama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sürekli ilaç kullanan bireylerin ($\bar{x}=4,36$) kullanmayan bireylere ($\bar{x}=4,20$) göre Bilgiyi Anlama seviyesi daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.3.2. Dijital Okuryazarlık Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi

		DOY Ölçeği	Alt boyutlar			
			Tutum	Teknik	Bilişsel	Sosyal
Cinsiyet	Kadın	3,70±0,69	3,72± 0,76	4,55± 0,92	3,72± 0,93	3,36±0,85
	Erkek	3,89±0,67	3,90± 0,66	4,75± 0,96	3,90± 0,88	3,65± 0,93
<i>Test ve p değeri</i>		t= -3,01 p= 0,003	t= -2,71 p= 0,007	t= -2,35 p= 0,019	t= -2,16 p= 0,031	t= -3,60 p= 0,000
Medeni durum	Bekar	3,92± 0,62	3,91± 0,68	4,85± 0,82	3,84± 0,91	3,67± 0,82
	Evli	3,61± 0,74	3,65± 0,76	4,37±1,02	3,74± 0,92	3,25± 0,93
<i>Test ve p değeri</i>		t= 5,03 p= 0,000	t= 3,99 p= 0,000	t= 5,74 p= 0,000	t= 1,22 p= 0,223	t= 5,16 p= 0,000
Aile yapısı	Çekirdek	3,81± 0,63	3,83± 0,67	4,67± 0,89	3,83± 0,88	3,50± 0,80
	Geniş	3,64± 0,92	3,61± 0,95	4,50± 1,19	3,64± 1,04	3,41± 1,00
<i>Test ve p değeri</i>		t= 1,59 p= 0,115	t= 1,93 p= 0,055	t= 1,19 p= 0,234	t= 1,64 p= 0,102	t= 0,846 p= 0,398
e-nabız kullanımı	Evett	3,88± 0,74	3,89± 0,79	4,75± 0,96	3,85± 0,92	3,62± 0,91
	Hayır	3,75± 0,67	3,76± 0,70	4,60± 0,93	3,78± 0,91	3,44± 0,89
<i>Test ve p değeri</i>		t= 1,73 p= 0,083	t= 1,65 p= 0,099	t= 1,49 p= 0,136	t= 0,814 p= 0,416	t= 1,90 p= 0,057
Kronik rahatsızlık	Evett	3,56± 0,91	3,57± 0,93	4,42±1,22	3,42±1,13	3,26±1,06
	Hayır	3,84± 0,61	3,85± 0,66	4,69± 0,86	3,89± 0,83	3,54± 0,84
<i>Test ve p değeri</i>		t= -2,93 p= 0,004	t= -2,83 p= 0,005	t= -2,07 p= 0,040	t= -3,81 p= 0,000	t= -2,47 p= 0,014

Tablo 4.3.2. (Devamı) Dijital Okuryazarlık Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi

Ailede kronik rahatsızlık	Evet	3,71± 0,72	3,73± 0,75	4,53±1,02	3,76± 0,89	3,37± 0,91
	Hayır	3,87± 0,64	3,87± 0,69	4,76± 0,83	3,84± 0,93	3,62± 0,86
<i>Test ve p değeri</i>		t= -2,63	t= -2,10	t= -2,70	t= -1,01	t= -3,17
		p= 0,009	p= 0,035	p= 0,007	p= ,0312	p= 0,002
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	3,52± 0,80	3,59± 0,84	4,27±1,11	3,51±1,09	3,18± 0,92
	Hayır	3,86± 0,64	3,85± 0,68	4,74± 0,87	3,88± 0,84	3,57± 0,87
<i>Test ve p değeri</i>		t= -4,00	t= -2,96	t= -4,12	t= -3,25	t= -4,03
		p= 0,000	p= 0,004	p= 0,000	p= 0,001	p= 0,000

Tablo 4.3.2.'de görüldüğü üzere Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları ile cinsiyet arasında yapılan t testi sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcılardan erkeklerin ($\bar{x}=3,89$) Dijital Okuryazarlık seviyesi kadınlara ($\bar{x}=3,70$) göre daha yüksek çıkmıştır. Ölçek alt boyutlarına göre karşılaştırma yapıldığında ise Sosyal alt boyutuna ait erkeklerin ortalama puanı ($\bar{x}=3,65$) kadınların ortalama puanına ($\bar{x}=3,36$) göre daha yüksek çıkmıştır.

Medeni durum ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre Bilişsel alt boyutunda anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Dijital Okuryazarlık ölçek puanı, Tutum alt boyutu, Teknik alt boyutu ve Sosyal alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Medeni hali bekar ($\bar{x}=3,92$) olanlar evli ($\bar{x}=3,61$) olanlara göre Dijital Okuryazarlık seviyeleri daha yüksektir.

Aile yapısı ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; geniş aile veya çekirdek aile olarak yaşayan bireylerin Dijital Okuryazarlık seviyeleri ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

E-nabız kullanım durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; e-nabız kullanan ve kullanmayan bireylerin Dijital Okuryazarlık seviyeleri ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; kronik bir rahatsızlığı olan ve kronik bir rahatsızlığı olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik bir rahatsızlığı olmayan bireyler ($\bar{x}=3,84$) olan bireylere ($\bar{x}=3,56$) göre daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptir.

Aile bireylerinde herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre; aile

bireylerinde kronik bir rahatsızlığı olan ve kronik bir rahatsızlığı olmayan bireyler arasında Bilişsel alt boyutta anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Dijital Okuryazarlık ölçeği ve Tutum, Teknik ve Sosyal alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Aile bireylerinden herhangi birinde kronik rahatsızlık olmayan bireylerin ($\bar{x}=3,71$) olan bireylere ($\bar{x}=3,87$) göre daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptir.

Sürekli ilaç kullanımı ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonucuna göre Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullanan bireylerin ($\bar{x}=3,52$) kullanmayan bireylere ($\bar{x}=3,86$) göre Dijital Okuryazarlık seviyesi daha düşüktür.

Tablo 4.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi Analizi

		SOY Ölçeği	Alt boyutlar			
			Bilgiye erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme	Uygulama
Yaş	18-24 ¹	4,27± 0,51	4,40± 0,61	4,30± 0,49	4,25± 0,65	4,15± 0,79
	25-31 ²	4,27± 0,57	4,30± 0,69	4,27± 0,60	4,32± 0,65	4,15± 0,71
	32-38 ³	4,17± 0,53	4,29± 0,70	4,19± 0,63	4,14± 0,67	4,08± 0,64
	39-45 ⁴	4,11± 0,48	4,28± 0,60	4,12± 0,52	4,14± 0,53	4,08± 0,70
	46 ve üzeri ⁵	4,01± 0,67	4,17± 0,88	3,98± 0,71	4,03± 0,78	3,89± 0,80
Test ve p değeri		F= 5,83 p = 0,000	F= 4,23 p = 0,002	F= 6,40 p = 0,000	F= 4,96 p = 0,001	F= 2,33 p = 0,055
		1,2,3,4>5 ^a	2,3,4>5 ^a	1,2,4>5 ^a	2>5 ^a , 3>4,5 ^a	
Yaşadığı ilçe	Selçuklu	4,23± 0,58	4,37± 0,69	4,21± 0,63	4,26± 0,65	4,09± 0,74
	Meram	4,24± 0,55	4,35± 0,69	4,25± 0,57	4,25± 0,69	4,10± 0,72
	Karatay	4,23± 0,57	4,31± 0,75	4,27± 0,58	4,21± 0,67	4,12± 0,77
Test ve p değeri		F= 0,013 p= 0,987	F= 0,266 p= 0,766	F= 0,494 p= 0,610	F= 0,189 p= 0,828	F= 0,086 p= 0,918
Öğrenim durumu	Okuryazar+ İlköğretim ¹	4,03± 0,66	4,12± 0,92	3,98± 0,68	4,05± 0,82	3,96± 0,76
	Lise ²	4,31± 0,53	4,42± 0,60	4,28± 0,57	4,33± 0,62	4,20± 0,68
	Ön lisans ³	4,24± 0,51	4,39± 0,64	4,35± 0,54	4,24± 0,60	3,96± 0,82
	Lisans ⁴	4,24± 0,54	4,34± 0,65	4,25± 0,57	4,23± 0,64	4,12± 0,72
	Lisansüstü ⁵	4,43± 0,46	4,61± 0,50	4,40± 0,51	4,45± 0,52	4,26± 0,67
Test ve p değeri		F= 5,32 p= 0,000	F= 6,28 p= 0,000	F= 5,73 p= 0,000	F= 3,62 p= 0,003	F= 2,26 p= 0,053
		5>1 ^a ; 3>1 ^a	5>4,1 ^b	5,4,3,2>1 ^b	5,2>1 ^b	
Gelir durumu	0-1000 ¹	3,99± 0,87	4,03± 1,01	4,09± 0,74	3,96± 1,01	3,87± 1,11
	1001-2000 ²	4,19± 0,55	4,24± 0,76	4,22± 0,61	4,21± 0,67	4,07± 0,64
	2001-3000 ³	4,14± 0,52	4,37± 0,65	4,09± 0,57	4,11± 0,61	4,01± 0,73
	3001-4000 ⁴	4,26± 0,60	4,36± 0,71	4,29± 0,61	4,30± 0,72	4,04± 0,81
	4001≥ ⁵	4,38± 0,49	4,50± 0,56	4,36± 0,58	4,39± 0,57	4,26± 0,66
Test ve p değeri		F= 3,26 p= 0,007	F=2,86 p= 0,059	F= 2,88 p= 0,014	F= 3,13 p= 0,008	F= 2,15 p= 0,057
		4>3 ^b		5>3 ^b	5>3 ^b	
Post-Hoc testleri a=Tukey HSD b=Dunnett T3						

Tablo 4.3.3.'te görüldüğü üzere Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların yaş arasında yapıla ANOVA testine göre; yaş ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve Bilgiye Erişim, Bilgiyi Anlama, Değer Biçme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş ile uygulama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı arasında yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) testine göre 46 yaş ve üzeri katılımcılar ($\bar{x}=4,01$) ile 18-24 yaş ($\bar{x}=4,27$), 25-31 yaş ($\bar{x}=4,27$), 32-38 yaş ($\bar{x}=4,17$), 39-45 ($\bar{x}=4,11$) yaş aralıklarına göre daha düşük ortalamaya sahiptir.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların yaşadığı ilçeler arasında yapıla ANOVA testine göre; yaşanan ilçelere ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Öğrenim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan anova testine göre öğrenim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve Bilgiye Erişim, Bilgiyi Anlama, Değer Biçme alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrenim durumu ile uygulama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile öğrenim durumu arasında yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) testine göre okuryazar ve ilköğretim ($\bar{x}=3,78$) mezunu olanlar Lisansüstü ($\bar{x}=4,24$) ve Ön lisans ($\bar{x}=4,24$) mezunlarına göre daha düşük Sağlık Okuryazarlığı seviyesine sahiptir. Bilgiyi Anlama alt boyutu ile öğrenim durumu arasında yapılan Post-Hoc (Dunnet T3) testine göre lisansüstü ($\bar{x}=4,40$), lisans ($\bar{x}=4,25$), ön lisans ($\bar{x}=4,35$) ve lise ($\bar{x}=4,28$) mezunları ilköğretim ($\bar{x}=3,98$) mezunlarına göre daha yüksek ortalamalara sahiptirler.

Gelir durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre gelir durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği, Bilgiyi Anlama Değer Biçme alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Gelir durumu ile bilgiyi erişim ve Uygulama alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Gelir durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği arasında yapılan Post-Hoc (Dunnet T3) testine göre aylık gelir durumu 3001-4000₺ ($\bar{x}=4,26$) olan bireylerin 2001-3000₺ ($\bar{x}=4,14$) olan bireylere göre sağlık okuryazarlık seviyeleri daha yüksektir.

Tablo 4.3.4 Dijital Okuryazarlık Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi Analizi

		DOY Ölçeği	Alt Boyutlar			
			Tutum	Teknik	Bilişsel	Sosyal
Yaş	18-24 ¹	4,08± 0,56	4,07± 0,61	4,85± 0,74	3,97± 0,84	3,82± 0,77
	25-31 ²	3,85± 0,58	3,83± 0,65	4,74± 0,79	3,93± 0,78	3,53± 0,84
	32-38 ³	3,67± 0,68	3,69± 0,66	4,47± 0,94	3,78± 0,93	3,33± 0,96
	39-45 ⁴	3,73± 0,63	3,77± 0,74	4,58± 0,76	3,66± 1,03	3,40± 0,79
	46 ve üzeri ⁵	3,43± 0,88	3,48± 0,88	4,13± 1,27	3,50± 0,97	3,19± 1,03
<i>Test ve p değeri</i>		F= 12,82 p= 0,000	F= 9,44 p= 0,000	F= 14,10 p= 0,000	F= 4,44 p= 0,002	F= 7,67 p= 0,000
		1,2,3,4>5 ^a	2>5,1>2,3,4,5 ^b	1>3,4,5 ^a ,2>5 ^a	5<1,2 ^a	1>3,4,5 ^a
Yaşadığı ilçe	Selçuklu ¹	3,82± 0,59	3,85± 0,64	4,67± ,86	3,80± 0,91	3,50± 0,87
	Meram ²	3,67± 0,85	3,68± 0,86	4,48± 1,11	3,75± 1,03	3,38± 0,98
	Karatay ³	3,86± 0,60	3,84± 0,68	4,78± 0,81	3,83± 0,77	3,59± 0,82
<i>Test ve p değeri</i>		F= 3,03 p= 0,051	F= 2,78 p= 0,063	F= 3,67 p= 0,026	F= ,272 p= 0,762	F=1,85 p= 0,157
				2<1 ^a		
Öğrenim durumu	Okuryazar+ İlköğretim ¹	3,33± 0,89	3,39± 0,88	4,06± 1,22	3,31± 1,16	3,00± 1,05
	Lise ²	3,82± 0,69	3,84± 0,72	4,71± 0,92	3,71± 0,88	3,54± 0,91
	Ön lisans ³	3,93± 0,52	3,91± 0,62	4,86± 0,71	3,94± 0,81	3,60± 0,75
	Lisans ⁴	3,88± 0,58	3,89± 0,68	4,76± 0,80	3,96± 0,80	3,55± 0,77
	Lisansüstü ⁵	3,97± 0,55	3,96± 0,57	4,84± 0,81	4,04± 0,69	3,76± 0,89
<i>Test ve p değeri</i>		F= 11,57 p= 0,000	F= 8,38 p= 0,000	F= 10,22 p= 0,000	F= 8,24 p= 0,000	F= 7,63 p= 0,000
		2,3,4,5,>1, ^b	2,3,4,5,6>1, ^b	5,4,3>1 ^a	5,4,3>1 ^b	5,4,3>1 ^b
Gelir durumu	0-1000₺ ¹	3,83± 0,43	3,96± 0,58	4,70± 0,65	3,80± 0,75	3,22± 0,52
	1001-2000₺ ²	3,66± 0,69	3,71± 0,69	4,46± 0,94	3,75± 0,93	3,25± 0,90
	2001-3000₺ ³	3,64± 0,80	3,66± 0,84	4,46± 1,04	3,65± 0,98	3,34± 0,92
	3001-4000₺ ⁴	3,87± 0,55	3,80± 0,65	4,82± 0,81	3,85± 0,79	3,70± 0,85
	4001₺ ⁵	3,94± 0,70	3,96± 0,70	4,78± 1,00	4,04± 0,82	3,61± 0,92
<i>Test ve p değeri</i>		F= 3,34 p= 0,006	F= 2,74 p= 0,019	F= 2,87 p= 0,064	F= 5,41 p= 0,000	F= 4,30 p= 0,001
		5>3,2 ^a	5>3 ^a		5>3 ^a	5>3 ^a 4>3,2 ^a
Post-Hoc testleri a=Tukey HSD b=Dunnett T3						

Tablo 4.3.4.'te görüldüğü üzere Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların yaşadığı ilçeler arasında yapılan ANOVA testine göre; yaşanan ilçelere ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve Tutum, Bilişsel, Sosyal alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşanılan ilçeler ile Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,05$). Yaşanılan ilçe ile Dijital Okuryazarlık ölçeği arasında yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) testine göre Selçuklu ilçesinde ($\bar{x}=4,67$) yaşayanlar Meram ilçesinde ($\bar{x}=4,48$) yaşayanlara göre daha yüksek ortalama almışlardır.

Öğrenim durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre öğrenim durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Dijital Okuryazarlık ölçeği ile öğrenim durumu arasında yapılan Post-Hoc (Dunnett T3) testine göre: lisansüstü

($\bar{x}=3,97$), lisans ($\bar{x}=3,88$), ön lisans ($\bar{x}=3,93$) ve lise ($\bar{x}=3,82$) mezunları; okuryazar ve ilköğretim ($\bar{x}=3,33$) mezunu olanlara göre daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptirler.

Gelir durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre gelir durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği, Tutum, Bilişsel ve Sosyal alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumu ile Teknik alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gelir durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği arasında yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) testine göre aylık gelir durumu 4001 ₺ ($\bar{x}=3,94$) ve üzerinde olanlar; 1001-2000 ₺ ($\bar{x}=3,66$) ve 2001-3000₺ ($\bar{x}=3,64$) geliri olanlara göre daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptirler.

Tablo 4.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi

	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Alt Boyutlar			
		Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme	Uygulama
1 yıl içerisinde doktora başvuru sayısı	$r= 0,078$	$r= 0,071$	$r= 0,064$	$r= 0,102^*$	$r= 0,012$
<i>Test ve p değeri</i>	$p= 0,080$	$p= 0,110$	$p= 0,153$	$p= 0,022$	$p= 0,783$
Genel sağlık durumu puanı	$r= 0,060$	$r= 0,040$	$r= 0,046$	$r= 0,071$	$r= 0,036$
<i>Test ve p değeri</i>	$p= 0,181$	$p= 0,367$	$p= 0,301$	$p= 0,113$	$p= 0,417$
* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.					
** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.					

Tablo 4.3.5.'te görüldüğü üzere son bir yıl içerisinde doktora yapılan başvuru sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; son bir yıl içerisinde doktora yapılan başvuru sayısı ile Değer Bıçme ($r= 0,102$) alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, son bir yıl içerisinde doktora yapılan başvuru sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ($p= 0,080$), bilgiye erişim ($p= 0,110$) Bilgiyi Anlama ($p= 0,153$) ve Uygulama ($p= 0,783$) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Genel sağlık durumu puanı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; genel sağlık durumu puanı ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ($p= 0,181$), Bilgiye Erişim ($p= 0,367$), Bilgiyi Anlama ($p=$

0,301), Değer Biçme (p= 0,113) ve Uygulama (p=0,417) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.6. Dijital Okuryazarlık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi

	Dijital Okuryazarlık Ölçeği	Alt Boyutlar			
		Tutum	Teknik	Bilişsel	Sosyal
1 yıl içerisinde doktora başvuru sayısı	r= -0,085	r= -0,063	r= -0,095*	r= -0,075	r= -0,050
<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,058	p= 0,162	p= 0,033	p= 0,096	p= 0,262
Genel sağlık durumu puanı	r= 0,202**	r= 0,212**	r= 0,166**	r= 0,144**	r= 0,134**
<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,001	p= 0,003

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.
** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.3.6.'da görüldüğü üzere son bir yıl içerisinde doktora yapılan başvuru sayısı ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; son bir yıl içerisinde doktora yapılan başvuru sayısı ile Teknik (r= -0,095) alt boyut arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki; Dijital Okuryazarlık ölçeği (p= 0,058), Tutum (p= 0,162), Bilişsel (p= 0,096), Sosyal (p= 0,262) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Genel sağlık durumu puanı ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; genel sağlık durumu puanı ile Dijital Okuryazarlık ölçeği (r= 0,202), Tutum (r=0,212), Teknik (r= 0,166), Bilişsel (r= 0,144), Sosyal (r= 0,134) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi

	Dijital Okuryazarlık Ölçeği	Alt Boyutlar				
		Tutum	Teknik	Bilişsel	Sosyal	
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	r= 0,270**	r= 0,202**	r= 0,295**	r= 0,149**	r= 0,268**	
<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,001	p= 0,000	
Alt Boyutlar	Bilgiye Erişim	r= 0,259**	r= 0,209**	r= 0,282**	r= 0,140**	r= 0,215**
	<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,002	p= 0,000
	Bilgiyi Anlama	r= 0,266**	r= 0,207**	r= 0,291**	r= 0,139**	r= 0,250**
	<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,002	p= 0,000

Tablo 4.3.7. (Devamı) Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi

Değer Bıçme	r= 0,216**	r= 0,163**	r= 0,238**	r= 0,100*	r= 0,223**
<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,025	p= 0,000
Uygulama	r= 0,176**	r= 0,105*	r= 0,189**	r= 0,135**	r= 0,219**
<i>Test ve p değeri</i>	p= 0,000	p= 0,018	p= 0,000	p= 0,002	p= 0,000

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.
** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile Dijital Okuryazarlık ölçeği (r= 0,270), Teknik (r= 0,295), Sosyal (r= 0,268) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; Tutum (r= 0,202), Bilişsel (r= 0,149) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği bilgiye erişim alt boyutu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre bilgiye erişim alt boyutu ile Tutum (r= 0,209), Bilişsel (r= 0,140), Sosyal (r= 0,215) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; Dijital Okuryazarlık (r= 0,259) ölçeği ve Teknik (r= 0,282) alt boyut arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Bilgiyi Anlama alt boyutu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Bilgiyi Anlama alt boyutu ile Tutum (r=0,207), Bilişsel (r= 0,139), Sosyal (r= 0,250) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; Dijital Okuryazarlık (r= 0,266) ölçeği ve Teknik (r= 0,291) alt boyut arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Değer Bıçme alt boyutu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Değer Bıçme alt boyutu ile Dijital Okuryazarlık (r= 0,216) ölçeği ve Tutum (r=0,163), Teknik (r=0,238), Bilişsel (r= 0,100), Sosyal (r= 0,223) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Uygulama alt boyutu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Uygulama

alt boyutu ile Dijital Okuryazarlık ($r= 0,176$) ölçeği ve Tutum ($r=0,105$), Teknik ($r=0,189$), Bilişsel ($r= 0,135$), Sosyal ($r= 0,219$) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir

Dijital Okuryazarlık ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre Dijital Okuryazarlık ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı ($r= 0,270$) ölçeği ve Bilgiye Erişim ($r= 0,259$), Bilgiyi Anlama ($r= 0,266$) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; Değer Bıçme ($r= 0,216$) ve Uygulama ($r= 0,176$) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Dijital Okuryazarlık ölçeği Tutum alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Tutum alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ($r= 0,202$) ölçeği ve Bilgiye Erişim ($r= 0,209$), Bilgiyi Anlama ($r= 0,207$), Değer Bıçme ($r= 0,163$) ve Uygulama ($r= 0,105$) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Teknik alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ($r= 0,295$) ölçeği ve Bilgiye Erişim ($r= 0,282$), Bilgiyi Anlama ($r= 0,291$) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki; Değer Bıçme ($r= 0,238$) ve Uygulama ($r= 0,189$) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Dijital Okuryazarlık ölçeği Bilişsel alt boyut ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Bilişsel alt boyut ile Sağlık Okuryazarlığı ($r= 0,149$) ölçeği ve Bilgiye Erişim ($r= 0, 140$), Bilgiyi Anlama ($r= 0,139$), Değer Bıçme ($r= 0,100$) ve Uygulama ($r= 0,135$) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Dijital Okuryazarlık ölçeği Sosyal alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; Sosyal alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ($r= 0,268$) ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; Bilgiye Erişim ($r= 0,215$), Bilgiyi Anlama ($r= 0,250$), Değer Bıçme ($r= 0,223$) ve Uygulama ($r= 0,219$) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Korelasyon analizi sonucunda en yüksek ilişki bulunan Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutu ve Sağlık Okuryazarlığı

ölçeği Bilgiye Erişim Alt Boyutu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutu arasında Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.3.8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Arasında Regresyon Analizi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	B	sh	t	F	p	R ²
Sağlık Okuryazarlığı	Sabit	3,41	0,12	27,90	47,34	0,000	0,08
	Dijital Okuryazarlık Teknik Alt Boyutu	0,17	0,02	6,88			
Sağlık Okuryazarlığı Bilgiye Erişim Alt Boyutu	Sabit	3,37	0,15	22,17	43,08	0,000	0,09
	Dijital Okuryazarlık Teknik Alt Boyutu	0,21	0,03	6,56			

Tablo 4.3.8.'de görüldüğü üzere Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutu arasında yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Analize göre Sağlık Okuryazarlığında gerçekleşen değişimin %8'i Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutu tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,08$). Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutunda gerçekleşen artış Sağlık Okuryazarlığı seviyesine yansımaktadır ($B= 0,17$).

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Bilgiye Erişim Alt Boyutu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutu arasında yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Analize göre Sağlık Okuryazarlığı Bilgiye Erişim Alt Boyutunda gerçekleşen değişimin %9'u Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutu tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,09$). Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik Alt Boyutunda gerçekleşen artış Sağlık Okuryazarlığı Bilgiye Erişim seviyesine yansımaktadır ($B= 0,21$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma Konya ili merkez ilçelerinden; Selçuklu, Meram ve Karatay'da yaşayan vatandaşların Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık seviyelerini belirlemek ve bu ölçekler arasında ilişkiyi ölçmek amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan 500 katılan bireylerin %57,4'ü (287 kişi) erkek ve %42,6'sı (213 kişi) kadın olmak üzere toplamda 500 kişiden oluşmaktadır. 46 ve üzeri yaş grubu katılımcıların oranı %16,4 (82 kişi) ile 22-25 yaş grubu katılımcıların oranı %15,4 (77 kişi) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. 500 katılımcını Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ortalama puanı $\bar{x}=4,23$ olarak bulunmuştur. Soruların tamamını doğru yanıtlayanların olduğu araştırmada en yüksek puan 5; tamamen yanlış yanıtlayan çıkmadığı için en düşük puan 2,12 olarak çıkmıştır. Schaeffer ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmaya Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ortalama puanı $\bar{x}=4,65$ olarak bulunmuştur. Aynı ölçek ile gerçekleştirilen çalışmada ortalama puanların benzer olduğu görülmektedir. 25 sorudan oluşan ölçekte Bilgiye Erişme alt boyutuna ait ortalama puan $\bar{x}=4,35$ olarak diğer alt boyutlardan yüksek bulunmuştur. Bu durum Sağlık Okuryazarlığında bilgiye erişimde diğer alt boyutlara daha yeterli seviyede olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin Dijital Okuryazarlık puanı ortalaması $\bar{x}= 3,78$ olarak bulunmuştur. Soruların tamamını doğru yanıtlayan olduğu için en yüksek puan ortalaması 5, en düşük puan ortalaması ise 1 olarak bulunmuştur. Özden (2018) aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada Dijital Okuryazarlık ölçeği $\bar{x}=3,84$ olarak bulunmuştur. Araştırmada Dijital Okuryazarlık ölçeğinin alt boyutlarında Teknik alt boyutu $\bar{x}=4,64$ puanla Tutum, Bilişsel ve Sosyal alt boyuta göre daha yüksek puan almıştır. Katılımcılar kendilerini dijital okuryazarlığın teknik yönünden yeterince yeterli gördükleri, kendilerini bilişsel olarak yetkin gördüklerini ileri sürmektedir.

Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak Bilgiyi Anlama seviyesinde azalmalar ve bilginin değer konusunda kestiremememe durumu ortaya çıkmaktadır. Türkoğlu (2016) Sağlık Okuryazarlığı seviyesinin yaş ilerledikçe düştüğünü bulmuştur. Schaeffer ve arkadaşlarının (2017) Sağlık Okuryazarlığı seviyesi yaş ile ters orantılı şekilde artmaktadır.

Yaş grupları ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Özellikle Teknik alt boyut ortalamaları yaşa bağlı olarak düşmektedir. Bu durum yaş arttıkça teknolojik gelişmelerin takip edilemediğini ortaya çıkarmaktadır. Carrington ve Robinson (2009) tarafından yapılan çalışmada bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımının ve etkinliğinin yaşa bağlı olarak azaldığını ortaya koymuştur. Marsh ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir diğer çalışma dijitalleşme seviyesi yaşa bağlı olarak azalmaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesindeki artış Dijital Okuryazarlık seviyesine zayıf düzeyde de olsa etkilemektedir. Yapılan Pearson Korelasyon analizinde Dijital Okuryazarlık ölçeği Teknik alt boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin en yakın ilişkili olduğu alt boyut olarak tespit edilmiştir. Literatürde ilgili iki ölçeğin ilişkisel bir çalışması bulunmadığı için en yakın medya okuryazarlık ile test edilen Sağlık Okuryazarlığı seviyesi arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. (Kaya ve Uludağ, 2016)

Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre kadınların $\bar{x}=4,36$ puan ile erkeklerden $\bar{x}=4,07$ daha yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahiptir. Toplumsal normlar gereği çocuk ve ailenin bakımı kadınların bir görevi olarak görülmektedir. Ailenin ve çocukların sağlığı da bu görevler arasında görüldüğünden kadınların Sağlık Okuryazarlığı seviyesinin erkeklere göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda kadınların sağlık okuryazarlık seviyesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(Çimen ve Bayık Temel, 2017; Sorensen ve ark., 2012; Uğurlu, 2011).

Cinsiyet ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre erkeklerin $\bar{x}=3,89$ puan ile kadınlardan $\bar{x}=3,70$ daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptir. İlgili literatürün taranması sonucunda erkeklerin Dijital Okuryazarlık seviyelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Özerbaş ve Kuralbayeva, 2015; Acar, 2015). Cinsiyete göre farklılık göstermeyen çalışmalarda mevcuttur (Özden,2018).

E-nabız uygulamasının kullanım durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre e-nabız uygulamasını kullanan bireylerin $\bar{x}=4,35$ kullanmayanlara $\bar{x}=4,20$ oranla daha yüksek Sağlık Okuryazarlığı seviyesine sahiptir. E-nabız kullanım oranının artması sağlık bilgi sistemlerine olan ilginin artmasına, bu durum ise dolaylı olarak Sağlık Okuryazarlığını olumlu yönde etkilemektedir (Ekiyor ve Çetin, 2017).

Öğrenim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre öğrenim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile öğrenim durumu arasında yapılan ANOVA testine göre İlkokul ($\bar{x}=3,78$) mezunu olanlar Lisansüstü ($\bar{x}=4,24$) ve Ön lisans ($\bar{x}=4,24$) mezunlarına göre daha düşük Sağlık Okuryazarlığı seviyesine sahiptir. Bu durum eğitim seviyesinin artışı ile Sağlık Okuryazarlığı seviyesi doğru orantılı olarak artmaktadır (Özdemir ve ark., 2010). Pink (2008) Avustralya’da yaptığı çalışmada Lisans mezunlarının alt seviye mezuniyete sahip olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğunu bulmuştur. Tokuda (2009) Japonya’da yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin artışıyla Sağlık Okuryazarlığı seviyesinin de arttığını bulmuştur.

Öğrenim durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre öğrenim durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur. Dijital Okuryazarlık ölçeği ile öğrenim durumu arasında yapılan ANOVA testine göre: lisansüstü ($\bar{x}=3,97$), lisans ($\bar{x}=3,88$), ön lisans ($\bar{x}=3,93$) ve lise ($\bar{x}=3,82$) mezunları; ilköğretim ($\bar{x}=3,33$) mezunu ve okuryazar ($\bar{x}=3,41$) olanlara göre daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptirler. Dijital Okuryazarlık alanında yapılan araştırmalarda eğitim seviyesinin artışıyla Dijital Okuryazarlık seviyesinin artması beklenmektedir (Hague ve Payton, 2010). Techataweewan ve Prasertsin (2017) yaptıkları araştırmada internet ve bilgi iletişim teknolojilerin kullanım seviyesinin eğitilmiş bireylerde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Tekeli (2018) tarafından yapılan bir diğer araştırmaya göre eğitim alınan bölümlerdeki sayısal içerikli dersler arttıkça Dijital Okuryazarlık seviyesi artmaktadır.

Gelir durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre gelir durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği, Bilgiyi Anlama Değer Bıçme alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir durumu ile bilgiye erişim ve Uygulama alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gelir

durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği arasında yapılan ANOVA testine göre aylık gelir durumu 3001-4000₺ ($\bar{x}=4,26$) olan bireylerin 2001-3000₺ ($\bar{x}=4,14$) olan bireylere göre sağlık okuryazarlık seviyeleri daha yüksektir. Gelir durumu yüksek olan kişilerin eğitim durumu ve sağlığa verdikleri önemin artmasıyla birlikte Sağlık Okuryazarlığı seviyelerinde de artış görülmektedir (Çimen ve Bayık Temel, 2017; Sorensen ve ark., 2012; Uğurlu, 2011).

Gelir durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre gelir durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği, Tutum, Bilişsel ve Sosyal alt boyutları anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir durumu ile Teknik alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gelir durumu ile Dijital Okuryazarlık ölçeği arasında yapılan ANOVA testine göre aylık gelir durumu 4001 ₺ ($\bar{x}=3,94$) ve üzerinde olanlar; 1001-2000 ₺ ($\bar{x}=3,66$) ve 2001-3000₺ ($\bar{x}=3,64$) geliri olanlara göre daha yüksek Dijital Okuryazarlık seviyesine sahiptirler. Gelir durumunda olan artışla beraber pahalı teknolojik aletler ve internet erişimini daha kısa süreye indiren mobil cihazlara erişimin kolaylaşması bununla birlikte Dijital Okuryazarlık seviyesinin artması beklenmektedir (Özbay ve Özdemir, 2014; Coşkun ve ark., 2013; Akkoyunlu ve ark., 2010; Marsh, 2016).

Yetişkin bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı arasında ilişkiyi belirlemek ve bulgulardan hareketle alana öneriler sunmak amaçlanmıştır. Sağlık Okuryazarlığı seviyesi; cinsiyet, yaş, gelir durumu ve öğrenim durumuna bağlı olarak değişmektedir. Dijital Okuryazarlık seviyesi ise cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, öğrenim durumu, yaşanılan bölge, akıllı telefon kullanımı durumuna göre değişiklik göstermektedir. Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda Sağlık Okuryazarlığı seviyesi Dijital Okuryazarlık seviyenin yükseltilmesine yönelik şu öneriler sunulmaktadır.

- Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığı ile ilgi mevcut durumunu belirlemeye yönelik daha geniş çaplı çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Eğitim sistemimizin tüm seviyelerinde (okul öncesi, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite) Sağlık Okuryazarlığını geliştirmeye, riskli sağlık davranışlarını azaltmaya yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

- Bireylerin sağlık durumlarını olumlu yönde etkileyebilme yeterliliklerinin geliştirilmesine yönelik destekleyici çevreler (yasal-yapısal, fiziksel-sosyal) oluşturulması önerilmektedir.
- Bireylerin sağlık düzeylerini denetleyip geliştirebilmeleri kapsamında temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilmeleri açısından sağlıklı yaşam biçimi kazandırmaya, sağlık sorumluluklarını ve bilinçlerini artırmaya yönelik eğitici programlar sunulması önerilmektedir.
- Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı geliştirilmesi için devlet, eğitim sistemi, sağlık sistemi ve medyanın iş birliği ile projeler yapılması önerilmektedir.
- Dijital Okuryazarlık seviyesinin gelir durumu ile ilişkisi göz önüne alınarak gelir durumu bakımından kısıtlı vatandaşlara Vakıf ve STK'lar aracılığıyla bilgi ve iletişim teknolojilerine erişimi sağlanması önerilmektedir.
- Dijital Okuryazarlık seviyesinin eğitim durumuna göre değişmesiyle eğitim oranının artırılması ve hayat boyu öğrenme programlarının genişletilmesi önerilmektedir.
- Dijital Okuryazarlık seviyesi ile yaşanan bölgeler arasında gelişmişlik düzeyinin farklı olmasından kaynaklı yaşanan eksiklikler için eşit gelişim koşulları için önlemler alınması önerilmektedir.
- Dijital Okuryazarlık ölçme araçlarından Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Aabo, S. The Role and Value of Public Libraries in the Age of Digital Technologies. *Journal of Librarianship and Information Science*, 2005; 37 (4): 205–211.
- Aboumatar, H. J., Carson, K. A., Beach, M. C., Roter, D. L., Cooper, L. A. “The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes Among Patients With Hypertension”, *Journal of General Internal Medicine*, 2013; 28, 1469-1476.
- Acar, Ç. Anne ve Babaların İlkokul Ortaokul Lise Öğrencisi Çocukları ile Kendilerinin Dijital Okuryazarlıklarına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- Akkoyunlu, B., Soylu, M. Y., Çağlar, M. Üniversite öğrencileri için “Sayısal Yetkinlik Ölçeği” Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010; 39(39).
- Aldemir, A. Bilgiye Erişimde Yeni Yaklaşım: Bilgi Okuryazarlığı, Ünak’03: Bilgiye Erişimde Değişen Yollar ve II. Tıbbi Bilgi Yönetimi ve Teknolojileri Sempozyumu, 2003.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Sakarya Yayıncılık, Sakarya, 2007; p: 226.
- American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs, *JAMA* 1999; 281: 552–557.
- Anderson, N. The Horizon Has Become the Landscape New Media Are Here. In *Thinking Critically About Media: Schools and Families in Partnership* 2002; p:30-35.
- Aras, Z., Temel, A. B. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2017; 25(2): 85-94.
- Arnone, M. P., Small, R. V., Reynolds, R. Supporting Inquiry by Identifying Gaps in Student Confidence: Development of a Measure of Perceived Competence. *School Libraries Worldwide* 2010; 16(1): 47-60.
- Baker, D.B., Gazmararian, J.A., Williams, M.D., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., Ren, J., Peel, J. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees, *American Journal of Public Health*, 2002; (92): 8.
- Baker, D.W. The Meaning and the Measure of Health Literacy, *J Gen Intern Med*. 2006; 21(8): 878–883.
- Barrett, S. E., Puryear, J. S. Health Literacy: Improving Quality of Care in Primary Care Settings. *Journal of Health Care for The Poor and Underserved*, 2006; 17(4): 690-697.
- Barton, D., Hamilton, M. *Situated Literacies: Reading and Writing Context*. London: Routledge(2000).
- Bergsma, L. Media Literacy and Prevention: Going Beyond “Just Say No.” In *Thinking Critically About Media: Schools And Families in Partnership* 2002; p:12
- Berson, I. R. Making The Connection Between Brain Processing And Cyberawareness: A Developmental Reality. Paper Presented At The Proceedings Of Netsafe II, Society, Safety And The Internet Symposium, Auckland, New Zealand. 2003.
- Betz, C.L., Ruccione, K., Meeske, K., Smith, K., Chang, N. Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern, *Pediatric Nursing* 2008; (34): 3,231
- Brandt, D. *Literacy in America Lives*, Cambridge University Press: Cambridge. 2001.
- Brown, G. T. Student Information Literacy: Psychometric Validation Of A Self-Efficacy Report. *Psychological Reports*, 2005; 96: 1044-1048.

- Bruce, B. C. *Literacy In The Information Age: Inquires Into Meaning Making With New Technologies*. Newark, DE: International Reading Association. 2003.
- Buckingham, D. *Defining Digital Literacy*. In *Medienbildung In Neuen Kulturräumen* (s. 59-71). VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2010.
- Büyüköztürk, S., Kılıç Çakmak, E., Akgün, O. E., Karadeniz, S., Demirel, F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi. 2008.
- Callahan, L. F., Hawk, V., Rudd, R., Hackney, B., Bhandari, S., Prizer, L. P. DeWalt, D. "Adaptation Of The Health Literacy Universal Precautions Toolkit For Rheumatology And Cardiology-Applications For Pharmacy Professionals To Improve Self-Management And Outcomes In Patients With Chronic Disease" *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2013; (9): 597-608.
- Carrington, V., Robinson, M. (Eds.). *Digital Literacies: Social Learning And Classroom Practices*. London: SAGE Publications. 2009.
- Chase, Z., and D. Laufenberg "Embracing the Squishiness of Digital Literacy." *Journal of Adolescent Adult Literacy*, 2011; 54 (7): 535-537.
- Churchill, D., Lim, C. P. *Reflection On Educational Technology: Moving Forward And Beyond*. *Educational Media International*, 2007; 44(3):181-183.
- Coşkun, Y. D., Cumaoglu, G. K., Seçkin, H. *Computer Technology Teacher Candidates' Views On The Concepts Of Literacy Related To Information Technology*. *Journal of Human Sciences*, 2013; 10(1): 1259-1272.
- Çimen, Z. ve Bayık Temel, A. *Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Algısı İlişkisi Ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 33(3): 105-125.
- Davis, T.C., Crouch, M., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., et al. *Rapid Assessment Of Literacy Levels Of Adult Primary Care Patients*. *Family Medicine*, 1991; 23(6): 433-5.
- Duffy, J., Christoph, J., Nelson, G. *Literacy, Economy, and Power: Writing and Research After "Literacy in American Lives"*, Southern Illinois University Press, Illinois. 2014.
- Eagle, L., Reid, J., Hawkins, J., Styles, E. *Breaking Through The Invisible Barrier Of Low Functional Health Literacy: Implications For Health Communication*. *Studies in Communication Sciences* 2005; 5(2): 29-56.
- Eicher, K., Wieser, S., Brugger, U. *The Costs Of Limited Health Literacy: A Systematic Review*. *International Journal Of Public Health*, 2009; 54: 313-324.
- Ekiyor, A, Çetin, A. *Sağlık Hizmeti Sunumunda Ve Sosyal Pazarlama Kapsamında E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği*. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2017; (3): 88-103.
- Eshet-Alkalai, Y. *Digital literacy: A Conceptual Framework For Survival Skills In The Digital Era*. *Journal of Educational Multimedia and Hypermedia*, 2004; 13(1): 93.
- Freire, P., Macedo, D., *Okuryazarlık: Sözcükleri ve Dünyayı Okuma*, (Çev: Ayhan, S.), İmge Yayınevi, Ankara. 1998.
- Gahala, J. *Critical Issue: Using Technology To Enhance Literacy Instruction*. 2006.
- Gilster, P. *Digital Literacy*, New York: John Wiley. 1997.
- Grisham, D. I. ve Wolsey, T. D. *Recentring The Middle School Classroom As A Vibrant Learning Community: Students, literacy and technology interest*. *Journal of Adolescent and Adult Literacy*,

- 2006; 49 (8): 648-660.
- Güneş, F. Okuma–Yazma Öğretimi Ve Beyin Teknolojisi. Ankara: Ocak Yayınları. 1997.
- Hanson-Divers EC. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underserved*. 1997;8(1):56–69.
- Hague, C., Payton, S. Digital Literacy Across the Curriculum. Futurelab 2010.
- Hernandez, L. M. *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. National Academies Press. 2013
- Ishikawa, H., Yano, E. Patient Health Literacy and Participation in The Health-Care Process, *Journal compilation _ 2008 Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 2008, p: 13–122.
- Jonassen, D. H. Lsquo Hypertext as instructional designers. *Educational Technology Research and Development*, 1990; 39(1): 82-92.
- Kalaycı, Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri 2010; (5). Ankara, Turkey: Asil Yayın Dağıtım.
- Kaya, Ş, Uludağ, A., Relationship Between The Health And Media Literacy- Sağlık Ve Medya Okuryazarlık Arasındaki İlişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017; 9 (22): 194-206.
- Kaphingst, K. A., Weaver, N. L., Wray, R. J., Brown, M. L., Buskirk, T., Kreuter, M. W. “Effects of Patient Health Literacy, Patient Engagement and a Systemlevel Health Literacy Attribute on Patient-Reported Outcomes: A Representative Statewide Survey” *BMC Health Services Research*, 2014; (14): 475, 2014
- Karsten, M. C., Roth, R. M. The Relationship of Computer Experience and Computer Self-Efficacy to Performance in Introductory Computer Literacy Courses. *Journal of Research on Computing in Education*, 1998;31(1): 14-24.
- Kemp, G., Eagle, L. Shared Meanings or Missed Opportunities? The Implications Of Functional Health Literacy For Social Marketing Interventions. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 2008; 5(2): 117-128
- Kress, G. Gains and losses: New Forms Of Texts, Knowledge, And Learning. *Computers and Composition*, 2005; (22): 5–22.
- Kress, G. *Literacy In The New Media Age*. London, UK: Routledge. 2006.
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., Kolstad, A. (1993). *Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey*. Washington, DC: National Center for Education, US Dept of Education [<http://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf> (07/04/2018)]
- Lane, J. Developing the vision: Preparing Teachers To Deliver A Digital Worldclass Education System. *Australian Journal of Teacher Education*, 2012; 37(4): 59–74.
- Leung, L., Lee, P. S. N. Impact Of İnternet Literacy, İnternet Addiction Symptoms, And İnternet Activities On Academic Performance. *Social Science Computer Review*, 2012; 30(4): 403-418.
- Luckin, R. *Re-Designing Learning Contexts*. London, UK: Routledge. 2010.
- Mancuso, J.M. Health Literacy: A Concept Dimensional Analysis, *Nursing and Health Sciences*, 2008;10: 248-255.
- Mancuso, J.M. Assesment and Measurement of Health Literacy: an İntegrative Review of the Literature, *Nursing and Health Sciences*, 2009;11: 77-89.

- Marsh, J., Hannon, P., Lewis, M., Ritchie, L. Young Children's Initiation Into Family Literacy Practices In The Digital Age. *Journal of Early Childhood Research*, 2017;15(1): 47-60.
- Martin, A., Grudziecki, J. Digital Concepts And Tools For Digital Literacy Development. *Innovation in Teaching and Learning in Information and Computer Sciences*, 2006;5(4): 1-19.
- Martin, A. DigEuLit-a European Framework For Digital Literacy: A Progress Report. *Journal of eLiteracy*, 2005; 2(2): 130-136.
- Martin, A. Digital Literacy And The 'Digital Society'. *Digital Literacies: Concepts, Policies and Practices*, 2008;30: 151-176.
- McLellan, H. Digital Storytelling: Bridging Old And New. *Educational Technology*, 2006; September-October: 26-31.
- McKenzie, J. Digital Nativism, Digital Delusions, And Digital Deprivation. *From Now On: The Educational Technology Journal*, 2007; 17(2): 32-59.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA(Eds.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, National Academies Press, Washington, p. 31-55.
- Ng, W. (2012). Can We Teach Digital Natives Digital Literacy? *Computers Education*, 2004; 59(3): 1065-1078
- Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promot Int*; 2000; 15(3): 259-267.
- Okyay, P., Abacıgil, F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)*. 2016; Mayıs, 24-41.
- Özbay, M., Özdemir, O. Türkçe Öğretim Programı İçin Bir Öneri: Dijital Okuryazarlığa Yönelik Amaç ve Kazanımlar/A suggestion for Turkish Teaching Curriculum: Digital literacy objectives and standards. *Okuma Yazma Eğitimi Araştırmaları*, 2014; (2): 2.
- Özerbaş, M, Kuralbayeva, A. Türkiye ve Kazakistan Öğretmen Adaylarının Dijital Okuryazarlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2018;(1): 16-25.
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y et al. Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research* 2010;25(3): 464-477.
- Özden, M. Digital Literacy Perceptions of the Students in the Department of Computer Technologies Teaching and Turkish Language Teaching. *International Journal of Progressive Education*, 2018; 14(4), 26-36.
- Parker, RM., Baker D.W., Williams, M.V. Nurss, J.R. The Test of Functional Health Literacy in Adults. A New Instrument For Measuring Patients' Literacy Skills, *Journal of General Medicine*, 1995;(10):537-541.
- Pink B. Health Literacy in Australia. *Canberre Time* 2008;(9):13.
- Pinkard, N. (2008)<http://digitalyouthnetwork.org/> (22.09.2018)
- Prensky, M. *Digital Natives, Digital Immigrants*. NCB University Press, 2001a; 9(5): 1-6.
- Prensky, M. (2001b, November/December). Digital Natives, Digital Immigrants, Part II: Do they really Think Differently? On the Horizon, 9(6), 1-6., <http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20%20Digital%20Natives.%20Digital%20Immigrants%20-%20Part2.pdf> (22.09.2018).

- Quick Guide To Health Literacy, U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2011.
- Ratzan, S. C. Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 2001;(16):2,207–214.
- Reed W. M., Giessler, S. F. Prior Computer-Related Experiences And Hypermedia Metacognition. *Computers in Human Behavior*, 2002; 11(3-4): 581-600.
- Robinson, K. Changing Education Paradigms. TED. http://www.ted.com/talks/ken_robinson_changing_education_paradigms
- Safer RS., Keenan J., Health Literacy: The Gap Between Physicians And Patients. *American Family Physician*, 2005; 72(3): 463–468.
- SEWA (Self Employed Women's Association). Part B Social Security. 2009
- Sezer, A., Kadioğlu, H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2014; 17(3).
- Sezgin, D. Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi. *Schola Ayrıntı Dizisi*. 2011, p:140-150.
- Schaeffer, D., Berens, E. M., Vogt D., Health Literacy in the German Population: Results of a Representative Survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, (2017). 114(4), 53.
- Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* 2012;25(12): 80.
- Spss, Spss version 25.01, SPSS Inc. 2018.
- Tanrıöver M, Yıldırım H.H, Demiray Ready F.N, Çakır B, Akalın H.E, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, 2014; 90-96.
- Tdk, Türk Dil Kurumu, http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c139f87976e71.58149581 (20.09.2018).
- Techataweewan, W., Prasertsin, U. Development of digital literacy indicators for Thai undergraduate students using mixed method research. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 2018; 39(2): 215-221.
- Tekeli, P., Dijital Hikâye Anlatımı Atölyesinde Yaşlıların Dijital Okuryazarlık Deneyimlerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Ankara 2018.
- Tokuda Y., Doba N., Butler JP., Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. *Patient Education and Counseling* 2009; (75): 411-417.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sørensen, K., Kamberi, H., Brand, H. Concurrent Validation of Two Key Health Literacy Instruments in a South Eastern European population. *The European Journal of Public Health*, 2013; 25(3): 482-486.
- Tözün M, Sözmén KM. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı', *Smyrna Tıp Dergisi*, 2014; 48-54
- Tsai, M. J., Tsai, C. C. Junior High School Students' Internet Usage And Self-Efficacy: Are-Examination of The Gender Gap. *Computer Education*, 2010; 54(4): 1182-1192.
- Tük, Türkiye İstatistik Kurumu, İl ve İlçe Nüfus Bilgileri <http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do> (20.09.2018).
- Türkoğlu, Ç., Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta,

2016.

United Nations Organization for Education, Science and Culture. (2008). Media and Information Literacy: Policy And Strategy Guidelines. Communication and Information. <http://www.unesco.org/new/en/communicationand-information/resources/publications-and-communicationmaterials/publications/full-list/media-and-information-literacy-policy-andstrategy-guidelines/> (20.09.2018).

U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. <http://www.healthypeople.gov/2010> (12.09.2018).

Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyalinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara, 2011.

Usta, E.M., Karakuş, M. "Pedagojik Okuryazarlık Ölçeğinin Geliştirilmesi", Kastamonu Eğitim Dergisi, 2016; 24(1): 133-146.

Üçpunar E, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014

VanSlyke, T. (2003). Digital Natives, Digital Immigrants: Some Thoughts From The Generation Gap. The Technology Source, <http://www.wisc.edu/depd/html/TSarticles/Digital%20Natives.htm> (20.09.2018)

Voogt, J. Computer literacy in Secondary Education: The Performance And Engagement Of Girls. Computers & Education, 1987;11(4): 305-312.

Wecker, C., Kohnle, C., Fischer, F. Computer Literacy And Inquiry Learning: When Geeks Learn Less. Journal of Computer Assisted Learning, 2007; 23(2): 133-144.

Weiss, B., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A. Pignone, M.P., et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annual Family Medicine, 2005; 3, 514-22.

Wright, K.B., Sparks, L., O'har, H.D. Health Communication in the 21st Century. USA:Blackwell Publishing. 2008.

Yıldırım F, Keser A, Sağlık Okuryazarlığı, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2005; p:113-128

Yurdagül, H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerlik İndeksinin Kullanımı. 14. Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli. 2005.

Zengin C, Hastane Çalışanları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri Değerlendirilmesi, Bir Kamu Hastane Örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

EKLER

Ek- A Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Bu anket formu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği" başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Bu çalışma dijital okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilecek tüm bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve toplanan bilgiler gizli tutulacaktır. Bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmak maksadıyla, kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Tezi Hazırlayan

Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL
Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Şerife Didem KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fak. Öğretim Üyesi

Genel Bilgiler:	
1. Cinsiyetiniz?	1) Erkek 2) Kadın
2. Yaşınız?.....	
3. Yaşadığınız ilçe	1) Selçuklu 2) Meram 3) Karatay
4. Medeni durumunuz	1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Ayrı yaşıyor
5. Öğrenim durumunuz?	1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3) Lise 4) Ön-lisans 5) Lisans 6) Lisansüstü
6. Mesleğiniz?.....	
7. Ailenizin aylık gelir durumu?	1) 500-1000 2) 1001-2000 c) 2001-3000 d) 3001-4000 e) 4001 ve üzeri
8. Ailenizin yapısı?	1- Çekirdek aile 2- Geniş aile
9. Akıllı telefon kullanıyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır
10. E-nabız uygulamasını kullanıyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır
11. Son bir yıl içinde kaç defa doktora başvuru yaptınız?.....	
12. Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb)	1) var 2) yok
13. Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı?	1) var 2) yok
14. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	1) var 2) yok
15. Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız?	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
16. Kimlerle aynı evde barındığınızı belirtiniz?	1- Ailemle 2- Akrabalarımle 3-Arkadaşlarımla 4- Yalnız yaşıyorum

Sağlık Okuryazarlığı	1- Hiç yeteneğim yok/ olanaksız/ yeteneğim yok 2- Çok zorluk çekiyorum 3- Biraz zorluk çekiyorum 4- Az zorluk çekiyorum 5- Hiç zorluk çekmiyorum	Hiç yeteneğim yok	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
1	Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
2	Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	1	2	3	4	5
3	Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
4	Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
5	Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
6	İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
7	Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
8	Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
9	Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
10	Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
11	Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
12	Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
13	Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
14	Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
15	Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
16	Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
17	Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
18	Sağlık personeli, arkadaşlarımız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
19	Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
20	Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
21	Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
22	Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
23	Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
25	Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararımıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Dijital Okuryazarlık	1- Kesinlikle katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılmıyorum 5- Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılıyorum
		1	2	3	4	5
1	Öğrenme sürecinde Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hoşuma gider.	1	2	3	4	5
2	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak daha iyi öğrenirim.	1	2	3	4	5
3	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek daha ilgi çekicidir.	1	2	3	4	5
4	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek beni daha motive eder.	1	2	3	4	5
5	Öğrenme etkinliklerim için arkadaşlarımdan sıklıkla İnternet aracılığıyla (Skype, Face ve Bloglar vb) yardım alırım.	1	2	3	4	5
6	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek öz-yönetimli ve bağımsız olmamı sağlar.	1	2	3	4	5
7	Karşılaştığım teknik problemleri nasıl çözeceğimi bilirim	1	2	3	4	5
8	Yeni teknolojilerin kullanımını kolaylıkla öğrenebilirim.	1	2	3	4	5
9	Önemli olduğunu düşündüğüm yeni teknolojilere ayak uydurabilirim.	1	2	3	4	5
10	Birçok farklı teknoloji hakkında bilgim var.	1	2	3	4	5
11	Öğrenmede ve yeni şeyler oluşturmada (Sunumlar, dijital hikâyeler, wikiler, bloglar vb) bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak için gerekli olan teknik becerilere sahibim.	1	2	3	4	5
12	İnternette bilgi elde etmeye yönelik araştırma ve değerlendirme becerilerime güvenirim.	1	2	3	4	5
13	Öğrenme sürecinde mobil teknolojilerin (Cep telefonları, PDAs, İpadler, akıllı telefonlar vb) kullanım potansiyeli yüksektir.	1	2	3	4	5
14	Öğretmenlerim ders anlatırken bilgi ve iletişim teknolojilerini daha çok kullanmalıdır.	1	2	3	4	5
15	Bilgi ve iletişim teknolojileri proje çalışmalarında ve diğer öğrenme etkinliklerinde arkadaşlarımla daha iyi işbirliği içinde çalışmamı sağlar.	1	2	3	4	5
16	Bilgi ve iletişim teknolojileri becerilerim iyidir.	1	2	3	4	5
17	İnternet tabanlı aktivitelerle ilgili konuları (Örn; siber güvenlik, eser hırsızlığı, araştırma konuları vb) bilirim.	1	2	3	4	5

Ek- B Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ

Sayı: 787

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Tarih: 30.05.2018

**ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME
FORMU**

Toplantı tarihi: 30.05.2018
Toplantı no: 05
Proje no: 787
Karar no: 2018/129

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Şerife Didem KAYA 'in "Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki :Konya Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Başkan)

Doç. Dr. Özlem KARAKUŞ (Üye)

Prof. Dr. Ramazan AKI (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Emel FİLİZ (Üye)

Prof. Dr. Belgin AKIN (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Hacer Alan DİKMEN (Üye)

KATILMADI

Prof. Dr. Şebnem ASLAN (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Muhammet Ali CEBİRBAY (Üye)

Doç. Dr. Sema YILMAZ (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Ebru BAYRAK (Üye)

Prof. Dr. Nazan AKTAŞ (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Devlet ALAKOÇ PİRPIİR (Üye)

KATILMADI

Doç. Dr. Deniz TANYER (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZLEM YILMAZ (Üye)

KATILMADI

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Üye)

Dr.Öğr.Üyesi Doğa BAŞER (Üye)

Ek-C Konya Valiliği Araştırma İzni

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Emniyet Müdürlüğü

Sayı : 65869167.20339(31727)/10837
Konu : Anket Çalışması.

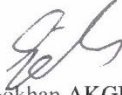
07.08.2018

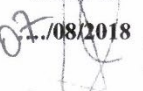
VALİLİK MAKAMINA

Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Müjdat YEŞİLDAL'ın Valilik Makamından havaleli 03.08.2018 tarihli dilekçe ile müracaatta bulunarak, "Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya Örneği" ile ilgili olarak yürütmekte oldukları yüksek lisans tez konusu araştırma kapsamında, 13.08.2018-17.08.2018 tarih ve 10:00 ile 16:00 saatleri arasında, Konya il merkezinde (Selçuklu, Meram, Karatay) anket çalışması yapma talebinde bulunmuştur.

Anket çalışmalarının, 5429 sayılı Türkiye İstatistik Kanunu'nun 6,13,14. ve 53. maddelerinde belirtilen çerçevede "İstatistikî Sonuçlar İçeren Araştırmalar" yapılabildiği belirtildiğinden, söz konusu anket çalışmasının, uygulanan metotlar ve araştırmada kullanılan yazılı malzemenin içerik olarak bir suç içermemesi gerektiğinden, halkın rahatsız edilmemesi, gönüllülük ilkesinin esas alınması, zorlayıcı davranılmaması, anket çalışmasının kamu güvenliği ve düzenini bozmamak ve ilgili madde hükümleri saklı kalmak kaydıyla yapılmasında Müdürlüğümüzce herhangi bir sakınca yok ise de;

Tensiplerinize arz ederim.


Gökhan AKGÜN
İl Emniyet Müdürü a.
Emniyet Müdür Yardımcısı
2.Sınıf Emniyet Müdürü

OLUR
07./08/2018

Hasan KARAKAŞ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:

Ek:1-(3) sayfa (Dilekçe)
Ek:2-(7) sayfa (Anket Formu)

Akabe Mah. Adanaçevre yolu No:108 Karatay/KONYA
e-mail: güvenlik@konya.pol.tr

Bilgi İçin İrtibat : Pol.Me. Talat AŞKIN
Telf: 0 332 321 73 44 Faks : 0 332 321 63 55

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı:	Müjdat YEŞİLDAL		
Doğum Yeri:	Aksaray		
Doğum Tarihi:	19.01.1991		
Medeni Durumu:	Bekar		
Öğrenim Durumu			
Derece	Okul Adı	Bölüm	Mezuniyet tarihi
Lise	Başkent Lisesi (Ankara)		2009
Lisans	Selçuk Üniversitesi	Sağlık Yönetimi	2015
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Sağlık Yönetimi	2018
İş Deneyimi			
İnegöl Belediyesi	Memur (01.05.2017-14.03.2018)		
Selçuk Üniversitesi	Araştırma Görevlisi (21.03.2018- Halen)		
İletişim Bilgileri			
e-posta	mujdatyesildal@gmail.com		
Adres	Sağlık Bilimleri Fakültesi Akademi Mahallesi Yeni İstanbul Caddesi Alaeddin Keykubat Kampüsü 299/1 Selçuklu/KONYA		