

T.C.
GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
STRATEJİK İLETİŞİM YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİ İLETİŞİMİNDE MOBİL SAĞLIK:
“ADIMSAYAR” UYGULAMASI ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERAY ÖNEY DOĞANYİĞİT

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. NAZLI ÜLBAY AYTUNA

İSTANBUL, 2014

ÖNSÖZ

Bu tez, bu tezin biteceğine en az benim kadar, hatta belki kimi zaman benden fazla inanan birçok insan olmasa bu aşamaya gelmezdi. Burada belki hepsine teşekkür edemeyeceğim, yine de birkaçının ismini belirtmek istiyorum.

Öncelikle, danışmanım olan, bu uzun yolda ihtiyaç duyduğumda desteğini hep hissettiğim ve beni çok iyi yönlendirdiğine inandığım hocam Doç. Dr. Nazlı Ülbay Aytuna'ya,

araştırma ve yöntem konusunda her kapısını çaldığımda desteğini esirgemeyen, akademik yolculuğumda bana öğrettiği ve öğrenmeye devam edeceğime inandığım değerleri bana sunan Yrd. Doç. Dr. Eser Telci'ye,

soruları, önerileri ve yardımları ile en başından beri tezime kattıklarının yanında, başaracağıma her daim inanan Prof. Dr. Yonca Aslanbay'a,

bu süreçte birlikte çok zaman geçirdiğim ve kendisinden bir çok konuda beslendiğim Doç. Dr. Elgiz Yılmaz'a,

tezimi bitirmem için her türlü çaba ve motivasyonu bana sunan, özellikle son aylarda göremesem de dualarıyla ve telkinleriyle hep destek olan biricik annem Birsen Kuş'a,

sabrı ve hoşgörüsü ile her anımda yanımda olan, bana her türlü konforu ve manevi desteği sağlayan; hayat arkadaşım, yoldaşım, dostum, arkadaşım olan sevgili eşim Mehmet Doğanığit'e,

akademik gelişimime, tezime ve dolayısıyla bana sundukları tüm katkı, sabır ve zamanları için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	.ii
SÖZLÜK.....	.vi
KISALTMALAR.....	.vii
SEMBOL LİSTESİ.....	.viii
RESİM LİSTESİ.....	.ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	.xi
TABLO LİSTESİ.....	.x
RESUME.....	.xii
ABSTRACT.....	.xvii
ÖZET.....	.xxi
GİRİŞ.....	.1

BİRİNCİ BÖLÜM**SAĞLIK HİZMETLERİ İLETİŞİMİNDE YENİ NESİL DİJİTAL YAKLAŞIMLAR** **Sayfa No**

1.1.Dönüşen Sağlık Kavramı.....	5
1.2.Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvik Edilmesi.....	9
1.2.1.Sağlığın Korunması.....	12
1.2.2.Sağlık Eğitimi.....	13
1.2.3.Sağlık Okuryazarlığı.....	15
1.3.“Sağlık İletişimi”n de Geleneksel Yaklaşımlardan Yeni Nesil Dijital Yaklaşımlara.....	16
1.3.1. “Sağlık İletişimi”nde Geleneksel Yaklaşımlar.....	17
1.3.2. “Sağlık İletişimi”nde Dijital Yaklaşımlar.....	23
1.3.2.1. İnternet.....	24
1.3.2.2.Sosyal Medya.....	28
1.4. “Sağlık Hizmetleri İletişimi”nde Yeni Nesil Yaklaşımlar.....	32
1.4.1.”Sağlık Hizmetleri İletişimi”nde Geleneksel Yaklaşımlar.....	32
1.4.2. “Sağlık Hizmetleri İletişimi”nde Dijital Yaklaşımlar.....	41
1.4.2.1.Elektronik Sağlık.....	41
1.4.2.2.Tele-Tıp.....	44
1.4.2.3.Mobil Sağlık.....	48
1.4.2.3.1.Kısa Mesaj Servisi Uygulamaları.....	55
1.4.2.3.2.Akıllı Mobil Telefon Uygulamaları.....	59
1.5. Sağlık İletişiminde Dijital Temelli Araştırmalar.....	68
1.5.1. Davranış Değişikliği.....	70
1.5.2. Planlı Davranış Teorisi.....	72
1.5.3.Kaptaloji.....	73

İKİNCİ BÖLÜM**SAĞLIK HİZMETLERİ İLETİŞİMİNDE YENİ BİR ALAN ARAŞTIRMASI:
MOBİL SAĞLIK UYGULAMA ÖRNEĞİ “ADIMSAYAR”** **Sayfa No**

2.1.Araştırma Kapsamı.....	81
2.1.1.Araştırmanın Modeli.....	82
2.1.2.Araştırmanın Hipotezleri.....	82
2.1.3.Araştırmada Kullanılan Uygulama Özellikleri.....	83
2.2.Araştırmanın Yöntemi.....	91
2.2.1.Araştırmanın Ölçekleri.....	91
2.2.2.Verilerin Toplanma Süreci.....	93
2.2.3.Araştırmanın Örneklemi.....	94
2.3.Araştırma Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	97
2.3.1.Güvenilirlik.....	97
2.3.2.Araştırma Bulguları.....	100
2.3.2.1.Araştırmanın Yeni Davranış Oluşumuna İlişkin Sonuçları.....	100
2.3.2.2.Araştırmanın Davranışın Devamına İlişkin Sonuçları.....	105
Sonuç.....	109
KAYNAKÇA.....	117
EK: ARAŞTIRMA ANKETİ.....	126
ÖZGEÇMİŞ.....	134

SÖZLÜK

WIMAX: Verici antenden yaklaşık 50 km mesafeye kadar bir etki alanı ve 75 Mbps indirme hızı olması planlanan bir çeşit kablosuz bağlantı sistemidir.

3G: 3. nesil, Uluslararası Telekomünikasyon Birliği tarafından tanımlanan; GSM EDGE, UMTS, CDMA2000, DECT ve WiMAX teknolojilerini kapsayan bir standartlar ailesidir

4G LTE: LTE, mevcut olarak kullanılan kablosuz erişim sistemlerinin geleceği olarak görülmektedir. LTE, 3G ve HSPA teknolojilerinin bir sonraki adımı olan 4G teknolojisini kullanmaktadır.

ANDROID: Android, Google, Open Handset Alliance ve özgür yazılım topluluğu tarafından geliştirilen, Linux tabanlı, mobil cihaz ve cep telefonları için geliştirilmekte olan, açık kaynak kodlu bir mobil işletim sistemidir.

BLUETOOTH: Kablo bağlantısını ortadan kaldıran kısa mesafe radyo frekansı (RF) teknolojisinin adıdır.

GATEWAY: Ağ geçidi, farklı ağ iletişim kurallarını kullanan iki bilgisayar ağı arasında veri çerçevelerinin iletimini sağlayan ağ donanımdır

GPRS: Mevcut 2G cep telefonu şebekesi üzerinden paket anahtarlama olarak veri iletimi sağlayan teknolojinin adıdır. Genellikle cep telefonları ve internet arasında, küçük veri paketlerinin alışverişi amacıyla kullanılır.

GSM: Cep telefonu iletişim protokolünün adıdır.

IOS: Apple'ın başlangıçta iPhone için geliştirdiği ancak daha sonra iPod Touch ve iPad'de de kullanılan mobil işletim sistemidir. Mac OS X'den türetilmiştir.

MOBİL UYGULAMA: Cep Bilgisayarı Üzerinde Çalışan Uygulamalardır.

PEDOMETRE: Adım ölçer ya da adım ölçen alet olarak tanımlanmaktadır.

TELEKONSÜLTASYON: Uzaktan muayene hizmeti

TELEONKOLOJİ: Uzaktan kanser hastalığı izleme hizmeti

TELERADYOLOJİ: Tıbbi görüntüleme çalışmalarından elde edilen verilerin bir radyolog tarafından analiz ve inceleme yapılabilmesi için uzak bir noktaya iletilmesi uygulamasıdır.

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

ART: Antiretroviral Therapy

BTK: Bilişim ve Teknoloji Kurumu

CDC: Centre For Disease Control and Prevention

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

ESAĞLIK: Elektronik Sağlık

GOE: Global Observatory for Ehealth

GPS: Global Positioning System

GSM: Global System for Mobile Communications

HIV: Human Immunodeficiency Virus

MSAĞLIK: Mobil Sağlık

OECD: Organisation for Economic Co-Operation and Development

ÖRN: Örneğin

SF: Sayfa

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNDP: United Nations Development Programme

VKİ: Vücut Kitle Endeksi

VS. : Vesaire

WiFi: Wireless Fidelity

SEMBOL LİSTESİ

Her bir bağımsız değişkenin regresyon katsayısı.....	β
Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken içindeki varyansın ne kadarını açıkladığını gösterir	R^2
Değişken varyans testi değeri.....	F
İstatistiki anlamlılık değeri.....	P
Örneklem büyüklüğü	N

RESİM LİSTESİ

Sayfa No

Resim: 1 U.K.National Health Services (NHS) web site.....	27
Resim: 2 Türkiye Alzheimer Derneği web site.....	28
Resim: 3 Hasta Blogu/Motivolog.com blog web görüntüsü.....	30
Resim: 4 STK Hasta Facebook sayfa görüntüsü/Türkiye Toraks Derneği.....	31
Resim: 5 Acıbadem Teletıp Uygulama Cihazı.....	47
Resim: 6 Amerika’da en çok kullanılan ilk 10 Mobil Sağlık Uygulaması.....	64
Resim: 7 Runtastic Mobil Sağlık Uygulaması.....	65
Resim: 8 MyFitnessPal Mobil Sağlık Uygulaması.....	65
Resim: 9 Run Keeper Mobil Sağlık Uygulaması.....	66
Resim: 10 Acıbadem Mobil Sağlık Uygulaması.....	66
Resim: 11 Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı Mobil Sağlık Uygulaması.....	67
Resim: 12 MHRS Mobil Sağlık Uygulaması.....	67
Resim: 13 Adımsayar Giriş Sayfası.....	84
Resim: 14 Adımsayar Uygulaması Kullanıcı Ara Yüzü Sayfası.....	85
Resim: 15 Android Tabanlı Mobil Cihazlarda Uygulama Ekran Görüntüsü.....	85
Resim: 16 İOS Tabanlı Mobil Cihazlarda Uygulama Ekran Görüntüsü.....	86
Resim: 17 Vücut Kitle Endeksi Web site Sayfa Görüntüsü.....	86
Resim: 18 Kişinin Kişisel Verilerini Görebildiği Web site Sayfa Görüntüsü.....	87
Resim: 19 Tüm Kullanıcıların Ortalama (VKİ) İstatistikleri Web Site Görüntüsü...87	
Resim: 20 Tüm Kullanıcıların Ortalama (Yaş Dağılımları) İstatistikleri Web Site Görüntüsü.....	88
Resim: 21 Tüm Kullanıcıların Ortalama (Haftalık Adım) İstatistikleri Web Site Görüntüsü.....	88
Resim: 22 Kullanıcıların mail adreslerine gönderilen Haftalık Rapor Görüntüsü...89	
Resim: 23 Uygulama Facebook Sayfa Görüntüsü.....	90
Resim: 24 Uygulama Twitter Sayfa Görüntüsü.....	90
Resim: 25 Araştırmanın İlan Edildiği Haftalık Rapor Örneği.....	94

TABLO LİSTESİ**Sayfa No**

Tablo: 1 Gelecek 10 yılda Sağlık Hizmetleri Alanında Oluşacak Trendler.....	8
Tablo: 2 İkna edici Bilgisayarların Amaçlarına göre Kullanım Fonksiyonları.....	75
Tablo: 3 Örneklem.....	95
Tablo: 4 Güvenirlilik Analizi Tablosu.....	98
Tablo: 5 Adımsayar Uygulamasının Kullanım Süresi.....	100
Tablo: 6 Adımsayar Uygulamasının Kullanım Sıklığı.....	101
Tablo: 7 Adımsayar Uygulamasının Kullanım Süresi ile Kullanım Sıklığı İlişkisi.....	102
Tablo: 8 Adımsayar Uygulamasının Kullanım Sıklığı ile Kullanım Süresi İlişkisi.....	103
Tablo: 9 Sağlık Uygulamasını Kullanma Motivasyonunun Kişisel Norm, Tutum, Kontrol İnancı ve Kaptaloji İlişkisi Çoklu Regresyon Sonuçları.....	107
Tablo: 10 Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu ve Güven Moderatörü İlişkisi Çoklu Regresyon Sonuçları.....	108
Tablo: 11 Adımsayar Facebook Sayfası Gönderi Erişim İstatistikleri.....	113

ŞEKİL LİSTESİ**Sayfa No**

Şekil: 1 Sağlık Hizmetleri Sunumunun Geleceği.....	37
Şekil: 2 Fogg Davranış Modeli (FBM).....	76
Şekil: 3 Planlı Davranış Kuramı ve Kaptaloji Hibrid Model.....	82

RESUME

Le secteur de santé, grandit par une accélération considérable, les demandes à l'égard de santé augmentent et donc le cadre des soins de santé accroit. Comme la population du monde devienent vieux, l'augmente aux maladies chroniques et par conséquent le besoin pour rendre un service de santé plus complète; nécessite que les développements technologiques soient employés même dans la communication des soins de santé. Le technologie, peut-il minimiser les distances, les manques infrastructurels, et les limitations causés par la durée insuffisante.

Le plus important objectif des opérateurs de santé, est de rendre l'individu dans un bon santé complet en fonction de corp, âme, spirituel et social. Il peut réaliser ce but seulement par diriger la maladie de l'individu et/ou en faisant comporter la bonne attitude pour protéger son santé. Quand la Communication des Soins de Santé est employé avec les vrais stratégies de communication, il peut rendre les applications privés à l'individu à l'aide des outils à communication digital, sans aucun limit de temps et de lieu, simultanément; peut supporter l'individu de réaliser le comportement de santé relié. Comme l'individu peut atteindre les informations n'importe quand grâce aux technologies informatives et communicatives, par conséquent l'augmente de l'alphabétisation rende l'individu plus fort et peut lui faire plus participant dans ses relations avec l'expert de santé. Par lequel, l'individu prend courage en réalisant le comportement relié.

Cette grande transformation à matérialiser en 21. siècle dans la santé, point le système de santé de transformer d'un orientation sur l'hôpital et docteur à l'orientation sur l'individu et "personnalisera". Le notion de santé personnalisé; différent que l'individue qui applique seulement quand il est malade et observé, décrit un approche proactive dans lequel on prend la responsabilité sur son santé, qui prend soins de ne pas devenir malade et vivre longue et en bonne santé, au cas échéant les données sur son maladie sont prises sous contrôle pour 7/24. Ensemble avec cette description; la demande développée par une société qui est plus enseignée et gagne conscience sur son santé et maladies grâce à l'internet, média social et applications mobiles, la

réponse de technologie et nouvelles tendances d'exploitation, sont devant nous comme les indicateurs qui déterminent le système de santé de future. Par ailleurs, la protection et développement de la santé est le plus important sujet des sociétés développées et en train de développer et les études sont réalisés dans ce domaine.

Que l'individu cherche les renseignements de santé sur internet avant de procéder à l'étape de maladie, effort pour prendre conscience avant qu'aller à docteur, augmentation de soutien social de maladie et partage d'information par les groupes basé sur internet à l'égard de maladie, applications technologique de soins dans maison, augmente des téléphone intelligents, et utilisation intense des applications de santé sont les applications digital aujourd'hui pour developper la santé.

Entre les Soins de Santé, applications de santé mobile rendent l'avantage d'employer le média social n'importe quand, grâce aux technologies d'accès vite (3G, 4G, LTE etc.), augment la vitesse d'adoption de technologie de téléphone intelligent. L'accélération de l'innovation de santé mobile, conduit le marché des applicaitons à mobile santé mobile logiciels à aggrandir. Rappel de médecine, suivre la date de rendez-vous, alarmes de santé personnelle, applications personnels tels que la prise d'information et réactions; soutiennent le malade qui se garde et qui veut de diriger sa santé en employant ces applications.¹ Ces applications qui soutiennent le développement de la santé, ont l'objectif de minimiser les facteurs de risques qui sont causés par les facteurs génétiques, incidences sociales, éléments environnementels, le soin médical ou choix comportementaux comme lui a indiqué McGinnis (2002), et de renforcer la santé. Ces applications qui particulièrement visent à créer le comportement de santé en développant les compétences personnelles au moyen de l'éducation de santé, peuvent présenter des solutions depuis s'observer de l'individu; jusqu'à la gestion des maladies chroniques, à gagner le comportement de santé sans devenir malade au but de rester en bonne santé (alimentation de saine et activité physique etc.) sur qui toutes les parties prenantes de secteur ont développé certains logiciels à l'égard des téories diverses sur comportement sociale.

¹ Mobile Ouverte:

Les applications mobile de santé en soins de santé, sont employés aujourd'hui pour la gestion des contagions aux pays du tiers monde via les téléphones cellulaires. Aux pays développés, par des applications de santé téléchargés aux téléphones intelligents et outils mobiles, ils sont employés pour la gestion des maladies chroniques et faire changer le comportement pour protéger la santé. Par conséquent, on peut en avoir besoin depuis la gestion des maladies chroniques, à créer conscience sur les contagions, à présenter toutes sortes d'information pour rester en bonne santé sans tomber malade etc. plusieurs de sujets.

Fogg (2002) dit que dans le futur les technologies mobiles; seront dans le cadre de "technologies convaincantes de l'ordinateur (Captology)" par leurs capacités divertissantes, dirigées, rendant l'interactivité, facilitateur, portable, qui peut servir 7/24. Dans ce thèse le mot Captology sera appelé comme "Captologie". Quand employé avec la conception et stratégies de communication correctes, ces technologies sont efficaces particulièrement en créant l'altération de comportement et le rendre durable.

C'est encore un sujet pour les Applications Mobiles de Santé dont l'effet sur les comportements de l'individu. Dans ce sujet, les psychologues sociaux, les anthropologistes, les designers, les communicateurs etc. font l'usage des diverses théories et mesurent ces effets.

Dans ce thèse, il est recherché lesquelles d'entre les applications mobiles de santé téléchargés en téléphones intelligents pour but de changer un comportement de santé, ont effet sur l'intention d'emploi pour rendre la continuité d'usage.

C'est le motif de base de rechercher comment peut-on renforcer ces applications dans une manière à rendre le comportement ciblé plus efficace (plus convaincant). Dans cette direction, les variables tels que le norm personnel, le contrôle comportemental, le contrôle comportemental perçu, et captologie, augmentent la motivation d'usage, donc ça affecte la tendance à continuer d'utiliser l'application; est développé comme hypothèse.

D'une façon plus concrète; plus les hommes ont des fois forts qu'un applicaiton de santé veut mettre gagner le comportement de santé, fort soutien d'environnement et côntrôle personnel, par les capacités captologiques présenté par l'application, plus il sera motivé à l'applicaiton et continuera d'utiliser. Aussi, le motivation d'employer l'applicaiton de santé indépendant aux variables de modèle hybride employé, et entre son intention à continuer le variable de confiance a été employé comme un modérateur et le changement est mesuré par des variations. Il est déterminé que cette variable jouera un rôle important sur l'intention de l'individu d'employer l'application dans le future aussi. Le fait que l'individu qui continue d'employer l'application atteinde son cible de santé plus facile et confortablement, augmente la possibilité pour lui de gagner le comportement susmentionné comme une habitude dans sa vie. Conformément à ce présent étude, l'application "Pédomètre" qui est désigné pour augmenter la mobilité de l'individu est essaïé et le précision des hypothèses est accepté.

Les définitions conceptuels qui forment la sortie de la recherche sont expliqués dans le premier partie du thèse. Le concept de santé transformant, les concepts de développement et d'encouragement de santé comme un politique national, les strategies de communication aux soins de santé et communicaiton de santé employé selon le but et objectives de développer la santé, et le concept de Santé Mobile qui est une nouvelle dans les strategies sur l'orientation et ses applicaitons sont expliqués.

Dans le deuxième partie (dernière) du thèse, il est expliqué le cadre de la recherche (modèle employé, les hypothèses formés et événement d'échantillon choisi description) et le méthode de la recherche (échelles, processus de donné collection et échantillon). Les analyses selon les hypothèses déterminés, sont résumé en partie de section des résultats. Dans la section d'épilogue de la recherche il y a l'évaluation général et les question nouvelles de recherche qui versent les suivantes recherches.

On fait l'usage du technique de sondâge en ligne préparé sur le site web [surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com). L'échantillonnage de sondâge, est formé par des utilisateurs de l'application Pédomètre qui repondent le sondâge par des repports par semaine

(N=255). L'analyse de régression multiple, tableau croisé et analyse unidirectionnelle de variance (ANOVA) sont en faites l'usage pendant l'analyse.

Mots-clés: Communication de Soins de Santé, Santé Mobile, Captologie, Altération de Comportement, Pedomètre

ABSTRACT

Health sector grows with an increasing speed in recent years, demands for health raises up and thus the scope of health services expands. Aging of world population, increase of chronic diseases and thus the need to provide more comprehensive health service; necessitate use of technological developments in health services as well. Technology can minimise long distances, deficiencies in infrastructure and constraints resulted from inadequate time.

The most significant aim of health practitioners is ensure a complete physical, spiritual, intellectual and social wellness of individual. They can fulfil this aim only by managing disease of individual and/or having the right attitude and behaviour practiced in protecting individual's health. When Health Services Communication is used with the right communication strategies, it can simultaneously provide personal implementations with the help of digital communication instruments without the limits of time and place; it can support individual in performing relevant health behaviour. Individual's being able to reach any kind of information in anytime thanks to the information and communication technologies, increase of his/her literacy correspondingly strengthens individual and makes him/her more participator in his/her relationship with health professional. Therefore, individual becomes more courageous in practicing relevant health behaviour.

This great transformation that will occur in 21st century in health indicates that health system will turn into an individual-oriented system rather than hospital and doctor-oriented system and that it will become "individualised". Being different from an individual who only applies to health system and is monitored, the concept of individualised health; depicts a proactive approach in which the individual takes responsibility of his/her health, is attentive to live healthy and long and not become ill and in which the data in relation to individual's disease are under monitoring 7/24. With this description; demand for more qualified and faster speed from a society which learns and becomes self-aware about its health and disease with the help of internet, social media and mobile applications and the response of technology and new business management tendencies to this appear as indicators that determine health

system of future. Therefore, protecting and developing health becomes the most significant subject of developed and developing societies and societies perform studies on this subject.

Before disease stage, individual's searching for information about health in the internet, his effort to become self-aware before seeing doctor, the increase in his/her social support and information sharing towards disease together with web-based disease groups, technological home care applications, increase of smart phones and intense use of health applications are new digital practices used in health communications for the aim of developing health in our day.

In Health Services, thanks to mobile health applications, speed-access technologies (3G, 4G, LTE etc.), the advantage of using social media any moment is obtained and adoption speed of smart phone technology increases. Speeding of mobile health innovation leads market growth of mobile health-mobile software applications. Individualised practices such as medicine reminding, following appointment date, personal health alarms, information and receiving feedback contributes strengthening of the patient who wants to manage his/her disease by using these applications and who monitors himself/herself more closely.² These applications that supports development of health, as stated by McGinnis (2002), aim to strengthen health and to minimise risk factors of health that are resulted from genetic factors, social events, environmental elements, medical care or behavioural preferences. Such applications that aim to create health behaviour by improving personal skills especially with health education can provide mobile solutions in a great variety of subjects such as self-monitoring of individual, managing of chronic disease, attaining health behaviour (healthy nutrition and physical activity etc.) by staying healthy without being ill. All sector partners developed software basing on various social behaviour theories.

Mobile health applications in health services communication is used via cell phones in managing contagious diseases in third world countries in our day. In developed

² Open Mobile: The growth era accelerates, **The Deloitte Open Mobile Survey. 2012**

countries, they are used via smart phones and health applications downloaded to mobile devices in order to manage chronic disease and bringing in health protecting behaviour. Therefore, they are able to provide support in a great many subjects such as managing chronic diseases, creating awareness about contagious diseases, providing any kind of information in order to stay healthy without becoming ill.

Fogg (2002) suggests that mobile technologies will be included within “persuasive computer technologies (Captology)” in the future with their features that are amusing, guiding, interactivity provider, facilitator, movable and being able to provide service 7/24. Kaptoloji word will be named as “Captology” in this thesis. When they are used with the right design and right communication strategies, these technologies can be effective in creating behavioural change and rendering the behaviour maintainable.

The effect of Mobile Health Applications on behaviour of individual is still controversial. Social psychologists, anthropologists, designers, communicators etc. benefit from various institutions and measure these effects.

In this thesis, it is researched which features affect the intention of using in order to ensure using continuity of mobile health applications that are downloaded in smart phones in order to gain a health behaviour.

To research how these applications can be strengthened in a way to make target behaviour more effective (more persuasive) is the main aim of thesis. Within this parallel, variables such as hypothesis is developed that individual norm, behavioural belief, perceived behavioural control and captology increase using motivation and this affect the intention of using the application.

With a more concrete expression, how much people have powerful environmental support, individual control and powerful beliefs in health application will bring in health behaviour, they become more motivated to the application and continue to use it with the captologic features provided by the application. Besides, independently from variables of the hybrid model that is used, the variable of trust between

motivation of using health application and intention to continue to use is used as moderator and is gauged in different variations. It is ascertained that this variable will play an important role in individual's intention to use the application in the future. Being able to reach his/her health target easier increases individual's, who is continuing to use application, chances of bringing the relevant behaviour as a habit in his/her life. In parallel with this study, "Pedometer" application, which is designed to increase individual's mobility, was tested and accuracy of hypotheses was accepted.

In the first part of thesis, conceptual definitions that constitute starting point of research are described. Transforming definition of health, concepts of developing and encouraging health as a national policy, health communication and health services communication strategies that are used in direction of the aim and targets of improving health, the concept of Mobile Health and its applications which is one of the new health communication strategies in focal point are described.

In second (last) part of thesis, scope of the research (used model, created hypotheses and definition of chosen example event) and method of the research (scales, data collecting process and sampling) are explained. Analyses that are performed in direction of determined hypotheses are summarised in findings section. In conclusion part of research, there are general evaluation and new research questions that will set light to future researches.

Online questionnaire technique that is prepared in [surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com) is benefited from in the research. Sampling of questionnaire is constituted by Pedometer users who answered questionnaire with weekly reports (N=255). Multiple regression analysis, cross tab and one-way variance analysis (ANOVA) are used in analysis process.

Key Words: Health Services Communication, Mobile Health, Captology, Change of Behaviour, Pedometer.

ÖZET

Sağlık sektörü, son yıllarda artan bir ivmeyle büyümekte, sağlıkla ilgili talepler artmakta ve buna bağlı olarak da sağlık hizmetleri kapsamı genişlemektedir. Dünya nüfusunun yaşlanması, kronik hastalıklardaki artış ve buna bağlı olarak daha kapsamlı sağlık hizmeti verme ihtiyacı; teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetleri iletişimde de kullanılmasını gerektirmektedir. Teknoloji, uzak mesafeleri, alt yapı eksikliklerini ve yetersiz zamandan doğan kısıtları asgariye indirebilmektedir.

Sağlık uygulayıcılarının en önemli amacı; bireyin bedensel, ruhsal, düşünsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içerisinde olmasını sağlamaktır. Bu amacı ancak bireyin hastalığını yönetmekle ve/veya sağlığını korumada doğru tutum ve davranışı sergilemekle gerçekleştirebilir. Sağlık Hizmetleri İletişimi doğru iletişim stratejileri ile kullanıldığında, dijital iletişim araçlarının yardımıyla kişiye özel uygulamaları zaman ve yer sınırı olmaksızın, eş zamanlı olarak verebilmekte; bireyin ilgili sağlık davranışını gerçekleştirmesine destek olabilmektedir. Bireyin bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde enformasyona her an ulaşabilmesi, buna bağlı olarak okuryazarlığının artması, bireyi daha güçlendirmekte ve sağlık uzmanı ile ilişkisinde daha katılımcı yapabilmektedir. Bu sayede birey ilgili sağlık davranışı gerçekleştirmede daha cesaretlenmektedir.

21. yüzyılda sağlıkta gerçekleşecek bu büyük dönüşüm, sağlık sisteminin hastane ve doktor odaklı bir sağlık sisteminden, birey odaklı bir sistem haline geleceğine ve “kişiselleşeceğine” işaret etmektedir. Kişiselleşen sağlık kavramı; sadece hasta olduğunda sağlık sistemine başvuran ve takip edilen bireyden farklı olarak, kendi sağlığıyla ilgili sorumluluk alan, sağlıklı ve uzun yaşamaya, hasta olmamaya özen gösteren, gerektiğinde hastalığıyla ilgili verilerin 7/24 kontrol altında tutulduğu proaktif bir yaklaşımı betimlemektedir. Bu tanımla birlikte; internet, sosyal medya ve mobil uygulamalar sayesinde sağlığı ve hastalıkları konusunda daha fazla bilgilenen ve bilinçlenen bir toplumun daha kaliteli ve hızlı bir hizmet için geliştireceği talep, teknolojinin ve yeni işletme eğilimlerinin de buna vereceği cevap, geleceğin sağlık sistemini belirleyen göstergeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylece sağlığın

korunması ve geliştirilmesi gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların en önemli konusu olmakta ve toplumlarda bu alanda çalışmalar yapmaktadır.

Bireyin hastalık aşamasına geçmeden önce, internette sağlık bilgisi araması, doktora gitmeden önce bilinçlenme çabası, web tabanlı hastalık grupları ile birlikte hastalığa yönelik sosyal destek ve bilgi paylaşımının artması, teknolojik evde bakım uygulamaları, akıllı telefonların artması ile sağlık uygulamalarının yoğun kullanımı günümüzde sağlığın geliştirilmesi adına sağlık iletişimde kullanılan yeni dijital uygulamalardır.

Sağlık Hizmetleri içerisinde mobil sağlık uygulamaları, hızlı erişim teknolojileri (3G, 4G, LTE vb.) sayesinde sosyal medyayı her an kullanma avantajı sağlamakta, akıllı telefon teknolojisinin benimsenme hızını artırmaktadır. Mobil sağlık inovasyonunun hızlanması, mobil sağlık-mobil yazılım uygulamalarının pazarının büyümesine öncülük etmektedir. İlaç hatırlatma, randevu tarihi izleme, kişisel sağlık alarmları, bilgi ve geri dönüşüm alma gibi kişiselleştirilmiş uygulamalar; kendini daha yakından izleyen ve bu uygulamaları kullanarak kendi sağlığını yönetmek isteyen hastanın güçlenmesine de katkıda bulunmaktadır.³ Sağlığın geliştirilmesine destek olan bu uygulamalar, McGinnis (2002), belirttiği üzere genetik faktörler, sosyal olaylar, çevresel etmenler, tıbbi bakım ya da davranışsal seçimler sonucunda ortaya çıkan sağlıkla ilgili risk faktörlerini en aza indirmeyi ve sağlığı güçlendirmeyi hedeflemektedir. Özellikle sağlık eğitimi ile kişisel becerileri geliştirerek sağlık davranışı yaratmayı amaçlayan bu uygulamalar, kişinin kendini izlemesinden; kronik hastalıkların yönetimine, hasta olmadan sağlıklı kalmak için sağlık davranışı kazanmaya (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite vb.) kadar sağlıkla ve tüm sektör paydaşları çeşitli sosyal davranış teorilerine göre yazılımlar geliştirmiş ilgili birçok konuda mobil çözümler sunabilmektedir.

Sağlık hizmetleri iletişimde mobil sağlık uygulamaları, günümüzde üçüncü dünya ülkelerinde bulaşıcı hastalıkların yönetilmesinde cep telefonları aracılığı ile

³ Open Mobile: The growth era accelerates, **The Deloitte Open Mobile Survey. 2012**

kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise, akıllı telefonlar ve mobil cihazlara indirilen sağlık uygulamaları ile kronik hastalıkların yönetilmesinde ve sağlığı koruma amaçlı davranış kazandırmada kullanılmaktadır. Bu sayede kronik hastalıkların yönetilmesinden, bulaşıcı hastalıklar konusunda farkındalık yaratmaya, hastalanmadan sağlıklı kalmak için her türlü enformasyonu sunmaya kadar birçok konuda destek sağlayabilmektedirler.

Fogg (2002) mobil teknolojilerin; eğlendirici, yönlendirici, interaktivite sağlayıcı kolaylaştırıcı, taşınabilir, 7/24 hizmet verebilir özellikleri ile gelecekte “ikna edici bilgisayar teknolojileri (Captology)” kapsamında olacağını söylemektedir. Bu tezde Captology kelimesi “Kaptoloji” olarak adlandırılacaktır. Bu teknolojiler doğru tasarım ve doğru iletişim stratejileri ile kullanıldığında, özellikle davranış değişikliği yaratmada ve davranışın sürdürülebilir olmasında etkili olabilmektedir.

Mobil Sağlık Uygulamalarının bireyin davranışı üzerindeki etkisi halen tartışılmaya devam eden bir konudur. Bu konuda sosyal psikologlar, antropologlar, tasarımcılar, iletişimciler vs. çeşitli davranış kuramlarından faydalanmakta ve bu etkileri ölçmektedirler.

Bu tezde, bir sağlık davranışını kazanmak amacıyla akıllı telefonlara indirilen mobil sağlık uygulamalarının, kullanım sürekliliğini sağlamak için hangi özelliklerin kullanım niyetine etki ettiği araştırılmaktadır.

Bu uygulamaların hedef davranışı daha etkin kılacak (daha ikna edici olacak) şekilde nasıl güçlendirilebileceğini araştırmak tezin temel amacıdır. Bu doğrultuda kişisel norm, davranışsal inanç, algılanan davranışsal kontrol ve kaptoloji gibi değişkenlerin, uygulamayı kullanma motivasyonunu arttırdığı, bunun da uygulamayı kullanmaya devam etme niyetini etkilediği hipotezi geliştirilmiştir.

Daha somut bir ifadeyle; insanlar sağlık uygulamasının sağlık davranışı kazandıracağına yönelik güçlü inançlara, güçlü çevre desteğine ve kişisel kontrole ne kadar sahipse, uygulamanın sunduğu kaptolojik özellikler ile birlikte, uygulamaya

daha fazla motive olmakta ve kullanmaya devam etmektedir. Ayrıca, kullanılan hibrid modelin değişkenlerinden bağımsız olarak sağlık uygulamasını kullanma motivasyonu ve devam etmeye yönelik niyeti arasında güven değişkeni bir moderatör olarak kullanılmış ve değişik varyasyonlarda ölçümlenmiştir. Bu değişkenin gelecekte bireyin uygulamayı kullanmaya devam etme niyeti üzerinde önemli bir rol oynayacağı saptanmıştır. Uygulamayı kullanmaya devam eden bireyin sağlık hedefine daha rahat ve kolay ulaşabilmesi, ilgili davranışı hayatına bir alışkanlık olarak kazandırma olasılığını artmaktadır. Bu çalışma doğrultusunda, bireyin hareketliliğini artırma amacıyla tasarlanmış “Adımsayar” uygulaması sınanmış ve hipotezlerin doğruluğu kabul edilmiştir.

Tezin birinci bölümünde araştırmanın çıkış noktasını oluşturan kavramsal tanımlar açıklanmaktadır. Dönüşen sağlık tanımı, ulusal bir politika olarak sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi kavramları, sağlığın geliştirilmesi amacı ve hedefleri doğrultusunda kullanılan sağlık iletişimi ve sağlık hizmetleri iletişimi stratejileri ve odak noktada yeni nesil sağlık iletişimi stratejilerinde biri olan Mobil Sağlık kavramı ve uygulamaları anlatılmaktadır.

Tezin ikinci (son) bölümünde ise, araştırmanın kapsamı (kullanılan model, oluşturulan hipotezler ve seçilen örnek olay tanımı) ve araştırmanın yöntemi (ölçekler, veri toplanma süreci ve örneklem) anlatılmaktadır. Belirlenen hipotezler doğrultusunda yapılan analizler, bulgular bölümünde özetlenmektedir. Araştırmanın sonuç bölümünde ise genel değerlendirme ve gelecek araştırmalara ışık tutacak yeni araştırma soruları yer almaktadır.

Araştırmada, surveymonkey.com’ da hazırlanan çevrimiçi anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket örneklemini, haftalık raporlarla ankete cevap veren Adımsayar uygulaması kullanıcıları oluşturmaktadır (N=255). Analiz sürecinde çoklu regresyon analizi, çapraz tablo ve tek yönlü değişken analizinden(ANOVA) yararlanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri İletişimi, Mobil Sağlık, Kaptaloji, Davranış Değişikliği, Adımsayar

GİRİŞ

Mitolojideki tanrılar yaşama ve ölüme hükmetmek, hastayı iyileştirmek ve yaşamını uzatmak gibi mutlak bir güce sahipti. Yunan ve Roma mitolojilerinde şafak tanrıçası güzeller güzeli Eos, günün birinde yakışıklı ölümlü Tithonus'a aşık olur. Eos, tanrıça olmanın verdiği ölümsüzlüğe sahipken, Tithonus'un kaderi yaşlanma ve zamanı gelince ölme üzerine kuruludur. Günü birinde Eos, sevgilisinin kaçınılmaz sonunu değiştirmesi ve ölümsüzlük bahşetmesi için tanrıların babası Zeus'a yalvarır, fakat o heyecan içinde Eos sevgilisi için sonsuz gençlik istemeyi unuttur. Tithonus, ölümsüz olmuştur ama vücudu yaşlanır. Ölebilmek şansından yoksun Tithonus ise yıllar içinde aşırı yaşlanır, yetilerini ve yeteneklerini kaybeder ve sonsuza kadar acı ve eziyet içinde yaşar¹.

Ölüm ve yaşlanma bugün, 21. yüzyıl tıbbının baş etmekte yükümlü olduğu en önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelişen tıp ve sağlık hizmetleri daha uzun süre yaşama şansı verirken, dünyada artan yaşlı nüfusu ve buna bağlı olarak kronik hastalıklardaki artış hastane ve sağlık sistemi üzerindeki yükü arttırmakta ve sağlık harcamalarını baş edilemez düzeylere çıkarmaktadır. Sağlık personeli yetersizliği de tabloya eklenince sağlık sektöründe teknolojinin daha etkin ve verimli olarak kullanılması zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

The Deloitte Open Mobile Survey (2012)'ye göre; Amerika'da 60 yaş ve üstü yaşlıların oranı 2009'da %18 iken; 2050'de bu oranın %27'ye çıkması beklenmektedir. Amerika'da 10 ölümden 7'si kalp hastalıkları, kanser ve inme gibi kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır ve sadece 2005'te 13 milyon Amerikalı' da her iki yetişkinden biri kronik bir hastalığa sahiptir. Kronik hastalık yönetimine bağlı harcamaların 2009' da 2 trilyon dolar iken, 2009-2019 yılı arasında periyodik olarak yılda %6,1 oranında artması beklenmektedir. AAMC²(Amerikan Tıp Üniversitesi

¹ Eos ve Tithonus. Yunan Mitolojisi, http://www.cenktezcan.com/?attachment_id=380

² Washington, D.C., March 4, 2014; "Concerned by President's Proposed Budget Provisions on Doctor Training, Medical Research Funding"
<https://www.aamc.org/newsroom/newsreleases/370558/03042014.html>

Derneği, 2014); ülke genelinde toplamda 90,000 adet doktor açığı olacağını tespit etmiştir. Gittikçe küçülen bu kaynak havuzunun etkisi, daha çok yaşlılarla ilgili hastalıklar alanında kendini göstermektedir. Hogan, Perez, and Bell (2008), 1946 ile 1964 yılları arasında büyüyen ve 2. Dünya savaşının patlamasından sonra doğan nesil olarak adlandırdığı baby boomer jenerasyonunun³ özellikle bugün dönmüşen sağlık sistemi içerisinde kaliteli sağlık hizmeti alma konusunda önemli zorluklarla yüzleşebilme ihtimali olduğunu belirtmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık sisteminin sürdürülebilirliği tehlike altına girmekte ve giderek artan bir kronik hastalık yükü sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıklar Raporu’ na göre (2013), Türkiye’de yaklaşık 22 milyon erişkin, bir veya birden fazla kronik hastalıkla yaşamaktadır. Erişkinlerde hipertansiyon görülme sıklığının % 31’ oranında olması, yaklaşık 15 milyon erişkinde hipertansiyon olma ihtimalini de ortaya koymaktadır. Türkiye’de obezite sıklığı %32, diyabet sıklığı ise % 14’e ulaşmış bulunmaktadır. SGK yetkililerinin verdiği bilgiye göre Türkiye’de 22 milyona yakın kronik hastanın yakından takip edilmesi gerekmektedir. Kronik hastalık komplikasyonları ve acil servis başvuruları sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır⁴. Ekonomik analizler, kronik hastalıkların bütçede yarattığı her yüzde 10’luk artışın, yıllık ekonomik büyüme hızında binde 5’lik bir azalmaya sebep olduğunu ve kronik hastalık yükünün, sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği açısından önemli bir risk teşkil ettiğini belirtmektedir.⁵ Türkiye’de 2002 yılında %66 olan kronik hastalık yükünün, 2020’de yüzde 80’e çıkması beklenmektedir.⁶

21. yüzyılda sağlıkta gerçekleşecek bu büyük dönüşüm, sağlık sisteminin hastane ve doktor odaklı bir sağlık sisteminden, birey odaklı bir sistem haline geleceğine ve “kişiselleşeceğine” işaret etmektedir. Kişiselleşen sağlık kavramı; sadece hasta olduğunda sağlık sistemine başvuran ve takip edilen bireyden farklı olarak, kendi

³ Hogan, Perez, and Bell .Who (Really) Are the First Baby Boomers? “In Joint Statistical Meetings Proceedings, Social Statistics Section”, Alexandria, VA: American Statistical Association, 2008.sf. 1009–1016.

⁴ Akalın, Erdal., Tanrıöver, Dursun., Sayran, Faik., Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalıkların Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. TÜSİAD., Haziran, 2012.

⁵ <http://www.saglikaktuel.com/haber/1-yeni-sms-sekeriniz-300u-gecti-36259.htm>

⁶ OECD Türkiye Raporu, 2013. sf.99. <http://www.oecd.org/turkey/>

sağlığıyla ilgili sorumluluk alan, sağlıklı ve uzun yaşamaya, hasta olmamaya özen gösteren, gerektiğinde hastalığıyla ilgili verilerin 7/24 kontrol altında tutulduğu proaktif bir yaklaşımı betimlemektedir. Bu tanımla birlikte; internet ve sosyal medya sayesinde sağlığı ve hastalıkları konusunda daha fazla bilgilenen ve bilinçlenen bir toplumun daha kaliteli ve hızlı bir hizmet için geliştireceği talep, teknolojinin ve yeni işletme trendlerinin de buna vereceği cevap, geleceğin sağlık sistemini belirleyen göstergeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylece sağlığın korunması ve geliştirilmesi gelişmiş toplumların en önemli konusu olmakta ve toplumlarda bu alanda çalışmalar yapmaktadır.

Bu konuda sağlık iletişimcileri ve “kişiyeye özel” sağlık içerikleri üreterek kısa mesaj (SMS) ya da IOS ve Android tabanlı akıllı telefonlar ile sağlık davranışını pozitif yönde değiştirmeye yönelik destek sağlayabilmektedir. Özellikle sağlıklı kalmak ve zinde olmak amacıyla kullanılan mobil sağlık uygulamaları, kilo verme ya da kiloyu koruma gibi nihai hedeflere ulaşmada, hareket etmeye yönelik teşvik edici öğeler içermektedir.

Bu çalışma çerçevesinde ele alınan mobil sağlık uygulaması, akıllı telefonlara ve tablet bilgisayarlara indirilerek kullanılan, sağlığı geliştirmek ve sağlıklı yaşama teşvik etmek amacıyla davranış kazandırmaya motive eden Türkçe bir uygulamadır. Yaklaşık 13.000 sağlık uygulaması⁷ bulunan Apple markette Türkçe uygulama seçilmesinin nedeni; kendine ait bir sağlık kültürü ve inancı olan Türk toplumuna özgü bir çalışma ortaya konma çabasıdır. Sadece araştırmaya uygun olacak evreni oluşturmak (uygun uygulamayı seçmek) yaklaşık 4 ay (Ocak 2013-27 Nisan 2013 tarihleri arasında) sürmüştür. Türkiye’de birçok uygulamanın indirilme sayısına göre skorlanması, o uygulamanın birey üzerindeki etkisini ölçmeyi güçleştirmektedir. Araştırmaya konu olan Adımsayar uygulaması, uygulama kullanıcılarının özel mail adreslerine her hafta ve aylık olarak kişisel raporlar göndererek, kullanıcıyla çift yönlü bir etkileşim sağlayabilmektedir.

⁷ <http://mobihealthnews.com/research/consumer-health-apps-for-apples-iphone/>

Mobil sağlık uygulamalarının indirildikten sonra kullanılmaya devam edilmesi, davranış değişikliğini kalıcı kılma sürecinde kişiyi motive ederek, hedef davranışı gerçekleştirme yolunda güçlendirebilmektedir. Bu araştırmada **“IOS ve Android tabanlı akıllı telefonlarda sağlığını geliştirmek amacıyla sağlık uygulamalarını indiren kullanıcıların, uygulamayı devamlı kullanmaya yönelik niyetini etkileyen faktörler nelerdir?”** sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bu sayede sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesine yönelik uygulamaların, bilgi ve iletişim teknolojileri (BTK) sayesinde bugün nasıl kullanıldığı ve beraberinde sunduğu fırsatların sağlık hizmetleri iletişimi programlarına ne gibi yeni açılımlar kazandırabileceği mercek altına alınmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ İLETİŞİMİNDE YENİ NESİL DİJİTAL YAKLAŞIMLAR

Gelişen bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde hayatımıza giren dijital çözümler “dijital davranış” modelleri geliştirmemize teşvik ederken; “dijital düşünme sistemi”ni öğrenmemizi de sağlamıştır. İnternet, kablosuz cihazlar, mikroşlemciler, E-k ve e-hasta kayıtları (kişiselleştirilmiş sağlık verileri), bireylerin genetik kayıtları, tele-sağlık, büyük veri ve mobil sağlık gibi yenilikçi alanlar bireysel sağlığımızı ve yakınlarımızın sağlığını da yakından takip etmemize olanak sağlamaktadır. Daha önceden hastalandığımızda doktora ya da herhangi bir tıbbi müdahaleye başvururken, artık sağlığımızı korumak adına da birçok önleyici tıbbi müdahalelere de başvurmaktayız. Hastalanmadan sağlıklı kalmak kavramı 21.yy’ın dönüşen sağlık kavramı olmakla birlikte, sağlık hizmetleri iletişiminde yeni nesil dijital yaklaşımları hayatımıza sokmaktadır.

1.1.Dönüşen Sağlık Kavramı

Sağlığın tanımlanmasında sağlık kavramının günümüze kadar dönüşen anlamının önemini kavrayabilmek için öncelikle sağlığın günlük kullanımdaki negatif ve pozitif olmak üzere iki anlamı üzerinde durmak gerekmektedir.

Sağlığın negatif tanımlanmasında, başat bir tanımlama olarak kabul edilen ‘hastalık, sakatlık, rahatsızlık ve engelli’ olmaktan söz edilmektedir. Kişi, teşhisi konulan bir rahatsızlık nedeniyle kendisini hasta hissedebilir ya da herhangi bir rahatsızlık hissetmeden hasta olabilir.⁸ Diğer bir yandan hastalık, belirti ile gelen nesnel patoloji, rahatsızlık ise semptomla gelen öznel patoloji olarak tanımlanabilmektedir. Cassell özetle; rahatsızlığı “doktora gittiğinde hastanın ne hissettiği”, hastalığı ise “doktorken dönerken neyin olduğu” şeklinde tanımlamaktadır.⁹

⁸ İnci Çınarlı, **Sağlık İletişimi ve Medya**,1. Basım, Ankara, Nobel Yayın,Haziran,2008,s.12.

⁹Akşit, 2001, p.19’dan aktaran Çınarlı a.e.g., 2008, s.12

Sağlığın pozitif tanımlanmasında, İnsanların en temel haklarından biri olan sağlık kavramı, kültürden kültüre değişiklik gösterse de temelinde ruhsal ve bedensel olarak iyi olma hali tanımını karşılamaktadır.¹⁰ DSÖ (1948) yılında sağlığı; yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmayışı değil; fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir”¹¹ şeklinde tanımlayarak, sağlık tanımına “hasta olmayan insan sağlıklıdır” ifadesinin ötesinde dışsal; yani toplumsal, ekonomik, hatta politik etkenleri dâhil etmiştir.¹²

Yakut (2008), Sağlık kavramını, birbirleriyle bütünleşik üç bileşenin, yani, biyolojik sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal sağlığın bir arada bulunması ile tanımlamaktadır. İnsan bireysel boyutta bir organizma, psikolojik boyutta benlik özellikleriyle bireysel davranışları olan bir birey ve toplumsal boyutta edindiği toplumsal rolleri ve etkileşimleriyle grubun ve toplumun bir üyesi olarak nitelendirilmektedir. Bu varlık unsurlarından biri ya da bir kaçının işlev yapamaması ve aralarında uyum olmaması hastalığı ifade etmektedir.

Sağlığın iyi olması durumunun kendiliğinden ortaya çıkmadığı açık bir gerçektir; bunun için sadece şanstın daha fazlası gereklidir. İyi genler ile dünyaya gelmek ve sağlık hizmetlerine erişim önemli faktörler olsa da bunlar tek başına iyilik halini garantilememektedir. Yediğimiz yiyecekler, fiziksel aktivite düzeyleri, tütün dumanına maruziyet, sosyal etkileşimler, yaşadığımız çevre ve diğer birçok faktör sağlığımızı veya sağlıksızlığımızı etkilemektedir¹³.

Taylor ve St Peter (2000), bireysel ve toplum sağlığının birbirinden ayrı olarak tanımlanması gerektiğini belirtir. Bireysel sağlık, genetik faktörler, alışkanlıklar, topluluklar, çalışma ortamları ve sosyal çevreden etkilenmektedir. Bu türden sağlığı geliştirme yaklaşımı, davranış değişikliği, tıbbi bakım ve aile ve çevre desteği gibi ölçümleri içermektedir.

¹⁰ Elgiz Yılmaz, **Doktorumun Hastasiyim.com**, 1. Baskı, İstanbul, Mavna Yayınları, 2011, s.11.

¹¹ WHO Constituti,1948,Geneva,1948,<http://www.who.int/governance/en>,(12.11.2002)

¹² Çınarlı, a.g.e. s.13.

¹³ T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe**, Ed. Carl I.Fertman, Diane, D. Allensworth, Haziran,2012, Ankara,s.5.

Yazarlara göre toplum sağlığı ise; yaş, cinsiyet, ırk coğrafi alanda konaklama gibi demografik tiplere göre gruplanan bireylerin ortalama sağlığıdır. Bu türden sağlığı geliştirme yaklaşımları, hastalığın meydana gelmesi, ölüm oranları ve ortalama yaşam süreleri gibi ölçümleri içermektedir.

Bu çalışmada bireysel ve toplumsal sağlık arasında ayırım yapılmamaktadır. Fakat bireysel ve toplumsal sağlık, sağlığın teşvik edilmesi amacı ile yapılan sağlık iletişimi ve sağlık iletişimi hizmetleri kavramları arasındaki kavramsal karmaşaya da açıklık getirilmeye çalışıldığında yeniden detaylandırılmaktadır.¹⁴ Sağlığın teşvik edilmesi çalışmaları, insanların sağlıklarını geliştirme amacı gütmektedir. Bu nedenle bir kişiye bile hedefini gerçekleştirebilmesi açısından yardım etmeyi amaçlamaktadır. Toplum sağlığı ve bireysel sağlık birbirleri ile bağlantılıdır ve neticede sağlıklı bir toplum sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Bir birey diğer bireyler sayesinde sağlıklı olabilir. r; bir bireyin etrafında sağlıklı insanlar var ise, o birey daha az hasta olma potansiyeline sahip olabilir ya da bireyler sağlık alışkanlığı olan insanlarla vakit geçirirse, o kişilerin sağlıklı davranışlarından örnek alabilme potansiyeli yükselebilir.

Bugün insan sağlığı; hasta olmadan sağlıklı kalmak ya da var olan hastalıklarla daha uzun süre kaliteli yaşayabilmek üzere daha pozitif bir tanımla ele alınmaktadır. Bu anlam içerisinde kişilerin biyolojik, sosyolojik ve sosyo-kültürel durumları dönüşen yeni sağlık tanımının ilgi alanına girmektedir. Bu yeni sağlık tanımı, bireyin hastalıkla baş etme ve sağlık hizmeti alma sürecinde dünyada ve ülkemizde gelecekte sağlık alanında oluşacak yapısal dönüşümlere de işaret etmektedir.

Frost&Sullivan (2010)¹⁵ın önümüzdeki 10 yıl içerisinde dönüşen sağlık tanımı ile sağlık hizmetleri alanında oluşacak eğilimleri belirleyen raporu, sağlık sektöründe yeni bir küresel dönemin eşiğinde olduğumuzu göstermektedir.

¹⁴ Bknz 1.4.bölüm/Sağlık Hizmetleri İletişimi

¹⁵ Frost & Sullivan, "Küresel Sağlık Hizmetleri Teknolojisi Sektörünün Finansal Değerlendirmesi",2010.

Tablo 1. Gelecek 10 yılda Sağlık Hizmetleri Alanında Oluşacak Trendler

10 Ana Trend	2010	2015	2020
Hak ve Güç sahibi yeni hasta jenerasyonu	Hastalar kaliteli bilgiye erişim sağlıyorlar	Hasta odaklı yaklaşım, 1950 ve 60'larda doğan baby boomer jenerasyonu emekli oluyor	Mutlak güce ve haklara sahip hastalar
Hasta Kavramından sağlık bilinçli tüketici kavramına	Tüketici hakları ve hasta hakları gelişiyor. Ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı kalmak üzerinde odaklanılıyor.	Bütün sağlık hizmetleri her yerden sağlanabiliyor. Kişiselleştirilmiş sağlık ürünleri sunuluyor.	Hastaneye gitmeye gerek kalmadan evde ve mobil bakım/televizyon yöntemi
Hasta olmadan sağlıklı kalmak için korunma	Erken teşhis, önleme ve tedavi	Bilişim teknolojilerinin etkili bir şekilde uygulanması	Yanlış teşhis ve tedavinin ortadan kalkması
Kişiselleştirilmiş sağlık bakımı	Genetik testler, kişiselleştirilmiş klinik testler	Sağlık bilişim teknolojilerinin tam uygulamaya geçmesi. Hastalıkların moleküler seviyede analizi	Genetik biliminin gelişmesi ile semptomlar oluşmadan önce hastalığın teşhis ve tedavisi
Global Sağlık	Yurtdışında anında tedavi seçeneğinin var olması	Global sağlık turizmi pazarı 2 milyar dolara ulaşıyor.	Özel kuruluşlar yurtdışı hizmet ve tesislere yatırım yapıyor
Akıllı İlaçlar	Damar içi olmayan ilaçlar	Damar içi olmayan ilaçlar	İlaç kokteylleri üretkenlik, hafıza ve fiziksel performansı yükseltecek.
Hastaneler bilişim teknoloji ile entegre oluyor	Hastane içindeki tüm departmanlar online olarak bağlanıyor	Farklı sağlık kuruluşları ortak veri tabanı üzerinden hasta bilgilerine ulaşabiliyor	Bölge veya ülke çapında ortak hasta veritabanına ulaşabiliyor
Inovasyon ve bilgi önem kazanıyor	Kalifiye bilgi ve birikimi sağlık	Babyboomer jenerasyonu emekli oluyor	Yüksek rekabet tıp profesyonellerini sürekli bilgilerini

	çalışanlarına talep artıyor		geliştirmeye yöneliyor
Tıbbi cihazlar aynı zamanda teşhis ve takip yapabilen monitörlere dönüşüyor	Etkili hastalık yönetimi	Uzaktan hasta takibi	Hastaların kendi takiplerini yapması
Siber dokümanlar	Sanal ortamda yüz yüze doktor-hasta ilişkisi	Kesin tahminle rutin teşhis uygulaması	Daha fazla insan daha ucuza teşhis, bakım ve tedaviye ulaşabiliyor.

Bu rapora göre Türkiye’de ve dünyada önümüzdeki 10 yıl içerisinde gerçekleşmesinin öngörüldüğü sağlık eğilimlerinin başında “**hasta olmadan sağlıklı kalmak**” bilinci yer almaktadır. Sağlık alanında yapılacak yatırımların ağırlığı hastalık sonrası tedavi ekseninden hasta olmayı engellemeye doğru kaymaktadır. Tedavi hizmeti sağlayıcılar ile hastalar arasındaki güç dengesi, hastalar lehine değişmeye başlayacak, 2020 yılının hastaları sağlıklı yaşama odaklanmış, tam enformasyon ile donatılmış, bilinçli birer tüketici olacaktır.

Bu dönüşüm aynı zamanda, sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi çalışmalarının daha birey odaklı olacağına ve bunlar üzerindeki kontrolü artırmanın sonucunda sağlık ve refahın gelişeceğine işaret etmektedir.

1.2.Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvik Edilmesi (Health Promotion)

Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvik Edilmesi ilk kez 1986 yılında Ottawa’da 2000 yılına kadar “Herkes için Sağlık” amacına ulaşmak ve dünyada yeni bir halk sağlığı hareketine yönelik olarak artan beklentilere yanıt vermek için gerçekleştirilmiştir.¹⁶ Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerinde sorumlu olduğu kabul edilmiştir. Daha sonra birçok defa sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla,

¹⁶T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları : Global Konferanslardan Bildiriler**, Nisan 2011, Ankara, sf 27.

çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmiş; hedefler ortaya koyulmuş; bu konuda birçok bildirme de yayınlanmıştır.

Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvik Edilmesi tanımları ve kavramları amaç, hedef, süreçler ve eylemler açısından farklılık göstermektedir. Bu yönde amaç ve hedeflerine göre farklılık gösteren uygulamalar, literatürde farklı tanımlarla yer almaktadır. ABD Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı (1979), Sağlık Geliştirilmesi ve Teşvik Edilmesini, *“Sağlık eğitimi, ve sağlığı geliştirecek davranış ve çevre değişikliklerini desteklemek üzere tasarlanmış ekonomik programların birleşimi”*, Green, Iverson (1982), *“Sağlık eğitimi ve sağlığa yardımcı davranışa yönelik ekonomik ve çevresel destekler birleşimi”* Nutbeam (1985), *“İnsanların sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrolünü artırmaları ve böylece sağlıklarını geliştirebilmeleri süreci”*, DSÖ (1984), *İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci”* tanımlamaktadır.

Türkçe literatüre “Health Promotion” kavramından çevrilen Sağlık Geliştirilmesi ve Teşvik Edilmesi, yine bu isimle T.C. Sağlık Bakanlığı’nın bir birimi olarak Sağlık Geliştirme Genel Müdürlüğü altında hizmet vermektedir. Etimolojik olarak Mc Carthy (1960) tarafından pazarlamanın 4P’sinden biri olan (price, product, place ve promotion)dan çevrilen kelime, Türkiye Dil Kurumu web sitesinde “özendirme, teşvik edilme” olarak Türkçeye kazandırılmıştır.

Rokeach (1983), nihai ve yardımcı değerlerle ilgili ayrımından hareketle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amaç ve hedeflerini 2 kategoride toplamıştır. (1) Nihai amaçlar genellikle sağlık ve refahın iyileştirilmiş halini kapsamaktadır; bununla birlikte DSÖ sağlığı, yaşam kaynağı olarak tanımlamakta, bundan dolayı kendi içinde bir son olarak görmemektedir. (2) Yardımcı hedefler, ara dönem (genellikle kısa vadeli hedeflerdir) ve bunlara ulaşılmasının nihai amaca ulaşılmasına aracılık ettiğine inanılmaktadır. Örn. hedef olarak sigaranın bırakılması, sağlık ve refahın iyileştirilmesine ulaşmada bir araçtır. Yardımcı hedefler ve bunların elde edildiği

yardımcı süreçlerde birbirinden ayrılabilir. Örneğin, sigarayı bırakma hedefine, öz yeterliliğin (self efficacy) artırılması ile ulaşılabilir.¹⁷

Jones (2001), İnsan sağlığının; hastalığın tedavi edilmesiyle; hastalığı meydana getiren durumun en aza indirgenmesi, önlenmesi veya tamamen ortadan kaldırılmasıyla ve de makul ölçülerde sağlıklı olanların da (örneğin yaşlılar) sağlıklarının daha iyi hale getirilmesiyle geliştirilebileceğini belirtmektedir.

Görüldüğü üzere, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımlarının çoğu, sağlığın veya refahın artırılması açısından istenen sonucu (nihai amaç) anlatmaktadır. Bu çalışma, Nutbeam tanımını destekler nitelikte ve DSÖ tanımından hareketle, kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili kontrol edilemeyen veya edilebilen bazı sağlık belirleyicilerinin pozitif etkilerini güçlendirmeyi ve artırmayı amaçlayan yaklaşımları benimsemektedir. Araştırma olarak seçtiğimiz akıllı telefonlarda kullanılan mobil uygulama (Adımsayar), sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi yolunda zinde kalma nihai amacına ulaşmak için kullanılan bir yardımcı hedef olarak ifade edilmektedir.

Günümüzde sağlığı geliştirme odaklı uygulamalar, sağlık hizmeti içerisinde, sağlıklı ilişkili yaşam tarzı ve yaşam koşullarının planlı şekilde değişimini kapsayan uzmanlaşmış bir alandır. Ne var ki, bilgi ve becerilerde değişiklikler yaratılması için toplum temelli sağlık hizmetleri stratejilerinin ortaya konulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık sektörü tüm dünya ülkelerinde özellikle 1960'lı yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yapılan önemli bir sektör haline gelmiştir. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık sektörünü geliştirmek için yeni uygulamalar ve sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Artık ülkelerin sağlık göstergeleri kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörler olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri stratejilerinin hem ulusal hem de uluslararası bazda geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.¹⁸ Çünkü sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik küresel bağlam, Ottawa Sözleşmesi'nin ortaya konmasından beri (1986) önemli ölçüde değişim göstermiştir. Ülkelerin kendi içlerindeki ve ülkeler arasındaki eşitsizliklerin artması, yeni tüketim ve iletişim yolları, ticarileşme, küresel çevresel değişim, kentleşme sağlığı etkileyen

¹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları**, Nisan 2011, Ankara, sf 10.

¹⁸ OECD Türkiye Raporu,2013.sf.9. <http://www.oecd.org/turkey/>

kritik faktörler arasında yer almaktadır. Bu yüzden sözleşme; küreselleşmenin, sağlığı iyileştirmek ve ülkeler arasında sağlık risklerini azaltmak için işbirliğine yönelik yeni imkânlar yarattığını belirtmektedir. Bu fırsatlar arasında bilgi birikiminin ve iletişim teknolojisinin artması, küresel yönetim ve deneyim paylaşımına yönelik mekanizmaların iyileşmesi yer almaktadır. Sözleşme, tüm paydaşları sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için hem küresel hem yerel katılım ve stratejilerle dünya çapında bir ortaklığa katılmaya teşvik etmektedir.

Bu stratejiler “Sağlığı Geliştirme Programları” adı altında, sağlık sorunlarının önlenmesine, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesine, hasta uyumunun artırılmasına yardımcı olabilmektedir. Sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması, bireyler açısından fiziksel, psikolojik, eğitimsel ve mesleki sonuçları iyileştirebilmekte ve genel sağlık maliyetlerinin kontrol altına alınmasını ve azaltılmasını sağlamaktadır.¹⁹

Çınarlı (2007) Tanhill’in kimi noktalarda birbiriyle kesişen sağlığı geliştirme modelinde 3 öğeden bahsetmiştir. Sağlığı geliştirme modelinin en önemli bileşenleri olan bu öğeler, birbirlerini tamamlayıcı alt öğelerle, sağlığın korunması ve teşvik edilmesinde öne çıkan stratejileri de bizlere göstermektedir.

1.2.1.Sağlığın Korunması

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin sağlığını geliştirmek ve hasta olmamalarını sağlamak yani onları hastalıklardan korumaktır. Sağlığın korunması bazı kaynaklarda hastalıkların önlenmesi ile aynı başlık altında incelendiği gibi sağlığın geliştirilmesi ile de eş değerde anlam taşıyabilmektedir. Kişinin hasta olmadan önce var olan sağlığını çevresel sosyal ve genetik risklerden korumak için yaptığı aktiviteler de sağlığı geliştirilmesi çabaları içerisinde yer almaktadır. Egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek, diyet yapmak, düzenli sağlık kontrolü yaptırmak sağlıklı kalabilmek adına kişinin yaptığı bu aktiviteler örnek gösterilebilir. Ayrıca kişinin öz-bakım (self-care) becerilerini artırmaya yönelik çabalar (gündelik yaşamları bağlamında kendi kendine ilaç alma veya ilk yardım vs.) da sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

¹⁹ Fertman, Allensworth, a.g.e, s.4

Çınarlı (2007) Downie ve Tannahill'den aktardığı çalışmasında sağlığın korunmasını; “yasal ya da mali kontrolleri, diğer düzenlemeleri ve politikaları, gönüllü uygulamaları içermek ve pozitif sağlığın artırılmasını ve nesnel sağlığın (ill-health) önlenmesini amaçlamaktadır.” şeklinde tanımlamaktadır. Yasal kontroller, emniyet kemeri kullanımı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, barınma, öğrenim vs. gibi düzenlemeler sağlığın korunması çabaları şeklinde ifade etmektedir.

1.2.2. Sağlık Eğitimi (Health Education)

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde yapılan çalışmaların en önemli alanıdır. Smith (1979) sağlık eğitimini en geniş anlamıyla, bireylerin ve toplulukların sağlıklarının geliştirilmesi, korunması ve restorasyonu ile ilgili bilgi, inanç ve davranışları müşterek olarak belirleyen tüm etkilerin toplamı olarak tanımlamaktadır. Bu etkiler, aile içinde ve okulda resmi olan ve resmi olmayan eğitim ile aynı zamanda da sağlık hizmetlerinin özel bağlamı içinde geniş olarak toplumdaki eğitimi kapsamak olarak belirtilmektedir.²⁰

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, anne ve çocuk sağlığı, bağışıklık sistemi ve diğer önleyici sağlık servislerinin teşvik edilmesi ve geliştirilmesi ile ilgili uygulamalar uzun bir geçmişe dayanmaktadır. Genellikle gelişmeye yakın ülkelerde sağlık eğitimi; sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesindeki temel araçları hedef alırken, gelişen ülkelerde özellikle 1960 ve 70'ler de sağlık kampanyaları daha sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmiş ve bağışıklık sistemi hastalıklarını önlemeyi hedeflemiştir. Bu zamanda çoğu kampanya, enformasyonun gönderilmesine vurgu yaparak iletişim ve davranış değişikliği arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik olarak tasarlanmıştır. 1980'lere gelindiğinde çoğu sağlık eğitimi programı davranış değişikliği içerisinde davranışsal kararlarının sosyal bağlamlarına odaklanarak insanların pozitif bir sağlık davranışı seçimi yapabilmeleri için insanların kişisel ve sosyal yetkinliklerini geliştirmeye odaklanmıştır. Bu tip sağlık eğitimi programları ise, okullarda gençlerin madde kullanımını önlemekten birçok diğer önleyici uygulamaya öncülük etmiştir.

²⁰ Downie, Tannahill ve Tannahill 'den aktaran Çınarlı, a.g.e., s.27

Çınarlı (2008), Sağlığı korumanın en önemli amaçlarından biri olan sağlıkla ilgili riskleri azaltmak ve sağlığın korunmasının etkilerini artırmak için bu bilgileri en iyi şekilde kullanabilecek kişilere kendileriyle ilgili ve etkili sağlık enformasyonunu yaymak olduğunu belirtmektedir. Bu enformasyon yayma/ikna etme süreci genellikle sağlık eğitimi olarak adlandırılmaktadır.

(Feinstein ve ark. 2006) eğitim ve sağlık arasında nedensel ilişkiye yönelik gittikçe artan sayıda kanıt bulunduğunu belirtmektedir. Eğitim ve sağlık arasındaki ilişki üzerine OECD Eğitim Direktörlüğü tarafından yaptırılan son çalışma, yüksek gelirli ülkelerdeki bireylerin sağlık durumunun eğitim seviyesindeki artışla kuvvetli ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu ve en azından bu ilişkinin bir kısmının nedensel olduğunu ileri sürmektedir.²¹

Sağlık eğitimi mesajları hem resmi hem de resmi olmayan iletişim bağlamında yayılırlar. Geleneksel olarak resmi sağlık eğitimi, okul ortamındaki sağlık eğitimleri, kitle iletişim programları ile yine sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen hasta eğitimleri ile özdeşleştirilir. Örn: okul ortamındaki eğitimler, öğrencilerin sağlıklı yaşam için gerekli davranışlarda bulunmaları ve sağlık risklerinden kaçınmaları için gerekli olan önemli kavramları, becerileri ve tutumları tanımlamaktadır. Geleneksel tipteki ikinci sağlık eğitimi ise, sağlık çalışanlarının ve diğerlerinin hastalara sağlıklı olabilmeleri amacıyla sağlığa yönelik davranışlarında değişime yol açma süreci sağlayan hasta eğitimidir. Hasta eğitiminin en önemli unsurlarından biri beceri geliştirme ve sorumluluktur. Hastaların yaşam biçimlerinde değişiklikler yapmaya ne zaman ihtiyaçları olduğunu bilmelidir. Daha önce bahsettiğimiz üzere tamimiyle hasta odaklı hastayı güçlendirmeyi ve yetkinlik kazandırmayı hedefleyen sağlık eğitimleridir. Çınarlı (2008), sağlık enformasyonunun yayılmasında sağlık hizmeti sağlayanlar, yöneticiler ve eğitimcilerin önemli resmi kitleler olduğunu vurgulamaktadır.

Resmi olmayan sağlık eğitimi, aile, arkadaş çevresi ve iş arkadaşları ile günlük iletişim ve sağlık konularının tartışılmasından elde edilen bilgidir. Çınarlı (2008) resmi

²¹ OECD Türkiye Raporu,2013, <http://www.oecd.org/turkey/>

olmayan sağlık eğitiminin kültürel olarak onaylanmış sağlık inançları ve uygulamalarının oluşturulması ve korunması için önemli bir rol oynadığını ve formel sağlık eğitiminin aksine, özel olarak sağlığa ya da sağlığın geliştirilmesine referans vermediğini, ancak hedef kitleyi etkileyecek sağlık enformasyonunun başka bir Őeyin “içinde“ verildiğini belirtmektedir.

Nutbeam.(2006) ise; sağlık eğitiminin sağlık okuryazarlığını artırmada önemli bir etkisi olduğuna ve sağlığın geliştirilmesi aktivitelerinde sağlık okuryazarlığının, sağlık eğitiminin ve iletişiminin anahtar bir çıktısı olduğuna dikkat çekmektedir.

1.2.3.Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy)

DS²²sađlık okuryazarlığını, sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin enformasyona erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır.

Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association)ise sağlık okuryazarlığını, “reçeteleri, randevu kâğıtlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuyup, anlama becerisi“ olarak tanımlamaktadır.²³ Sezgin (2013)’teki makalesinde Nutbeam’ın (2001) sağlık okuryazarlığını, sağlıkla ilgili kararlar alabilme ve temel becerilerinin ötesinde bilgiye dayalı bir altyapıyı ifade ederek, eğitimin taşıdığı öneme vurgu yapmakta olduğunu belirtmektedir. Nutbeam, her yaş grubu için farklı eğitim çalışmaları ile artırılabilen olan sağlık okuryazarlığını, işlevsel (sağlık bilgisi verir ve sağlık sistemini nasıl olması gerektiğini vurgular), etkileşimli (bireyin bilgi kapasitesini ve motivasyonunu artırmayı vurgular) ve eleştirel (bireysel olduğu kadar ekonomik ve sosyal faaliyetleri desteklemeyi vurgular) olarak sınıflandırmaktadır. Zarcadoolas ve diğerleri ise (2006) sağlık okuryazarlığının oluşumuna daha geniş bir yelpazeden bakarak temel okuryazarlık, bilimsel, kültürel ve yurttaş okuryazarlığı sınıflandırılmasıyla bireyin kendisine, bilime, çevresine ve topluma ait bir anlayışa ve değerlendirmeye sahip olmasının sağlık okuryazarlığını arttırdığını vurgulamaktadır.

²² <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

²³ aktaran Sezgin,,Deniz. “Sağlık Okuryazarlığını Anlamak”. GSU Sağlık İletişimi Dergisi zel Sayısı, 3. İstanbul, 2013.

Sezgin (2013), sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili enformasyonu okuma ve anlama becerilerinin ötesinde çok boyutlu bir özelliğe sahip olduğunu belirtmektedir. Sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığının sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi çabaları içerisinde önemi giderek artan bir konu haline gelmiştir.

Nutbeam (2006), sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aktivitelerin sonuçlarına ve sağlığın belirleyicilerine yönelik geçmişte yapılan analizlere yönelik olarak “sağlığın geliştirilmesi sonuçları” modelini oluşturmuştur. Bu model sağlık sonuçlarını farklı aşamalarda sınıflandırmaktadır. Buna göre; **sağlık ve toplumsal sonuçlar** (health and social outcomes) ölüm, engellilik, hayat kalitesi vs. gibi konularla ifade edilirken; **orta düzeyli sağlık sonuçları** (intermediate health outcomes), sağlık ve toplumsal sonuçların neticesine bağlı olarak sağlıklı yaşam tarzları (sigarayı bırakma, egzersiz yapma alışkanlığı), etkili sağlık servisleri (önleyici sağlık hizmetleri) ve sağlıklı çevre (sağlıklı yapılar, güvenli fiziksel çevre, sosyal durumlar vs.) gibi konulara odaklanmaktadır. Eğitim (hasta eğitimi vs.), sosyal mobilizasyon (topluluk gelişimi) ve savunuculuk (lobicilik, aktivizm) gibi konular sağlığın geliştirilmesi teşvik edilmesinde gerçekleştirilen **aktivitelere** odaklanırken, sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi **sonuçları** sağlık okuryazarlığı, toplumsal aksiyon ve etki, sağlıklı kamu politikaları ve organizasyonel uygulamalar gibi konularla ifade edilmektedir. Bu model, sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi amacı ile sağlık iletişimi sonuçlarını değerlendirirken ne yaptığımızı ve neyi başarmaya çalıştığımızı gösterme konusunda bir köprü görevi taşımaktadır.

1.3. “Sağlık İletişimi”nde Geleneksel Yaklaşımlardan Yeni Nesil Dijital Yaklaşımlara

Sağlık İletişimi, son yıllarda hızla gelişmekte olan ve gittikçe önem kazanan bir alandır. Bu alanda Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yıllarda başlayan gelişme, Avrupa’da hızla yaygınlaşmaya devam etmektedir. Türkiye’de ise son 10 yıldır bu alana dair çalışmalar ortaya konmaktadır. Alan, her geçen gün gelişmesi ve önem kazanması nedeniyle, tekrar tekrar tanımlanmaya ve sınırlandırılmaya çalışılmaktadır. İletişim ve sağlık alanlarını birbirine bağlayan sağlık iletişimi, birey ve kamu sağlığını

gerçekleştirme çalışmalarının bir ögesi olarak gittikçe tanınmaktadır.²⁴ Sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi çalışmalarında kitlelerin sağlık davranışlarını etkilemede kullanılan en önemli stratejik iletişim yönetimi araçlarından biridir. Sağlık İletişimi araştırma ve çalışmalarında birçok alandan yararlanılmaktadır. Sağlık eğitimi, sosyal pazarlama, medyada savunuculuk, psikoloji, antropoloji, sosyoloji, halkla ilişkiler, kamunun harekete geçirilmesi, kamu savunuculuğu, sağlık iletişiminin destek aldığı alanlardır. Örneğin; antropoloji, sağlık iletişimi programını kullanacağı hedef kitlenin inançları gibi kültürel özelliklerini anlamasına yardımcı olurken, sosyal psikoloji; davranış değiştirmede davranış ve çevre arasında ilişkileri araştıran ve bu ilişkilerde daha işlevsel davranışlar kazandırılmasını destek olan bir disiplindir. Özetle; gelişmekte olan bir bilim dalı olan Sağlık İletişimi, birden fazla konuyu bünyesinde barındırmasının yanı sıra, tüm araçların kullanıldığı disiplinler arası bir yaklaşımdır.

1.3.1."Sağlık İletişimi"nde Geleneksel Yaklaşımlar

Sağlık iletişiminde kullanılan geleneksel yaklaşımları tanımlamadan önce sağlık iletişiminin temel amaçlarını belirtmek gerekmektedir. Sağlık iletişiminin başlıca amaçlarından biri, bireyleri ve toplumları etkilemektir. Bu sayede sağlıkla ilgili bilgileri paylaşarak, sağlık sonuçlarını geliştirmeyi hedeflemektedir. ABD'nin öncü sağlık kuruluşlarından olan CDC (2005) tanımına göre; "sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı"dır.²⁵ 1979'da ulusal bir korunma programı sağlamak amacıyla hazırlanıp kabul edilen Healthy People 2010'un amaçlarında, ilk kez sağlık iletişimi ile ilgili bir bölüme yer verilmiştir. Yer verilen bu bölümde sağlık iletişimi şu şekilde tanımlanmaktadır.

"Birey, kurum ve toplulukları, önemli sağlık konuları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme teknik ve sanatı. Sağlık İletişimi kapsamı hastalıktan korunma, sağlık promosyonu, sağlık hizmet politikası ve sağlık hizmeti faaliyetleri

²⁴ Çınarlı a.g.e, sf.43

²⁵ <http://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/whatishc.html>

kadar, hayat kalitesini ve toplum içerisindeki bireylerin sağlığını geliştirme faaliyetlerini içermektedir.²⁶

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve Hasta Servis Birimi (United States Department of Health and Human Services) ise, sağlık iletişimini; hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve hayat kalitesinin artırılmasını içeren sağlığın ve iyi olma halinin her türlü boyutuna değinen bir iletişim alanı olarak görmektedir.²⁷

Görüldüğü üzere; en temelde Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvik edilmesi (Health Promotion) çerçevesinde sağlık iletişimi niteliklerine ve amaçlarına göre çeşitli tanımlarla akademik çalışmalarda da yerini almaktadır. Schiavo (2007)'nin niteliklerine ayırarak gruplandığı sağlık iletişimi tanımları²⁸; **Bireyleri ve toplulukları bilgilendirmek ve bireysel ve toplumsal kararları etkilemek amacıyla** Maibach ve Holtgrave (1995),“Sağlık İletişimi, insan çevre sağlığını destekleyen, şartların iyileştirilmesi birey, halk ve kuruluşların iletişim teknikleri ve teknoloji kullanılarak (olumlu yönde) etkilenmesidir” **Bireyleri motive etmek amacıyla** Tufts (2006), “Etkili sağlık iletişimi, bireylerin kuruluşların ve büyük kitlelerin, doğru bilimsel ve etik faktörlere dayanan önemli sağlık konularında bilgilendirilme, etkilenme ve motive edilme sanatı ve tekniğidir.” **Davranışların değiştirilmesi amacıyla** Clift ve Freimuth (1995), tıpkı sağlık eğitimi gibi, önceden tanımlanmış bir zaman aralığı içerisinde, geniş bir hedef kitlenin, belirli bir problemle ilgili davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır” **Sağlık okuryazarlığını artırmak amacıyla** Muturi (2005), “Sağlık İletişiminin amacı, sağlıkla ilgili konularda bilgi ve anlayışı artırmak ve hedef kitlenin sağlık durumunu iyileştirmektir”. **İnsanları güçlendirmek amacıyla** Muturi (2005), “İnsanları bilgilendirip, onların sağlık problemlerini ve yapılacak müdahaleleri anlamalarını sağlayarak, insanları güçlendirmektir” **Bilgi alışverişi, iki yönlü iletişim amacıyla** Berndhardt (2004), Sağlık İletişimi, hedef kitleye verilen ve onlardan alınan sağlık

²⁶ U.S Department of Health and Human Services- A.B.D. Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bölümü,2000.Parrott,2004:751

²⁷ <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/>

²⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. “Sağlık İletişimi”,sf.45, **Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi**. Ankara, 2011.

bilgisinin, konuyla alakalı, doğru, ulaşılabilir ve anlaşılabilir olmasını gerektiren bir bilimsel gelişim, bölgesel yayılma ve durum değerlendirmesi”dir.

Tüm tanımlardan hareketle sağlık iletişimi, sağlık mesajlarının sağlığın geliştirilmesi programları ve kampanyaları yoluyla yayılmasına olanak vererek bir meseleye ilişkin farkındalık oluşturabilmekte, bir sağlık davranışı doğrultusunda tutumları değiştirebilmekte ve bireyleri tavsiye edilen sağlık davranışlarını sergilemeye teşvik ve motive edebilmektedir.²⁹

Sağlık İletişimi farklı düzeylerde gerçekleşebilmektedir ve bunu gerçekleştirirken geleneksel kitle iletişim araçlarından faydalanmaktadır. Bugün dijital iletişimin yanında bir çok kitleye ulaşabilmede geleneksel kitle iletişim araçları (tv, radyo, gazete, broşür, vb) halen geçerliliğini korumaktadır. Özellikle teknolojiye erişemeyen kitlelerin tüm enformasyonu geleneksel kitle iletişim araçlarından aldığı varsayarsak, sağlık iletişimi kitle iletişim araçlarının kullanımı sağlıkta enformasyon dağılımında ortaya çıkabilecek eşitsizlikleri önlemede en önemli araçlardır.

Kitle İletişimi, düzeyindeki sağlık iletişimi ulusal ve evrensel sağlık programları, sağlık geliştirme kampanyaları ve halk sağlığı planlarında yer alır. Bu düzeydeki sağlık iletişimi sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanması olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde kitle iletişimi birçok alanda ve çok yoğun bir biçimde kullanılması nedeniyle sağlıkla ilgili bilgi eksikliklerinin ve sorunların kitle iletişimi kanalıyla çözümlenmesi bir beklenti durumuna gelmiştir. Bu durum, bir şekilde gündeme gelen her sağlık sorununun çözümüne yönelik bütünsel çalışmalarda, özellikle kampanya türü faaliyetlerde kolaylıkla gözlenmektedir. Tabak (1999), kitle iletişiminin temel işlevinin davranış değişikliği oluşturmak değil, bu değişikliği sağlayacak bilgi ve normları ileterek, tutum geliştirerek bireyleri davranış değişikliği için hazır duruma getirmek olduğunu belirtmektedir. Yani teknik iletişim araçları yoluyla, mesajın dolaylı ya da tek yönlü olarak belirlenmiş kitlelere iletilmesidir. Bugün sağlık iletişiminin kitle iletişimi boyutunda kullanılan en yaygın araçları Tv,

²⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe**, Ed. Carl I.Fertman, Diane, D. Allensworth, Haziran,2012, Ankara,s.204

radio, gazete gibi geleneksel iletişim araçlarıdır. Fakat bu araçlar tek yönlü (sadece kaynaktan alıcıya giden ve alıcının okuryazarlığına göre kod açılımı yapılabilen) iletişim araçlarıdır. Bireylerin zaman ve mekân farkı gözetmeksizin eşit seviyede sağlık enformasyonunu almasını hedefler. Fakat teknoloji çağının ilerlemesiyle hemen hemen her evde bilgisayar, internet, cep telefonu gibi teknoloji araçlarının olması sağlık iletişimi stratejilerinin dijital ortamda da gerçekleştirilebilmesine olanak tanımaktadır. Sosyal medya ve mobil internet aracılığı ile daha küçük ve özel gruplara da sağlık enformasyonu iletebilmeyi sağlayan platformlar, çift yönlü iletişime (kaynaktan alıcıya-alıcıdan kaynağa) imkân sağlamakta, böylece eş zamanlı geri bildirim alarak alıcının sağlık enformasyonuna ulaşabilmesini sağlamaktadır. Thomas (2006), sağlık iletişiminde kullanılan mecraların gelişmesiyle kitle iletişim düzeylerini amaçlarına göre çeşitli gruplara bölmektedir. *Toplumsal düzeyde*; genel olarak kamunun her türlü boyutunu kapsayan, normlar, değerler, tutumlar ve kanaatler üzerinden toplumun bireysel davranışı üzerine etkili olmayı amaçlar. *Organizasyonel düzeyde*, organizasyonların sağlık mesajlarını üyelerine taşıyabilmelerini, bireysel çabalar için destek dağıtabilmeyi ve bireysel değişimi mümkün kılan politika değişikliklerini yapabilmeyi amaçlar. STK'lar, okullar, kulüpler, işyerleri, işletmeler, birincil sağlık hizmeti ortamları gibi grupları içermektedir. *Sosyal ağ düzeyinde*, bireyin etkileşim içerisinde olduğu kişilerin oluşturduğu grupları etkileyebilmesini amaçlar. Sağlık konusunda kanaat önderi olmuş kişi ve gruplar ve ünlü kişileri içermektedir.

Türkiye’de Sağlık İletişimi kampanyaları, devlet ve STK’lar veya her ikisi tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık sektörü paydaşları gün geçtikçe artan özel sektörde (hastane, ilaç firmaları, teknoloji firmaları vs.) sosyal sorumluluk bağlamında giderek artan oranda sağlık kampanyalarını desteklemekte ya da bizzat öncülük etmektedir. Sigara bırakma kampanyaları, aşı kampanyaları, hastalıkların mücadelesi ve önlenmesine karşı farkındalık kampanyaları kitlesel sağlık iletişimi kampanyalarına örneklerden bir kaçıdır.

Türkiye’de ilk sağlık iletişimi çalışmaları Cumhuriyet’in ilk yıllarında kurulan İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti’nin propaganda faaliyetlerine kadar uzanmaktadır. Bu dönemde ilk kez kurulan Verem Savaş Derneği olma özelliğini taşıyan “İzmir Verem

Mücadele Cemiyeti (1923)’cumhuriyet ilan edilmeden önce yoksulluk koşulları içerisinde bir avuç gönüllünün verem hastalığı ile mücadeleyi başlatmak amacıyla, tamamen kendi özverileri ve halkın desteğine dayanarak kurdukları dernektir. Derneğin amacı, kurulduğu dönemlerde verem hastalığının kesin bir tedavisinin olmayışı nedeniyle veremin yayılmasını önleyecek önlemlere ve tehlikenin büyüklüğü konusunda halkı bilinçlendirilmek ve kurdukları sağlık dispanserinde insanların ücretsiz hizmete erişebilecekleri faaliyetleri (konferanslar, bilgilendirici broşürler, sıhhat mecmuaları yayınlanması hemşire ziyareti uygulamaları) gerçekleştirmektir.³⁰ 1925 yılına gelindiğinde Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, bakanlığın bir görevi olan toplumsal kalkınmayı gerçekleştirmek ve sağlıklı nesiller yetiştirmek için gerekli olan salgın hastalıklarla mücadele ve hıfzıssıhhayı yaygınlaştırma amacıyla Türkiye’de başlattığı sıtma mücadelesi bugün sıtma gibi bir bulaşıcı hastalığının olmaması gibi halkın korunmasına olanak sağlayan sağlık iletişimi faaliyetlerindedir. ³¹1986-88 yılları arasında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı tarafından anne-çocuk sağlığına yönelik aile planlaması çalışmaları ile 2004 yılı Sağlık Bakanlığı ve Kansere Savaş Derneği’nin kanser hastalığı konusunda yaptıkları farkındalık çalışmaları³²sağlık iletişimi çalışmalarından devlet, STK ve hibrid sağlık iletişimi çalışmalarına örnektir.

Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında temel halk sağlığı sorunlarına yönelik olarak uygulamaya başladığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile özellikle anne ve bebek ölüm hızları, sigara içme oranları ve aşılama kapsamı gibi alanlarda toplumun ve bireyin sağlığını geliştirmek için gerekli eğitim ve bilgilendirici kampanyalar gerçekleştirilmiştir. 2008 yılında başlayan Tütünle Mücadele Hareketi kapsamında “Dumansız Hava Sahası” ve “Sigarayı Bırakma” Kampanyaları Sağlığı geliştirme Daire Başkanlığı’nın sağlık iletişimi faaliyetlerinde en öne çıkan çalışmalarıdır. “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması” ile restoran, kahvehane, bar ve kafelerin de dâhil olmasıyla, Türkiye’de tüm kapalı alanların

³⁰ Gürkan, Mahmut .**Cumhuriyetin İlk Yıllarında, İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti’nin Propaganda Faaliyetleri.** Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Deontoloji ve Tıp Tarihi, İstanbul, 2011.

³¹ Tuğluoğlu, Fatih . **Türkiye’de Sıtma Mücadelesi (1924-1950)**, Türkiye Parazitoloji Dergisi, 32 (4): 351 - 359, 2008.

³² Çınarlı, a.g.e.,sf.178-180

dumansız hale getirilmesi sağlanmış ve siyasetçiler ve ünlü kişiler kullanılarak TV'den bilgilendirici kamu spotu reklamları yayınlanmıştır. Sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları konulması ve Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı kurulması, Tv kanallarında dizi ve filmlerde tütün mamullerine karartma getirilmesi bu mücadelenin sağlık iletişimi faaliyetlerinin tamamlayıcı halkası olmuştur.

Kişilerarası İletişim, bireylerin ya da küçük grupların; karşılıklı güvene dayanan ve ilişkiler ağı oluşturan, bilgi ve duyguların paylaşılmasını amaçlayan, genellikle çift yönlü, sözlü sözsüz etkileşim sürecidir. Kişilerarası İletişim ilgili bireylerin tutumlarından, duygularından, değerlerinden ve normlarından etkilenir ve sağlık hizmetlerinin uygulamasında en temel uygulamadır.³³ Sağlık İletişimi kişilerarası iletişim perspektifinden; doktor-hasta-hasta yakını ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Özellikle hasta-doktor iletişimi kaynak ve alıcının ortak bir zamanı ve mekânı paylaşarak ve iletişim kanallarını kullanarak karşılıklı etkileşim içinde buldukları bir iletişim sürecidir. Sağlık evleri, sağlık ocakları, aile hekimliği merkezleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri ve hastaneler kişilerarası iletişimin en yoğun biçimde kullanıldığı ortamlardır. Tabak (1999) bu ortamların “tabu iletişim” kapsamına girdiğini ve özellikle günümüzün önemli sorunları olan cinsel yolla bulaşan hastalıklarda, uyuşturucu, alkol kullanımı gibi konularda etkili sağlık iletişimi yapılmasına olanak sağladığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının hastayı cesaretlendirmek, motive etmek gibi konularda anahtar kişiler olduğunu ve savunucu değil, destekleyici iletişim ortamları yaratmaları gerektiğini ifade eder. Sağlık iletişimi çalışmalarının kişilerarası iletişim boyutunda mesaj üretim evresinde sözlü ve sözsüz iletişim araçları kullanılmaktadır. Bunlar sağlık çalışanının beden dilini etkin kullanmasından, ses tonuna, jest ve mimiklerine ve mekân kullanımına kadar birçok öğeyi içermektedir. Günümüzde yaşanan hasta yakını-doktor arasındaki şiddet olaylarının en önemli kaynağı doğru iletişim kuramamak olmaktadır. Doktorun medikal dil kullanımı, hastaya ayırdığı zamanın kısıtlı olması ve sağlık hizmeti servisleri (bekleme salonu yetersizlikleri, hijyen) gibi çevresel kısıtlılıklar nedenleriyle hastanın ve hasta yakınının değer görmediğini hissetmesi çok hassas psikolojide olan hasta ve hasta yakınlarının doktora ve diğer sağlık personeline karşı

³³ Tabak,Ruhi Selçuk.**Sağlık İletişimi**.Literatur Yayıncılık.İstanbul.2009

istenmeyen davranışlarda bulunmasına sebep olmaktadır. Sağlık personeli ve hasta-hasta yakını üçgeninde “empati” geliştirebilecek püf noktaları aktarabilmek sağlık iletişiminde kişilerarası iletişimin en önemli reçetesidir.

1.3.2. “Sağlık İletişimi”nde Dijital Yaklaşımlar

Küresel çapta internet ve her türlü dijital medya kullanımının günden güne artması, sağlık iletişimi sürecinin yeniden tanımlanması konusunu gündeme getirmektedir.

30 yıl önce çoğu kişi radyo ve televizyonun gelişen ülkelerde dönüşümü hızlandıracağını ve modern tutum ve davranışların benimsenmesi ve yayılmasına neden olacağına inanmaktaydı (Hornik, 1988). Son yirmi yılda radyo ve televizyonlar daha yaygın olmakla birlikte sağlık iletişimi için doğrudan etkili araçlar olmaya başladılar. Bilgi ve İletişim teknolojileri (BTK); sağlıkta yeni iletişim dalgasının da bir göstergesi olarak ortaya çıkmaktadır. İnternet, belki de bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişiminin en önemli göstergesidir, ama gelişen teknolojilerin çeşitliliği bu kategoriye mobile web, ve kısa mesaj servislerini de (SMS) içerecek şekilde dâhil etmektedir. Bu yeni teknolojiler, radyo ve televizyon gibi gelişen problemlerin bir çözümü olarak konumlandırılırken, internetin de özellikle iletişimin bir aracı olarak eşsiz avantajlar sunduğuna tanık olmaktadır. Bu iletişim aracı kısa yoldan, çok fonksiyonlu ve sosyal ağların yaratılmasına imkân sağlayan özelliklere sahip olmaktadır. BTK’lar radyo ve tv teknolojilerinden farklılık gösteren interaktif teknolojilerdir. Araştırmalar göstermektedir ki; BTK’lar doğru durumlar altında kamu sağlığına önemli katkılar sağlayabilmektedir. Online mesaj siteleri, bloglar ve sosyal network ağlarında hasta-hasta etkileşiminin stabil bir şekilde artmasına öncülük etmektedir. Sağlık 2.0 olarak da tanımlanan bu yeni dijital iletişim kanallarındaki artış hastalara, sonunda daha bilgili olmalarına ve geri dönüş olarak da kişisel sağlıkları ilgili uzun soluklu sorumluluk almalarına ve hastayı güçlendirmelerine öncülük etmektedir. Bütün bu trendler, var olan sistem içerisinde harcamaların azalmasında da olası potansiyellerin oluşmasına olanak sağlamaktadır.

1.3.2.1. Internet (Web.01)

Sağlık İletişimi odaklı internet teknolojilerinin kullanımı, enformasyonun daha hızlı yayılmasında bu gün sağlık iletişimi stratejilerinde kullanılan en önemli araçlardan biri olmaktadır. İnternetin erişim kolaylığı ve genişliği, sağlıkla ilgili konularda iletişim kurmak için ideal bir platform haline gelmektedir. Karşılıklı etkileşime açık bir araç olan internet, sağlık iletişimi alanı için beraberinde birçok fırsatlar getirmektedir. Bunlar hekimlerin hastalara sundukları online bilgidan çeşitli sivil toplum kuruluşlarının belli sağlık sorunlarını bu ortamda tartışmasına, hastaların belli bir siteden ameliyat görüntülerini izleyebilme ya da hekimlerin internet üzerinden bir konferansa katılmalarına kadar genişleyebilmektedir. İletişim kavramı çok geniş bir alanı içerdiği için, tüm bu yukarıda saydığımız olanakları ve hatta daha da fazlasını internetle birlikte gerçekleştirmek mümkündür.³⁴

Genellikle hastalar ya da bazı belirtiler nedeniyle herhangi bir hastalıktan şüphe duyan potansiyel hastalar, herhangi bir sağlık kuruluşu ya da doktora başvurmadan önce sağlıkla ilgili web sitelerine, portallere, wiki'lere, sosyal ağlara, forumlara, doktorların kişisel web sitelerine ve sağlık kuruluşlarının kurumsal web sitelerine başvurmaya başlamışlardır. Bugün tüm dünyada ve Türkiye'de internet erişiminin artması ile birlikte insanların, internette sağlıkla ilgili bilgi arama eğilimlerinin yaygınlaştığına dair pek çok çalışma bulunmaktadır. Baker ve diğ. (2003) internet erişimi olan deneklerin %40'ının sağlıkla ilgili tavsiye ya da bilgi almak için interneti kullandığını, %6'sının hekim ya da diğer sağlık uzmanlarıyla e-posta yolu ile iletişim kurduğunu belirtmiştir. Diaz ve diğ. (2002) araştırmasında ise ABD'de 52 milyon yetişkinin interneti sağlık ya da tıp bilgisine ulaşmak için kullandığı tespit edilmiştir. Eysenbach ve Kohler (2003), dünya çapında internet üzerinde yapılan tüm aramaların % 4,5' ini sağlıkla ilgili araştırmalar oluşturmaktadır. Fox ve Duggan (2013), 2010 senesinde Kanadalı internet kullanıcılarının %64'ünün³⁵ 2012 senesinde Amerika'da internet kullanıcılarının %72'sinin internette sağlık araması yaptığını belirtmektedir.

³⁴ <http://www.sdplatform.com/Dergi/245/Saglik-iletisiminde-internet.aspx>

³⁵Statistics Canada, "Individual Internet use and E-commerce", 2013, <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/111012/dq111012a-eng.htm>, Son Erişim Tarihi: 23-Dec-2013

Dillon'un (2012) çalışmasında, Google üzerinden yapılan sağlık aramalarında bir önceki yıla göre %47'lik bir artış olduğu raporlanmaktadır.

Her geçen gün ülkemizde de kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması ve internete erişimin artması neticesinde, bireylerin internete penetrasyonu artmaktadır. TÜİK (2013) araştırmasına göre, Türkiye genelinde hanelerin %49,1'i evden İnternete erişim imkânına sahiptir³⁶ ve bu araçlarda gördükleri sağlık bilgilerini kendilerine uygulamaya çalışmaktadırlar. İnternetin ortaya çıkması ve sağlıkla ilgili sunabildiği bilgiler yaygınlaştıkça, ilgili kişiler sadece kitle iletişim araçlarının kendilerine sundukları bilgilerle tatmin olmamaya ve hastalıklarla, sağlık sorunlarıyla ilgili internette daha detaylı araştırmalar yapmaya başlamışlardır. Bugün Google arama motoruna "sağlık" yazdığımıza 4.05.2014 tarihi itibari ile karşımıza 54,400,000 sayfa çıkmaktadır. Google Türkiye Direktörü Telkeş, Bireylerin sağlık aramalarında hastane, klinik ve randevu almak için Google arama motorunu kullandıklarını ve bu aramalarda çoğunlukla üreme sağlığı, ilaç aramalarının önem arz ettiğini belirtmektedir. Telkeş (2012), internette sağlık bilgisi aramada, Türkiye'de 1. sırada doğum hamilelik, 2. sırada kanser (akciğer, meme) 3. sırada hemoroit ve basur aramaları olduğunu belirtmektedir.³⁷ Artık her hasta, hekimin kendisine koyduğu teşhisi detaylı olarak bu mecrada araştırma olanağına sahip olmaktadır. Bu durum karşımıza güçlenmiş, ilgili, donanımlı, etkin "elektronik hasta" adıyla yeni bir kullanıcı tipi çıkarmaktadır. Bozkurt (2012), E-hastalar hastalıkları ya da rahatsızlıkları ile ilgili semptomlar hakkında bir şekilde internete girip bilgi arayan hastalardır.³⁸ Bugün hastalanır hastalanmaz internette arama yapan e hastaların %76'sı semptomlar başlar başlamaz arama yaparken, %67'si özellikle hastalıkla ilgili yeni bir şey duyduğunda teyit etmek istemektedirler. Son veriler göstermektedir ki, sağlık aramalarında insanlar interneti %42 doktor bilgisi, %22 hastane bilgisi %30 ilaç yan etki aramaları için kullanmaktadırlar.%65 hastalığın semptomlarını, %63 tedavi yaklaşımını, %27 hasta yorumlarını incelemektedir. %26 medikal dışında bitkisel yöntemler nelerdir sorusuna cevap aramaktadırlar. Özellikle kronik ve akut hastalıklar içerisinde hasta tipi ayrımları gözetlenen araştırmalarda her iki tipolojinin internette

³⁶ <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13569>

³⁷ http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf

³⁸ http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf

sağlık bilgisi aramalarında farklı değişkenler yarattığı görülmektedir. Tipolojilerin oluşturulmasında hastalığın şiddeti ve ciddiyeti ile hekime karşı alınan tutumlar dikkate alınmaktadır. Dolayısıyla hastalığın şiddeti arttıkça hasta internette daha fazla bilgi araştırma hissiyatı içerisine girmektedir. İnternette sağlık hakkında arama yapan hastaların çoğu spesifik bir sağlık sitesine ulaşamadıklarını belirtmişlerdir. Kişiler genellikle Google arama motoruna anahtar kelimeyi yazdıktan sonra karşısına çıkan ilk 4 web sitesini tıkladıklarını belirtmektedir.³⁹

Bütün bu verilerden hareketle sağlık iletişiminin doğru ve güvenilir yapılabilmesi için spesifik sağlık sitelerine çok ihtiyaç bulunmaktadır. Çünkü hastalar bu konuda doğru içerikle hizmet verebilecek ve güvenecekleri tam bir site olmadığını belirtmektedir. Bu yaklaşım, ilgili ülkenin sağlık enformasyonu üreten/iletken kurum ve kuruluşlarının doğru ve güvenilir enformasyon sunan platformlar oluşturması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bugün ülkemizde özellikle doktor-hasta arasında iletişim sağlayabilen; hastanın doktora soru sorabildiği, doktorun cevaplayabildiği bireysel düzeyde ulaşılan web siteleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle video tarzı görseller, uzmanlar ve akademisyenler tarafından verilen bilgiler doğru bilgi olmalı ve bu bilgi anlaşılır olmalıdır. Örn. %13'lük izlenme oranı ile Uzman TV bu kategoride önemli bir yerde yer almaktadır.⁴⁰ Bu konuda ilgili ülkenin kar amacı gütmeyen bakanlığı ve sivil toplum kuruluşunun oluşturduğu web siteleri, bu ihtiyacı karşılamaya yönelik hizmet vermelidir.

İnternet kamu sağlığı odaklı hizmet veren ülkelerde devletlerin sağlık iletişimi için vazgeçilmez bir araçtır ve halkın doğru ve güvenilir enformasyona ulaşmasında en güvenilir kaynağı olmaktadır. Sağlık bakanlıkları, web sitelerini hastaların güvenilir bilgileri rahatlıkla edinebileceği birer kaynak haline getirmelidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı web sitesi ne yazık ki gerçekleştirdiği hizmetler hakkında yeteri kadar bilgi verememekte, henüz sağlık enformasyonuna ulaşmada etkili bir araç olamamaktadır. Bu konuda ideal web sitelere örnek olarak, kendi ülkesi hakkında her türlü sağlık

³⁹ http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf

⁴⁰ http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf

Sosyal medyanın sağlık iletişicilerine, tüketicilerin sağlık konuları ile ilgilenme düzeyini belirlemede ve tavsiyeler doğrultusunda davranış değişikliği oluşturmada yardımcı olması önemli bir güç olarak değerlendirilmektedir. Buna göre benzer konularla ilgilenen hedef kitleler, Facebook ve Twitter gibi sitelerde bir araya gelerek tek ses olma şansına sahip olabilmektedirler. Her geçen gün birçok hastanın kendi gibi olan hastalarla iletişim kurmak adına bu sosyal ağ sitelerini daha çok kullanmaya başlamaları ise, etkileşimli sağlık iletişiminde bu alanların öneminin artabileceği sinyali vermektedir (Robledo 2012:84).

PwC (2012)'nin, 1.060 Amerikan erişkinin katıldığı tüketici anketine göre, sosyal medya sitelerinin erişkinler tarafından kullanımı, 2005 yılından 2011 yılına, %5'ten %50 oranına yükselmektedir. Araştırma, tüketicilerin üçte birinin sosyal medyayı sağlık konularında doğal bir ortam olarak kullandığını ortaya koymaktadır. Kullanıcıların %42'si sosyal medyayı, sağlık ile ilgili (tedavi, doktor) tüketici yorumlarına erişmek için kullanmakta iken, yaklaşık%30'u sağlıkla ilgili bir amaca destek vermekte, %25'i sağlıkla ilgili bir deneyimini paylaşmakta, %20'si bir sağlık forumuna veya topluluğuna üye olmaktadır. Artık doktorlar, ilaç şirketleri ya da mümessiller değil, son kullanıcı olan hastalar bu iletişimin büyük bir payını oluşturmaktadır.

Dijital iletişim; bireyin davranışını değiştirmede etkin bir rol oynamaktadır. Özellikle sağlıkla ilgili konularda tavsiye de enformasyonun boyutunu değiştirmekte, kullanıcı tarafından eklenen içerikler tedavi kararlarını etkileyebilmektedir. Bu anlamda yurtdışında sıklıkla kullanılan ve hastaların deneyimlerini ve tedavi seçeneklerini paylaşabildikleri Patients Likeme, CaringBridge.org., Diabetesmine.com, ACOR.org gibi hasta topluluklarına ait çok sayıda site, sosyal medyada hastalara iletişim ve hastalıkları ile ilgili detaylı bilgi edinme imkanı sunmaktadır. PwC (2012) anketine göre, bireylerin; %42'si sosyal medyayı sağlıkla ilgili diğer kişilerin yorumlarına erişmek için kullanırken, %32'si ailesinin veya arkadaşlarının sağlıkla ilgili deneyimlerini görmek için kullanmaktadır. %29'u diğer hastaların deneyimleriyle ilgili bilgi alırken, %30'u, bilgi almanın ötesinde diğerlerinin paylaşımına yorum yapıp, sağlıkla ilgili bir girişime destek vermektedir.

gibi), profesyonel ve özel yaşamın birbirinden ayrılmaması olarak ifade edilebilmektedir. Bununla ilgili özellikle bilişim hukukunda uygulanan regülasyonlarla internette düzenlemeler yapılabilmekte ve sınırlılıklar belirlenebilmektedir.

1.4. “Sağlık Hizmetleri İletişimi”nde Yeni Nesil Yaklaşımlar

Yukarıda buraya kadar tanımladığımız sağlık iletişimi kavramı, Türkiye’de özellikle son dönemlerde özel hastanelerin halkla ilişkiler ve tanıtım faaliyeti olarak ya da tıbbi iletişim (tıbbi tanıtım cihazları vs) olarak sağlık pazarlaması amacıyla yanlış bir tanımlama çerçevesinde kullanılmaktadır. Bu çalışmalar, kamu sağlığı yanında kar amacı güden kuruluşlarda olduğu için, yukarıda belirttiğimiz sağlık iletişimi disiplininin temel amaçlarının dışında yaptığı faaliyetler gereğince “Sağlık Hizmetleri İletişimi” olarak tanımlanmalıdır. Bu kavram ilk defa bu tez kapsamında açıklığa kavuşturularak, sağlık iletişimi disiplininin çerçevesini hak ettiği alanda ayrıştırarak ve sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların yaptığı kurumsal iletişim ve pazarlama çalışmalarını “Sağlık Hizmetleri İletişimi” çerçevesi adı altında ayırt etmeye çalışacaktır. Sağlık İletişimi; kar amacı gütmeyen kuruluşlar (Sağlık Bakanlığı, STK, kamu hizmeti sağlayan kurumlar vs.) tarafından, topluluk amaçlı farkındalık yaratma, bilgilendirme ve uzun vadede davranış değişikliği yaratma amacı içerisindeyken, Sağlık Hizmetleri İletişimi, çoğunlukla belirli bir kar amacı güden (İlaç firmaları, özel hastaneler, teknoloji firmaları vs.) bireysel amaçlı kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti sunma ve kısa vadede etkili davranış değişikliği yaratma amacı içerisindeydir.

1.4.1 “Sağlık Hizmetleri İletişimi”nde Geleneksel Yaklaşımlar

Sağlık hizmetleri iletişimi, birey ile sağlık hizmeti sunucuları arasında etkin, verimli ve sürdürülebilir ilişkiyi hedeflemektedir. Bu yolla satın alma davranışı değişen ve tercih etme şansı artan bireye, sağlık hizmeti sunmak amacıyla her türlü iletişim aracını kullanan bir disiplindir.

Öztürk (2000a: 142) sağlık hizmetleri kavramını; “bireyin bedensel olarak düzen ve uyum içinde olmasını sağlamak ve bununla birlikte sağlığını korumak ve çevresel

yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla, insan kaynaklarını kullanan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde iletişim genel anlamda sağlık profesyonelleri ve hasta (tüketici) arasında gerçekleşmekte ve sağlık profesyonellerinin günlük uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. İletişim, etkileşimin farklı formları ile sağlık bilgisinin yayılmasını kapsamakta ayrıca hasta ile sağlık profesyoneli ilişkisi ve ortak bakım gibi faaliyetler içerisinde yer almaktadır. Sağlıkta iletişimin farklı rollerini anlamayı amaçlayan araştırmacılar, sağlık hizmetleri iletişiminin öneminin gün geçtikçe artırdığını belirtmektedirler.

Bu değişikliklerden biri, bakımın tek departmanı ilgilendiren bir çabadan, çok disiplinli ve bütünlük bir takım işine evrilmesidir. Hasta bakımı, sağlık profesyonellerinin artık bir takımın parçası gibi çalışmasını gerektiren ortak bir görev olmaktadır. Örneğin, aynı anda birçok hastalıkla uğraşan bir hastanın daha paylaşımcı bir bakım ile tedavi edilmesi gerekmektedir. Sağlık profesyoneli kendi hastalarının tedavisine mahsus kaynak ve bilgiyi paylaşma ve karşılıklı iletişimde olma ihtiyacı içerisinde olmaktadır.

Diğer bir değişim ise sağlıkta kalite yönetimi kavramının sağlık hizmetleri içerisindeki yeridir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi Vincet K. Omachonu (1990) sentezci bir yaklaşımla, teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarıyla tanımlamaktadır. Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını, sanatsal yönü de, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir. Tedavi sanatı tedavinin uygulanması sürecinde hasta tarafından algılanmasını ifade ettiği için algılanan kalite olarak da adlandırılmaktadır.

Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumu, kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.271).

Sağlıkla ilgili diğer değişim ise, hastanın kendi bakım sürecine dâhil olmasıdır. Bu durumda hasta kendi bakımı hakkında karar verme ve planlama konularında aktif bir rol almaktadır. Hastanın kendi bakım sürecine dâhil olması, literatürde “hastayı güçlendirme” olarak betimlenmektedir. Hastayı güçlendirme, hastanın kendi sağlık durumunu yönetmesini teşvik etmekte, böylece bireyin iyi olma potansiyeli artmaktadır. Hastayı güçlendirme, onun karar verme sürecine aktif olarak katılması, kabul edilen tedavi için sorumluluk alması ve kendi sağlık durumunu izlemesi ile başlamaktadır. Bunun yanı sıra, bilgi ve eğitim de önemli bir yer tutmakta, hastanın kendi hastalığı ya da durumu ile ilgili bilgi aramasını da içermektedir.⁴⁷

Hastaların kendi bakımlarına yönelik tutumları ve kendi sağlık hizmet sağlayıcıları ile aralarındaki iletişimin etkisi değişmeye başlamaktadır. Hastalar, kendi hastalıkları ile kısıtlı zaman harcayan sağlık hizmeti sağlayıcılarından daha açık ve bilgi içeren taleplerde bulunma eğilimindedirler⁴⁸.

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Gruplandırmanın en sağında yer alan kesim sağlık ürünleri ve hizmetlerini talep eden ve sayıları oldukça farklı olan “sağlık hizmetleri tüketicileri”dir. Sağlık hizmetleri tüketicilerine (hasta ya da potansiyel hastalar) en yakın diğer grup “sağlık hizmetlerini üstlenenler”dir. Bunlar; serbest çalışan doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuvarlar, bakım evleri ve eczanelerden oluşmaktadır. Bu iki gruba sağlık ürünlerini sunan grup “sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayanlar”dır. İlaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz ve donanım (tefrişat) sağlayan kuruluşlardan oluşan bu grubun en önemli özelliği kar amaçlı çalışmaları ve ileri düzeyde pazarlama tekniklerini kullanmalarıdır. Son grup “sağlık sektörü oluşturucuları”dır ve sağlık kurumları, sigorta şirketleri, merkezi ve yerel sağlık birimlerinden oluşur (Odabaşı, 1994: 26).

⁴⁷ Yakut, İnci. **Sağlık İletişiminde Katılımın İşlevi-Hasta ve Hasta Yakınları Açısından.** , Umuttepe Yayınları., İzmit, 2008

⁴⁸ Alpay L,Toussaint P,Schonk,B. **Supporting Healthcare Communication Enabled by Information and Communication Technology: Can HCI and related cognitive aspects help?.** Dutch HCI '04 Proceedings of the conference on Dutch directions in HCI sf. 12. 2004.USA

Sağlık hizmeti denilince üreticilerin (sağlık personelinin) ürettikleri hizmetler, bu üretimde bilgi, beceri ve yeteneklerine bağlı olarak değişen hizmet kalitesi, hizmeti üretirken kullanılan cihazların teknolojik düzeyleri gibi konular akla gelmektedir. Buna karşılık, tüketicilerin bu hizmetlere bakış açıları çok farklıdır. Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler aldıkları tıbbi bakımın kalitesi yanında, tıp personelinin kendilerine karşı tutumları, hizmete ulaşılabilirlik hızları ve hizmet aldıkları sağlık işletmesinin fiziki şartlarına da önem vermektedirler (Harcar,1991: 38).

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, hesaplı maliyetlerle, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır (Özgin ve Tas, 1996: 34).

Ülkemizde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, bazı sivil toplum kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar, bazı bakanlıklara ait kurum ve kuruluşlar ve azınlıklara ait bazı sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Bu nedenle devlete doğrudan bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı bünyelerinde kurulan hastanelerdir (Soysal vd. 1993: 70).

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinin de birinci amacı kâr sağlamaktır. Ancak, ülkemizdeki sağlık işletmelerinin birincil amacı, sağlık hizmetlerinin özelliğinden dolayı ve çoğunlukla devlet tarafından sunulduğundan toplumsal sorumluluktur. İnsanların ihtiyaçlarının giderilmesi asli amaçtır. Genellikle yukarıda bahsettiğimiz tüm kamu sağlığını gözeterek sağlık iletişimi çalışmaları bu kurumlar tarafından desteklenmektedir. Özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin birinci amacı ise kar sağlamaktır. Ülkemizde 80'li yıllarda özel hastanelerin açılmasıyla başlayan özel sağlık hizmetleri sunumu, kişilerin kendi ceplerinden ödedikleri veya özel sağlık sigortalarına ödedikleri primler karşılığında aldıkları bir hizmettir. Türkiye'de son yıllarda artan tüketim olgusu aynı şekilde sağlık hizmetlerinde de kendisini göstermeye başlamıştır. Sağlık endüstrisinin yapısındaki değişimler (özellikle dağıtım sistemlerinin sayısındaki artış, sağlığın korunması ile

ilgili hizmet sağlayıcılarının çeşitliliği, tüketicinin seçim sürecine katılımı) sektördeki kuruluşlar arasında bir rekabet yaratmıştır. Özellikle, 2000’li yıllarda sağlık hizmetlerinde özel sektörün payının giderek artmasıyla birlikte, sağlık kuruluşları yönetiminde işletmecilik ve pazarlama gibi anlayışlar gelişmeye başlamıştır.⁴⁹

Buna, sağlıkta artan maliyet baskıları, artan nüfus ve buna bağlı olarak hizmet kalitesindeki yetersizlik, aşırı uzmanlaşma ve hızlı teknolojik gelişmeler, rekabetin yoğunlaşması, değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyleri ve aşırı enformasyona maruz kalan hastanın tedavide giderek artan tatminsizlikleri eklenince, özel sağlık hizmeti sağlayan kurumlar sağlık hizmetleri iletişimine daha fazla ilgi göstermeye başlamışlardır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatları’nın Tarzı İcrasına dair Kanun’un 24. maddesi gereğince, Türkiye’de sağlık hizmeti veren hiçbir kurum ve kişi (hastane, ilaç firma, doktor markası) talep artırıcı reklam, tanıtım ve benzeri faaliyetlerde bulunamaz, geleneksel medya araçlarında (tv, dergi, radyo, gazete vb), billboardlarda, panolarda hizmeti veren kişi ve kurumların özendirici ya da tercih yaratmaya yönelik faaliyetlerini yayınlamaz. Bu durum, sağlık hizmetlerini kar amaçlı tanıtmak isteyen kurumların farklı stratejiler geliştirerek tanıtım yapmalarına neden olmaktadır. Bu kurumlar sadece belli bir sağlık hizmeti uygulamaları var ise bu konuda bilgilendirme yapabilmekte; bilgilendirme ile reklam arasındaki hassas ayrımı gözetmek durumundadırlar. Televizyonlarda sağlıkla ilgili izin verilen reklamlar, Sağlık Bakanlığının kamuda farkındalık oluşturmaya yönelik bilgilendirici “Kamu Spotu” reklamlarıdır. Türkiye’de devlet tarafından denetlenen ve bu anlamda sağlık hizmetlerinin tanıtımına getirilen bu kısıtlamalardan dolayı, özel ve kamusal sağlık sektöründe hizmet sağlayıcılar kendi tanıtımlarını yapabilmek için pazarlama iletişiminin bir kolu olan halkla ilişkiler faaliyetlerini ve dijital medya araçlarını kullanmaktadırlar.

Bu sebeplerden hareketle, geçmişte sağlık hizmeti sunanlar tarafından reklam vermekle bir tutulan pazarlama; reklam yapmaktan farklı olarak hasta ihtiyaçlarına anlayışlı bir tutundurma faaliyetine dönüşmüştür. Günümüzde teknolojinin ilerlemesi

⁴⁹ <http://banubican.blogspot.com.tr/2010/10/saglikta-iletisim-ve-pazarlama.html>

Sağlık Hizmetleri İletişimini “hasta odaklı” tutundurma faaliyetlerine dayandıran işletmeler, her daim hasta memnuniyeti yaratabilmek için, hizmet verdiği kurumu mimarisinden, bulunduğu yere (konumuna), çalıştırdığı sağlık personelinden, ilgili hastalık konusunda sunduğu en son teknolojiye kadar farklılık yaratma çabasındadırlar. Bunu yaparken, pazarlama kısıtlarının içerisinde yenilikçi çözümler geliştirerek ve iletişim kanallarını farklı yöntemler ile kullanarak sağlık hizmetlerini tanıtmaktadırlar.

Sağlık hizmetleri iletişimde hedef kitleye ulaşabilmek için ‘halkla ilişkileri’ bir ‘pazarlama iletişimi aracı’ olarak kullananların en önemli stratejisini, güven ve itibar oluşturmak üzerine kurulu olan çalışmalar oluşturmaktadır. Bu konuda özellikle özel hastaneler ve ilaç firmaları tarafından kullanılan taktikler, geleneksel sağlık hizmeti iletişiminin birer ögesi niteliğindedir.

Sponsorluk: Kuruluşlar/kişiler, kimlik ve ürün imajını desteklemek, kurumsal kimliği yerleştirmek, hedef kitlede iyi niyet ve anlayış oluşturmak için diğer iletişim yöntemlerine ek olarak sponsorluk gibi süreçleri üstlenmektedir. Sponsorluk faaliyetleri, defalarca tekrarlanan logo, kurumsal renk ve fiziksel görüntünün farkına varılmasına, kurumsal kimliğin tanınmasına ve yerleşmesine katkıda bulunmaktadır.⁵⁰ Sağlıkla ilgili tanıtım kısıtları nedeniyle sağlık hizmeti veren kurumlar medyanın ilgisini çekmek amacıyla sponsorluk faaliyetlerini kullanırlar. Bu faaliyetlerin en yaygını futbol takımlarına yapılan sponsorluklardır. İlgili takımın tüm oyuncularına ve yakınlarına yapılan ücretsiz sağlık taramaları ve uygulanan tedaviler sağlık hizmetinin güvenilirliğini ortaya koyar. Bunun yanı sıra, sahaya çıkarken sağlık çalışanının giydiği üniformadan kullandığı sağlık malzemesine kadar, yansıtılan kurum kimliğinin öğeleri, sponsorluk çalışmalarının kurum kimliğini yerleştirmede en etkin kullanım alanlarından biridir.

Basılı/Görsel tanıtım dokümanları: Sağlık hizmeti veren kurumun/kişinin hedef kitlesine yönelik hastalıklar ya da rahatsızlıklar hakkında bilgi veren yazılı, görsel

⁵⁰ T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri. **Sponsorluk**,342pr0017.Ankara, 2011

(dergi, broşür, video vs) tanıtım dokümanlarıdır. Hedef kitlenin bulunduğu yerde yapılan (hastane içi, iş yeri vs) tanıtımlar olması bakımından önemlidir. Bu taktikler özellikle enformasyon arayan ve daha önceden sorunların farkında olan hedef kitleyi hedeflemektedir. Örneğin; Ailesinde genetik rahatsızlığı olan ve bu konuda önleyici tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak isteyen hasta adayı, ilgili hastalık konusundaki koruyucu tedavi enformasyonuna daha açık olacaktır. Bu tür yazılı/görsel tanıtım dokümanları sağlık okuryazarlığının artırılmasına destekleyici uygulamalardır.

Kurumsal Sosyal Sorumluluk (KSS): Kurumlarca, çeşitli eylemlerinin sosyal paydaşlarına karşı oluşturduğu çevresel, ekonomik, ve soysal etkileri ölçmek; oluşan olumsuz etkileri azaltmak, toplumun ve kurumun aynı anda gelişmesine katkı sağlayabilecek işlemleri hayata geçirmek” olarak tanımlanmaktadır.⁵¹ Kurumsal sosyal sorumluluğun temelinde, toplumdan aldığını topluma kazandırma anlayışı ile birlikte, kurumların topluma ve elbette iç hedef kitlesi olan çalışanlarına karşı sorumluluklarını yerine getirme ve bu yolla itibar yaratma bilinci yatmaktadır.⁵² Sağlık hizmeti veren kurum/kişinin, sağlık ya da diğer alanlarda yaptığı sosyal sorumluluk projeleri o kurumun mevcut ve potansiyel hedef kitlesi gözünde güvenilir ve duyarlı bir kurum olduğu algısını yaratmaktadır. Genel anlamda, ücretsiz sağlık taramaları, tetkik ve tedaviler, sağlık hizmeti veren kurumların uyguladığı sosyal sorumluk projelerini oluşturur.

TV Sağlık Programları: Tıp ve pazarlama iletişimi alanlarının işbirliği bağlamında medya; son yıllarda hastalık ve sağlık konularına giderek artan oranda yer vermeye başlamıştır. Televizyonlarda ana haber bültenlerinde sağlık konulu haberlere yer verme oranındaki artışa paralel olarak özellikle sabahları yayınlanan ve haber süreleri 1-2 saate kadar ulaşabilen sağlık programları⁵³ özellikle hekimlerin katıldığı ve ilgili hastalık ya da rahatsızlık konusunda bilgilendirme ve dolaylı olarak kurum/kişi tanıtımı yaptığı stratejik iletişim uygulamalarıdır. Ülkemizde hekimlerin sağlık alanında kanaat önderi olarak ilk sırayı taşıması ve sağlık hizmeti veren

⁵¹ Akıncı, Vural, Z. Beril., Bat, Mikail. **Teoriden Pratiğe Kurumsal İletişim.** İletişim Yayınları, İstanbul, 2013.

⁵² Akıncı, Vural, Z. Beril., Bat, Mikail. **a.g.e.** sf.105

⁵³ Atabek, Ü., Atabek, G., Bilge, D. **Televizyon Sağlık Programlarında İdeolojik Söylemler.** GSU Sağlık İletişimi Dergisi. Özel Sayı:3. İstanbul, Nisan, 2013.

kurum/kişilerin bu alanda önemli saydıkları hekimleri istihdam etmesi, güven ve itibar kazanmada uygulanan en önemli stratejilerden biridir. Buna karşılık, sağlık hizmeti veren kurumun çalıştırdığı uzmanın reklamını yapması yasak olduğundan, bu uzmanların (çoğu ücret karşılığında katılım sağlanabilen) sağlık programlarına katılması sağlanarak hedef kitlenin dikkati çekilmekte ve bu yolla kurum kimliği yansıtılabilmektedir.

Celebrity (Ünlü) Kullanımı: Genel anlamda kullanılması riskli olan ve ani bir kriz anında beklenmeyen olası etkileri fırsata dönüştürerek etkili olan bir stratejidir. Acil bir durumda ünlü bir kişinin ilgili kuruma getirilmesi ile medyanın ilgisini işletme üzerine çeken, kurumun halkla ilişkiler uzmanı tarafından doğru enformasyonun medyaya verilmesi ve sürecin doğru yönetilmesi sayesinde ilgili kuruma olan güveni tazeleyecek ve talep yaratacak bir uygulamadır. Ünlü kişinin hastaneden başarılı bir operasyonla ayrılması ve olağanüstü durumlarda ilgili kurumun sağlık personelinin medyaya ve hastaya olan ılımlı iletişimi, itibarı ve güveni güçlendirebileceği gibi tam tersi durumlarda ilgili kurumun itibarını zedeleyebilmektedir. Bu yüzden çok iyi yönetilmesi gereken bir iletişim stratejisi olan ünlü kullanımında en önemli konu hasta mahremiyetidir. Ünlü kişilerin ilgili sağlık hizmeti veren kurumlarda doğum yapmaları ve haber olmaları en yaygın kullanılan iletişim stratejilerinden biridir.

Medikal Sağlık Turizmi: Sağlık Turizmi; bir ülkeden diğer ülkeye herhangi bir sebeple (bekleme süresinin kısalığı, tedavinin daha ekonomik olması veya daha kaliteli sağlık hizmeti v.b.) sadece tedavi için gidilmesidir. Tıbbi olarak gerekliliği raporla belirlendiği takdirde kaplıca turizmi de sağlık turizmi içerisinde yer almaktadır.⁵⁴ Sağlık kurum ve kuruluşlarının estetik cerrahi, göz, diş vs.⁵⁵ alanlarında yurtdışından hasta getirmeleri ve yol, konaklama ve sağlık hizmetlerini tek bir pakette karşılayabildikleri bir hizmet olan sağlık turizmi; son 2-3 yıldır öncelikle Ortadoğu olmak üzere, Asya, Afrika ve Avrupa ülkelerinden hasta ağırlamaktadır. Türkiye, mevcut coğrafik konumu, Avrupa Birliğine girme süreci ve sağlıkta dönüşüm projesi nedeniyle sağlık turizminde çekici ülkelerin başında yer almaktadır. Özel sağlık sektörünün gelişmesi ve ülke olarak turizm sektöründe yıllardır oluşturduğumuz

⁵⁴ <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10592/turizm-ve-saglik.html>

⁵⁵ <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10556/medikal-turizm.html>

altyapı, son yıllarda Bakanlıkların belli teşviklerle desteklediği sağlık turizmini, Türkiye'deki sağlık kurumlarının tanıtımı ve bu hizmetlerin ülkeye getireceği ekonomik değer bakımından ön plana taşımaktadır.

1.4.2. Sağlık Hizmetleri İletişiminde Dijital Yaklaşımlar

Sağlık Hizmeti sunucularının; kişiye odaklı, sürdürülebilir hizmet sunma çabası doğrultusunda kullandığı geleneksel yaklaşımlar, toplum odaklı sağlık iletişimde olduğu gibi yetersiz kalmakta, ülkelerin daha etkin, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunabilmesi için teknolojik gelişmelerden faydalanması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Teknolojik gelişmeler beraberinde her zaman organizasyonel (ve bireysel) gelişmeyi de gerektirmektedir. Teknolojik gelişmeye ayak uydurmak zorunda olan kimlikler günümüzde artık sadece doktor ve hasta değildir. Teknolojik gelişmeler neticesinde değişen doktor – hasta ilişkisi; hemşireyi, resepsiyon görevlisini, bakanlık yetkilisini, sağlık sigortası görevlisini, hastane yönetim kurulu üyesini, karar vericileri, geri ödeme sistemlerini ve hasta yakınlarını etkilemekte ve her biri arasında yeni ve etkili iletişim kanalları gelişmesine sebep olmaktadır. Sağlık dünyasında yaşanan transformasyon, daha bütünleşik bir sağlık hizmeti verme çabasıyla sisteme yeni oyuncuların girmesine sebep olmaktadır. Telefon operatörleri, çağrı merkezleri, mobil sağlık kuruluşları, sağlık sigorta firmaları, eczaneler, konuyla ilgili sivil toplum örgütleri; eskiye kıyasla çok daha etkin hizmet sunucuları olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Bilişim ve İletişim teknolojilerinin gelişmesine paralel olarak sağlık hizmeti sunucuları yeni uygulama modelleri ve çalışma şekilleri ortaya koymaktadır. Bu uygulamalar, bireyin kendisini ve ona bakan sağlık profesyonelinin sağlık verilerine her an ulaşabilir kılmanın yanında, oluşabilecek tıbbi hataları önleme ve iş süreçlerini hızlandırma amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca, hastalıkları etkin yönetme, interaktivite sağlama ve yüksek maliyetleri kısıtlamada geleceğin ekonomik göstergeleri olarak da karşımıza çıkmaktadır.

1.4.2.1. Elektronik Sağlık (eSağlık)

Sağlık bilgilerinin ve hizmetlerinin web üzerinden sağlanması, elektronik sağlık (eSağlık) çalışmaları kapsamında gerçekleştirilmektedir. Taşınabilir kişisel tıbbi cihazlar, sağlık kayıtlarına ve sağlık bilgisine istenilen yerden erişim olanağı

sunmaktadır. Bu cihazların, sağlık kuruluşlarına tedavi sürecinde kesintisiz hasta verisi sağlayarak gerçek zamanlı bakım sürecine yardımcı olması ve ayrıca kanıta dayalı karar desteği sağlayarak daha kesin ve hassas çıktılar ortaya koyması beklenmektedir (Intille, 2004).

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulabilmesi, vatandaşın bilgiye hızlı erişiminin sağlanması, personel motivasyonu ve ilgili paydaşlar ile sürdürülebilir veri paylaşımı için sağlık alanında internetin ve bilişim teknolojilerinin kullanılmasını, eSağlık olarak tanımlamaktayız⁵⁶. Sağlık hizmetleri iletişimi perspektifinden eSağlık uygulamaları; web siteleri, mobil telefonlar, teknolojik evde bakım ve telesağlık uygulamaları sayesinde sağlık profesyoneli ile hasta arasında iletişimi desteklemektedir. Bu yolla, hastaları güçlendiren, kendi sağlıklarını yönetmelerini teşvik eden hasta odaklı yaklaşımlar sunulabilmektedir. eSağlığın ‘önleme’ ve ‘bakım’ potansiyeli, sağlık kurumlarının fiyat bilinci oluşturmaya ve teknolojiye yatırım yapmasına yol açmaktadır.

Sağlık hizmetleri iletişimi perspektifinden eSağlık; dijital sağlık teknolojileri ile sağlık bilgisini kişiselleştirmeyi sağlamaktadır. Hizmet sağlayıcılarına, bireylerin hastalıklarını yönetmede, sağlık hizmetine erişim sağlamada ve sosyal destek sağlamakta yardımcı olmaktadır. Bu yeni iletişim teknolojileri, kullanıcı kontrolüne ve katılımına dayandığı için çok daha etkin ve interaktif bir iletişim sağlamaktadır.

Geleneksel iletişim yöntemleri ile arasındaki fark, en temel anlamıyla iletişimin yönü ve içeriğidir. Tek yönlü ve sınırları belirlenen bir alandan çıkıp, çok yönlü ve sınırları süreç içerisinde oluşan bir alana geçiş yapıldığı görülmektedir.⁵⁷ eSağlığın etkileşim yaratabilen gücü olduğunda bireysel davranış değişikliği yaratmada daha etkin olduğu gözlemlenmektedir.⁵⁸ Bugünün değişen sağlık anlayışı ve teknolojiye entegrasyonun artması, sağlık hizmetleri içerisinde eSağlık hizmetlerini daha etkin kullanmayı gerektirmektedir. eSağlık uygulamaları; yaşlanan nüfus, değişen hasta beklentileri,

⁵⁶ <http://www.e-saglik.gov.tr/>

⁵⁷ Yılmaz,,**a.g.e.** sf.15

⁵⁸ Neuhauser, Linda., Kreps, Gary L. “Rethinking Communication in the E-health Era”. University of California, Berkeley, USA. National Cancer Institute, Maryland, USA

artan maliyetleri aza indirme ve kaynak-bilgi yönetimi için çözümler geliştirme konusunda sağlık hizmetlerinde yeni nesil çözümler sunabilmektedir. 2003 Birleşmiş Milletler Bilgi Toplumu Zirvesi'nde, eSağlık uygulamalarının özellikle maliyet kontrolünde ve hizmet kalitesinin artırılmasında etkin kullanılması gerekliliğinin altı çizilmiştir. 2005 Dünya Sağlık toplantısında konu tekrar ele alınarak eSağlığın dünya çapındaki önemi bir kez daha ortaya konmuştur. DSÖ bu yıllarda "Global Observatory for E- Health/GOE" (Elektronik Sağlık için Global Gözlem) adında bir izleme grubu kurmuş ve tüm üye ülkelerinden sağlık yol haritalarını çıkartmalarını talep etmiştir.

Hastaların tüm yaşamları boyunca uygulanan tüm tedavilerden elde edilen çıktıların incelenecek olması, hali hazırda kullanılan tedavilerle ortaya çıkan daha önce fark edilmemiş advers olaylar⁵⁹ın tespit edilmesini sağlayacağı gibi, yine bu tedavilerin daha önce fark edilmemiş faydalarını da ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin İngiltere, eSağlık uygulamalarında, İngiliz vatandaşlarının sağlık kayıtlarını en sıkı şekilde takip eden ve bunun için yıllardır var olan merkezi yapısını en iyi kullanan ülke konumundadır. Ülke geçtiğimiz yılın Ağustos ayında sınırları içerisinde yaşayan yaklaşık 52 milyon bireyin sağlık kayıtlarını anonimleştirerek, tıbbi araştırmalar için kullanıma açmaya karar vermiştir. Böylelikle ülkedeki medikal araştırmacılar ve endüstri, milyonlarca İngiliz'in doğumdan ölüme kadar tutulan sağlık kayıtlarına erişebilir hale gelebilecektir. İngiltere, kullanıma sunduğu bu devasa veri üzerinde gerçekleştirilecek bilimsel çalışmalar sayesinde, medikal araştırmalarda çığır açacak yeni araştırmaların ortaya çıkmasını, keşiflerin yapılmasını umut etmektedir⁶⁰.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS) kurulmuş, her bireyin kendi bilgisine erişebildiği, bireyin doğumundan önce başlayıp tüm yaşamı boyunca sağlığıyla ilgili verilerden oluşan işlevsel bir veri tabanının oluşturulduğu, teletıp uygulamalarına varan teknolojilerin mesleki pratikte kullanılmasını temel alan elektronik kayıt sistemi oluşturulmuştur. Bu sistem ayrıca,

⁵⁹ "Bir ilacı kullanan hastada ortaya çıkan ve bu tedaviyle mutlaka nedensel bir ilişkisi olması gerekmeyen her türlü istenmeyen tıbbi olaydır". Yakındoğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakovijilans El Kitabı, Lefkoşa, 2013.

⁶⁰ Farmaskop, sayı:80-Ocak-Şubat:2013 sf:63

sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların personelini, taşınır-taşınmaz envanterini, idari ve mali verilerini de kayıt altına alacak şekilde tasarlanmıştır.⁶¹

Türkiye’de Sağlık.NET projesi altında şekillenen bu sistemin, tüm vatandaşların sağlık bilgilerine ve aldıkları her türlü hizmete internetten ve mobil cihazlardan ulaşabilecekleri, uzun vadede tamamen sayısallaştırılarak depolanmakta olan bu verilerin bugün değilse bile gelecekte sağlık alanında en büyük öz kaynaklarımızdan birisini oluşturacağı öngörülmektedir. Büyük yatırımlarla gerçekleştirilecek bu proje ile ülke sağlık politikalarının etkinliği, geri ödemeye alınan ilaçlar ile elde edilen çıktılar, aşı programları ile sağlanan fayda gibi konular net bir şekilde ortaya konulabilecektir. Ayrıca, tüm analizlerden elde edilen veri ile gelecek tahminleri yapmak da kolaylaşabilecektir⁶².

eSağlık uygulamaları, sağlık hizmeti sağlayan kamu ve özel hastanelerin veri tabanı oluşturabilen web sayfalarını kapsadığı gibi; teletıp, teknolojik evde bakım, mobil sağlık gibi herhangi bir sağlık kurumuna gitmeden zamandan ve maliyetten tasarruf etmeyi sağlayan yeni nesil dijital uygulamaları da kapsamaktadır.

1.4.2.2. TeleTıp

eSağlık hizmetleri uygulamalarından biri olan Teletıp, en geniş tanımı ile sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulması olarak tanımlanmaktadır. Teletıp ile, hastayla ilgili tüm görüntü ve bilgilerin ortak bir elektronik alanda toplanması ve bu bilgilerin gizli tutulması sağlanarak, sadece ilgili hekimlerin inceleyebileceği güvenli ve hızlı bir elektronik ortamın oluşturulması hedeflenmektedir.⁶³

Teletıp projesi ile bir hastaneden alınan radyoloji, patoloji, ultrason sonuçları bir başka hastaneden de görülebilmekte, kompleks vakalarda birkaç hekimin hastayı birlikte inceleyerek kesin tanıya ulaşması sağlanabilmektedir. Bununla birlikte, hasta memnuniyetinin artırılması, doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla, herhangi bir ildeki uzman hekim telekonferans yöntemiyle başka bir ildeki

⁶¹ <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>

⁶² Farmakop, sayı:80-Ocak-Şubat:2013 sf:63

⁶³ <http://www.sbsgm.saglik.gov.tr/Sayfalar/Tele-Tip.aspx>

ameliyatı takip edebilmektedir. Uzman hekim verdiği talimat doğrultusunda ameliyata müdahale etme ve hastaya tanı koyma imkânı bulabilmektedir.⁶⁴

DSÖ, Teletıp'ı; sağlık hizmetlerinde mesafelerin kritik bir faktör olduğu yerlerde, sağlık profesyonellerinin bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak hastaların tanı, tedavi, önleme, araştırma ve değerlendirmesinden, sağlık profesyonellerinin eğitimlerinin devam etmesine, toplum ve birey sağlığının geliştirilmesine yönelik her türlü hizmet olarak tanımlamaktadır⁶⁵. Teletıp, 1960'lı yıllardan beri hayatımızda olan ama Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm politikaları ile son yıllarda aktif olarak kullanılan uygulamalardır. Teletıp uygulamaları, iki temel alanda sınıflandırılabilir⁶⁶.

- 1) Doktor ile doktor arasında (Teleradyoloji, telepatoloji, teleonkoloji, vs.)
- 2) Doktor ile hasta arasında (Evde bakım, uzaktan kronik hastalık yönetimi telekonsültasyon, telesağlık)

Doktorlar arasında ya da daha doğru tanımı ile sağlık kuruluşları arasında veri, görüntü hatta ses bağlantısı kurularak gerçekleştirilen teletıp uygulamalarında amaç; genellikle uzman bulunmayan birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında elde edilen tanı materyallerinin (EKG, röntgen görüntüsü, fotoğraf, vs) mevcut iletişim altyapısı aracılığı ile uzman bulunan üçüncü basamak sağlık kuruluşuna gönderilmesi, uzman yorumunun alınması ve hastanın tedavisinin uygulanmasıdır.

Hasta ile doktor arasındaki bağlantıda ise amaç, hastanın evinde kontrol edilmesi, hastanın bağımsızlığının korunması, gereksiz hastane ziyaretlerinden korunarak, hastane iş yükünün ve doğrudan/dolaylı sağlık harcamalarının azaltılmasıdır.

Araştırmalar göstermektedir ki, teletıp sağlık hizmetlerinde yeni fırsatlar sunarken, erişimin olduğu gelişmekte olan ülkelerde daha da faydalı olmaktadır. Teletıpın sunduğu en büyük fırsatlardan birisi de sağlık hizmetlerine erişimi artırıyor olmasıdır. Bu tür ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim olanağı daha önce karşılanamayan

⁶⁴ <http://www.ntvmsnbc.com/id/25364964/>

⁶⁵ Who, 2010, Opportunities and developments Report on the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth series - Volume 2, Telemedicine in Member States

⁶⁶ Who, a.g.e. 2010. sf.20

ihtiyaçları karşılamaya yardımcı olmakta ve hem nüfusun korunmasını sağlamakta hem de sağlık hizmetleri kalitesine pozitif katkıda bulunmaktadır.⁶⁷

Tezcan (2011)⁶⁸, Teletıp uygulamalarının yakın gelecekte koruyucu hekimlik, iyilik halinin sürdürülmesi, uzaktan hasta takibi, uzaktan kronik hastalık yönetimi gibi birçok konuda yaygın olarak kullanılabilceğini belirtmektedir. Ayrıca, hastaların cep telefonu ve özelleştirilmiş cepte taşınabilir tıbbi cihazlar aracılığı ile her tür tıbbi veriyi doktorlarına gönderebileceğini, yakınları ile sesli/görüntülü görüşmeler yapabileceğini ve doktorlarında gittikleri her yerden web tabanlı programlar üzerinden hastalarının verilerine ulaşıp müdahale edebileceklerini belirtmektedir.

Günümüzde Türkiye'deki uygulamalara bakmak gerekirse; Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre, bakanlığın 2007 yılında başladığı ve 2012 yılında kapsamını genişlettiği Teleradyoloji, Telepatoloji ve TeleEKG sistemleri uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ilgili biriminde teletıp ile ilgili tüm operasyonların yönetildiği bir Teleradyoloji Merkezi kurulmuş, gönderici hastaneler radyoloji ve patoloji görüntülerini alıcı konumunda olan radyoloji ve patoloji uzmanının istihdam edildiği hastanelerdeki teletıp merkezine iletmektedir. Merkezde gerekli yönlendirmeler yapılarak, alıcı hastanelerin ilgili görüntüleri arşivleyerek uzmanlar tarafından raporlanması sağlanmaktadır. Görüntüleme hizmetinin sistemle elektronik ortama taşınmasıyla kâğıtsız hastaneye doğru bir adım daha atılmıştır.⁶⁹

TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği), UNDP, Turkcell ve Intel, 2008 yılında TC Sağlık Bakanlığı ile birlikte Birey-Hastane-Doktor çerçevesinde bakanlığa bağlı 1.ve 2. basamak sağlık kuruluşları arasında telekonsültasyon ve tıbbi veri alışverişi sağlayacak bir teletıp pilot projesi başlatmıştır. Projenin pilot uygulaması, Adıyaman il sınırları içinde 82. yıl Devlet Hastanesi Uzmanları, Çakırhöyük beldesi Aile Hekimi ve Ahmethoca köyü Ebesi arasında mobil iletişim teknolojileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir.⁷⁰ Intel, Turkcell ve UNDP'nin birlikte geliştirdikleri

⁶⁷ Who, a.g.e.2010.sf.25

⁶⁸ <http://www.cenktezcan.com/?p=13>

⁶⁹ <http://www.ntvmsnbc.com/id/25364964/>

⁷⁰ <http://www.tahud.org.tr/guncel/aile-hekim-haber/tahud-kirsal-teletip-projesi/177>

Teknolojik evde bakımda video konferans sayesinde, sağlık hizmet sağlayıcı ve hasta arasında hastaneye gitmeksizin bağlantı sağlanabilmektedir. Bu sayede klinik süreçlerin evde uygulanması mümkün olmaktadır. Bu bağlamda ‘gerçek ziyaret’ terminolojisi sağlık hizmeti sağlayıcısının hastayı kendi evinde yüz yüze etkileşim sağlayan geleneksel ziyareti olarak tanımlanmaktadır. Video konferans kullanımının etkileşimi artırmasına ek olarak, evde telebakım uygulamaları, tedavi sürecine hastaları dâhil eden, onların birçok kez kendi tedavi süreçlerini izlemelerini sağlamaktadır.

Aoki ve diğ. (2003); 1996 ile 2000 arasında yapılan tüm evde uzaktan video teknolojisi ve evde izleme cihazlarının kullanımını içeren çalışmaları değerlendirmiş ve bu cihazların geleneksel tedavi ile karşılaştırıldığında klinik çıktılar arasında bir fark olmadığını ve üstelik evde bakımı desteklediğini ve maliyetten tasarruf ettiğini de belirtmişlerdir.

Teletıp uygulamaları, özellikle Türkiye gibi büyük, kırsal kesimin yaygın olduğu, yetişmiş insan kaynağının kısıtlı olduğu ülkelerde yoğun olarak kullanılmalıdır. Etkin kullanıldığı takdirde, sağlık hizmetlerine erişimin artacağı, tıbbi hataların azalacağı, hasta ve doktor memnuniyetinin artacağı öngörülmektedir. Mevcut yapılar içinde kurulacağından ve fazla donanım ihtiyacı göstermediğinden, yatırım maliyetleri de karşılanabilir düzeyde kalmaktadır.

1.4.2.3. Mobil Sağlık (mSağlık)

Mobil sağlık, eSağlığın bir bileşenidir. Bugüne kadar mobil sağlığın standart bir tanımı yapılamamıştır. DSÖ mSağlık (2011) raporunda, mobil sağlığı tıbbi ve kamu sağlığı uygulamalarının; mobil telefonlar, hasta izleme cihazları ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından desteklenmesi olarak tanımlamaktadır. Mobil sağlık, mobil telefonlarda sesli ve yazılı kısa mesaj servislerinden (SMS), daha kompleks mobil uygulamalara, Bluetooth teknolojilerinden, 3 ve 4. jenerasyon (3G-4G) mobil iletişim teknolojilerinin kullanılmasına kadar her türlü dijital teknoloji aracılığı ile sunulabilmektedir.

Istepanian (2006), mobil sağlığın özel bir teknoloji olmadığını, mobil iletişim ve network teknolojilerinin sağlık hizmetleri için kullanımı olduğunu belirtmektedir. Birleşmiş Milletler Vakfı (2009,s.10); “mobil sağlığı, eSağlık verilerinin ve hizmetlerinin Bluetooth, GSM, GPRS, 3G, Wifi, Wimax gibi kablosuz teknolojiler ile aktarılması” şeklinde tanımlamaktadır. Mobil telefonlar mobil sağlığın uygulanmasında en yaygın kullanılan cihazlardır.

Bugün dünyada mobil telefon kullanımına yönelik penetrasyonun artması ile birçoğ hasta, tüketici, araştırmacı, doktor ve sağlık hizmetleri sunucuları mobil telefonların sağlıkta kullanımının faydasını görmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri içeresinde düzenli veri sağlamadaki rolü ile mobil iletişim; sağlık hizmetleri içeresinde destekleyici bir rol oynamasının yanında, hastalıkların tedavi edilmesinden, sağlığın geliştirilmesine kadar yürütölen birçoğ davranış değişikliği programlarında tanı, teşhis, tedavi, izleme gibi süreçlerde kolaylaştırıcı fırsatlar sunabilmektedir (Whittaker, Smith.2008). Cep telefonları günümüzde, davranış değişikliği yaratmada ideal metotlar haline gelmeye başlamıştır, bunun en önemli nedeni ise yer ve zaman sınırı olmaksızın destek ve yardım sunabilmesidir. Aynı zamanda mobil sağlık uygulamaları, kişisel motivasyon, pozitif destek, hedeflerin hatırlatılması yanında; sosyal desteği ve sağlık okuryazarlığını artıran avantajlar sağlamaktadır. Mobil uygulamalar maliyetleri düşürürken sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır.

Mobil sağlık uygulamaları; kullanıcının ihtiyacı olan bir bilgiye kolayca ulaşmasına ya da verinin kayıt altına alınmasına odaklanan, bu yüzden kullanıcının fiziksel olarak bir networke girme ya da çoğ özel coğrafi bir ortamda kısıtlanma ihtiyacını da bertaraf eden uygulamalardır.

Mobil sağlık uygulamaları öncelikle gelişmekte olan ölkelerde kullanılmaya başlanmıştır. 2006 yılında ‘Globalleşme ve Sağlık’ başlığı ile yayınlanan bir makalede “Literatürde gelişmekte olan ölkelerin sağlık sorunlarından birkaçı olan HIV, sıtma, kronik hastalıkların mobil telefonları kullanarak sağlık hizmetlerinde önleyici çözümler sunabilen potansiyeline dair hiçbir çalışma olmadığı belirtilmiştir. (Kaplan, 2006)

Mobil sağlının potansiyel iyileştirici g¼c¼ ilk kez DS¼'n¼n Mayıs 2005'te ger¼ekleřtirdiđi 58. D¼nya Sağlık Kurulu'nda karara bağlanmıştır. Bu karara g¼re ¼ye ¼lkeler kendi ¼lkelerine en uygun eSağlık stratejisini geliştirmekle y¼k¼ml¼yd¼. Aynı yıl DS¼, eSağlık uygulamalarının ¼lkeler i¼erisindeki etkisini ve değerlendirmesini ¼l¼en ¼alıřmalar yapmak amacıyla K¼resel G¼zlemevini (GOe) kurmuştur. DS¼, ¼zellikle d¼ř¼k ve orta gelirli ¼lkelerin sağlık alanındaki geleceğini bi¼imlendirmek ve izlemek amacıyla merkezi bir rol oynamaktadır.⁷³

eSağlık araştırmaları ¼er¼evesinde, ¼ye ¼lkelerin eSağlık uygulamalarına y¼nelik raporlar yayınlayan eSağlık k¼resel g¼zlemevi, ¼ye ¼lkeler arasında yaptığı 3. rapor serisinde d¼nyada artan kronik hastalık y¼k¼ ve bunu karşılamak ¼zere gerekli personelin eksikliği ve b¼t¼ce yetersizliği dolayısıyla ¼lkelere getirdiği y¼k¼n mobil sağlık uygulamaları ile ¼z¼lebileceđi ¼ng¼r¼lmektedir. ¼zellikle y¼ksek gelirli ¼lkelerin d¼ř¼k gelirli ¼lkelere oranla mobil sağlık uygulamalarına daha fazla yer verdiği, bu ¼lkelerde sağlık refahının daha y¼ksek olduğu ve eSağlık uygulamalarına daha fazla yatırım yapıldığı g¼zlemlenmektedir. Dolayısıyla ¼lkelerin mobil sağlık uygulamaları konusunda daha fazla kamu farkındalığı yaratması ve kanun yapıcıların daha etkin d¼zenlemeler getirmesi gerektiğini vurgulanmaktadır.⁷⁴

2005 yılında Birleşmiş Milletler Vakfı ve Vodafone Vakfı UNF-VF Teknoloji ortaklığı yaratmış ve 5 yıllık bir s¼rede mobil sağlık projelerini geliştirmek, yazmak ve değerlendirmek i¼in 30 milyon dolar harcamışlardır. (United, 2009).

2007 yılında Kolombiya ¼niversitesi yery¼z¼ kliniği ve Ericsson, mobil sağlık uygulamalarını "Milenyum K¼y¼" programına sokmak i¼in bir ortaklık ger¼ekleřtirmiřlerdir. Bu ortaklığın asıl amacının b¼t¼n k¼ylerde kablosuz ağ iletişimini sağlamak ve sağlık, eğitim, bankacılık vs. alanlarında mobil uygulamaların geliştirilmesini desteklemek olduğunu belirtmişlerdir. (Mechael,2007)

B¼t¼n bu ortaklıklara rağmen, mobil sağlık ¼zerine son yıllarda yapılan ¼alıřmaların 2009 yılında sadece gelişen ¼lkelerde 51 adet olduğu saptanmıştır. (United, 2009).

⁷³ <http://www.who.int/goe/en/>

⁷⁴ Mhealth vol3. sf.2

The UNF-VF Teknoloji ortaklığı bu projelerin sayısını artırmayı ve başta Afrika olmak üzere birçok gelişen ülkelerde yaygınlaştırmayı planlamaktadır.

Bugün mobil ve kablosuz iletişim teknolojilerinin kullanımı sağlık alanında birçok amaca hizmet etmektedir. Mobil iletişim teknolojilerinin gün geçtikçe artan bir kullanıcı sayısı ile insan hayatına daha fazla entegre olması, bu teknolojilerin sunduğu fırsatların kullanılma potansiyelini de beraberinde getirmektedir.

Uluslararası İletişim Birliği (International Communication Union) (ITU)'ne göre şu anda dünyada 5 milyar cep telefonu abonesi bulunmakta ve bu abonelerin %70'den fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Özellikle insanların günlük hayatlarına her geçen gün büyük bir hızla giren ve kullanımı artan akıllı telefon pazarı şimdilerde bir yıl öncesine göre %47 üzerinde bir artışla 1 milyarlık bir abone hacmini geçmiştir. Benzer şekilde tablet bilgisayarların sayısındaki artışta da patlama yaşanmaktadır⁷⁵.

Nilesen'in (2013) Küresel Bakış⁷⁶ adlı raporuna göre ABD, İngiltere, Güney Kore gibi gelişmiş ülkelerdeki akıllı telefon (Smartphone) sahip olma oranı %50'leri çoktan geçmişken, gelişmekte olan Türkiye, Hindistan, Brezilya gibi ülkelerde ise bu oran %50'nin altındadır. Akıllı telefon özelliğine sahip olmayan, temel özelliklere sahip cep telefonuna (Feature Phone) sahip olma oranı Hindistan'da %80, Rusya'da %51, Türkiye'de ise %61 olarak açıklanmaktadır. Akıllı telefon olarak kabul edilmeyen ancak multimedya özelliklere sahip telefon (Multimedia Phone) kullanım oranı ise, araştırma yapılan 10 ülkenin 8'inde %10 seviyelerinde iken bu oran Türkiye'de %20, Brezilya'da ise %21 seviyesine yükselmektedir. 2013 yılında, %72'lik oran ile en çok akıllı telefon, %24 ile telefon olmayan mobil cihaz, %4 ile temel fonksiyonlu cep telefonu satışı yapılmıştır⁷⁷. 2014 yılı sonunda dünyadaki cep telefonu sayısının insan nüfusunu geçeceği belirtilmektedir⁷⁸.

⁷⁵ Strategy Analytics, "Global Smartphone Installed Base Forecast by Operating System for 88 Countries: 2007 to 2017." October, 2012

⁷⁶ <http://www.nielsen.com/us/en/newswire/2013/how-the-mobile-consumer-connects-around-the-globe.html>

⁷⁷ <http://www.millennialmedia.com>

⁷⁸ www.digitaltrends.com

Akıllı mobil telefon sayısındaki artışa paralel olarak Mobil sağlık uygulamaları gelişmiş ülkelerde artan oranla kullanılmaya başlanmıştır.

Madreport Q1 2014 (mobilike.com) raporuna göre; 2012 yılında mobil sağlık uygulamalarından globalde elde edilen gelir, 1.3 milyar Amerikan Dolarına ulaşmıştır. Bu gelirin 2017 yılında 23 milyar Amerikan dolarına yükselmesi beklenmektedir.

Pew Research (2012), Amerika'da mobil sağlık uygulaması kullanımını hakkında yapılan bir araştırmaya göre; yetişkinlerin %85'inin kendi cep telefonuna sahip olduğu, bunun %53'ünün akıllı telefon olduğu belirtilmektedir. Mobil telefon kullanıcılarının 3/1'i (%31) telefonlarını sağlık bilgisi aramak için kullanmaktadır. İki yıl önce yapılmış ulusal bir araştırmada mobil kullanıcılarının %17'sinin telefonlarını sağlık ile ilgili bir tavsiye almak için kullandıkları belirtilmiştir. Akıllı telefon kullanıcıları sağlık bilgisi arama oranı (%52), akıllı telefona sahip olmayan kullanıcıların sağlık bilgisi arama oranı (%6) ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir. Akıllı telefon kullanan kişilerin %45'i yetişkinlerdir. Daha yüksek gelir ve eğitim seviyesine sahip daha genç bireyler daha yaşlılara göre akıllı telefona sahip olmaya daha fazla eğilimlidirler. Yazılı mesaj, cep telefonuna sahip gençler arasında neredeyse evrensel bir aktivitedir ama sağlık pazarında belirli bir etkisi yoktur. Cep telefonu kullanıcıların %80'i yazılı mesaj gönderip aldıklarını belirtmektedir. %9'u ise sağlık ya da tıbbi sorunlar hakkında mesaj güncellemeleri ya da alarmlar aldıklarını belirtmektedir. Özellikle ciddi sağlık sorunları ile uğraşan insanlar, kronik hastalıklarla yaşayan insanlar, son zamanlarda sağlığı konusunda belirli bir değişim yaşayanlar, bu mobil aktiviteleri kullanmaya daha eğilimlidirler. Akıllı telefon kullanıcılarının %84'ü herhangi bir uygulamayı telefonuna indirmişlerdir. Bu uygulamaların %19'u özellikle sağlıklarını izlemek ve yönetmek için kullanılmaktadır.

BTK 2013⁷⁹ son çeyrek raporuna göre; Aralık 2013 itibarıyla Türkiye'de yaklaşık %90,9 penetrasyon oranına karşılık gelen yaklaşık 70 milyon mobil abone

⁷⁹ http://www.tk.gov.tr/kutuphane_ve_veribankasi/pazar_verileri/ucaylik22_5.pdf

bulunmaktadır. 0-9 yaş nüfus hariç olmak üzere mobil penetrasyon oranı %100'ün üzerine çıkmaktadır.

2013 yılı dördüncü çeyrekte 3G mobil kullanıcı sayısı 49,3 milyona ulaşırken 3G hizmetiyle birlikte mobil bilgisayardan ve cepten internet hizmeti alan abone sayısı da aynı dönemler arasında 24 milyona yükselmiştir. Madreport Q1 2014 raporuna göre Türkiye'de akıllı telefon kullanım oranı kadınlarda %25,5 iken erkeklerde %34'tür. Türkiye'de akıllı telefon kullanım oranı ise toplamda %19'dur⁸⁰. Türkiye Mobil Sağlık Kullanıcı Araştırmasına (2013) göre, akıllı telefonlarda mobil sağlık uygulaması kullanım oranı %15 iken, gelecekte mobil sağlık uygulama kullanım talebi ise %74'tür. Kullanıcıların %68'i en az bir mobil sağlık uygulaması kullanıyorken, %17'si en az iki mobil sağlık uygulaması kullanmaktadır. Eğitim düzeyi ve yaş arttıkça mobil sağlık uygulama kullanımı ve kullanma talebi doğru oranda artmaktadır. Kadınlarda, erken yaşta bireysel sağlık %33 adet döngüsü takibi, %64 hatırlatıcılar (su, ilaç vs) ve kişisel bakım odaklı uygulamalar kullanılırken, erkeklerde ise yaş ilerledikçe ve gelir düzeyi arttıkça %35 egzersiz, %36 vücut kitle endeksi ölçme gibi sağlığı geliştirici uygulamalar kullanılmaktadır.

Dünyada mobil telefonların hızlı yükselişi ile beraber, çoğu tüketici, araştırmacı, klinik ve sağlık kurumu onların sağlıktaki faydalarını görmeye başlamıştır. Mobil telefonlar davranış değişikliğini desteklemek için ideal araçlar olmasının yanında destek ve yardıma ihtiyaç olduğu takdirde herhangi bir zamanda ve herhangi bir yerde hizmet sağlayabilmektedirler.

Connelly ve diğ. (2006), hastalıkların tedavi sürecinde bazı günlük rutinlerinin otomasyona girmesi hastalara birçok fayda sağlamaktadır. Öncelikle; bireyler verilerini cihaza; ses kayıtları, dokunmatik ekranlar, barkod okutma gibi çeşitli yollar kullanarak girebilmektedirler. İkinci olarak; mobil cihazlar hafif, portatif, cepte veya çantada taşınabilir araçlar olması nedeniyle kolay taşınabilmektedirler. Üçüncüsü;

⁸⁰ <http://www.nielsen.com/us/en/newswire/2013/how-the-mobile-consumer-connects-around-the-globe.html>

mobil teknolojiler ile ilgili bugüne kadar bir hastalık stigmatına rastlanmaması, hastaları bu teknolojileri kullanma konusunda cesaretlendirmektedir. Dördüncü olarak; otomatik zaman damgası, zaman aralıkları ve kayıtları arasında değerlendirme yapmayı mümkün kılmaktadır. Beşinci olarak; mobil cihazdaki veriyi kişisel bilgisayara, zamanı koruyarak ve manuel girişle, olabilecek hataları aza indirgeyerek transfer edebilmektedir. Son olarak; bireylerin yaşı teknoloji kullanmadaki yeteneklerini ve isteklerini etkilememektedir.

Mobil sağlık uygulamaları, gelişmiş ülkelerde akıllı telefona sahip bireyler arasında kronik hastalıkları yönetmek ve sağlığı geliştirme uygulamaları (fitness, hatırlatmalar, diyet, egzersiz vs) için kullanılırken, gelişmekte olan ülkelerde daha çok bulaşıcı hastalıkların, anne-çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla yazılı ve sesli mesaj gönderme özelliklerine sahip mobil telefonlarla yapılmaktadır.

DSÖ mobil sağlık (2010) raporunda, sağlık sistemlerini güçlendirmek ve orta-düşük gelirli ülkelerde sağlığa odaklı milleniyum hedeflerini gerçekleştirmek amacı ile 112 üye ülkesinin katıldığı bir araştırma raporu yayınlamıştır. Bu rapora göre; anne bebek ölümleri, tüberküloz, sıtma, HIV/AIDS gibi hastalıklar ile mücadele etme, sağlık bilgisini artırma, hastayı uzaktan izleme, klinik tanı, teşhis ve tedaviyi geliştirme, ilaca erişim ve uyum sağlama gibi konularda programlarını değerlendirmiştir. DSÖ çerçevesinde üye ülkelerin %75'i mobil sağlık konusunda en az bir girişimde bulunmuşken bu ülkeler arasında Afrika bölgesi en az girişimde, Kuzey Asya bölgesi ise en fazla girişim raporlamasında bulunan bölgelerdir. Mobil Sağlık girişim oranı yüksek gelirli ülkelerde %87 iken, düşük gelirli ülkelerde %77 oranında olmaktadır.

1.4.2.3.1. Kısa Mesaj Servisi (SMS) Uygulamaları

SMS (Yazılı mesaj servisi) uygulamaları; genellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ve akıllı telefon erişiminin az olduğu ülkelerde (3. Dünya ülkeleri) kullanılmaktadır. Çoklu medya özelliklerine sahip cep telefonlarında SMS (yazılı mesaj servisi), MMS (resim ve video mesaj servisi), IVR (etkileşimli ses cevap servisi) fonksiyonları; HIV, AIDS, Tüberküloz, Sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların tedavisinde tedaviye uyum sağlama, randevu hatırlatma, sağlığı geliştirme, farkındalığı artırma gibi konularda davranış değişikliği yaratmak ve tedavi maliyetlerini düşürmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu kampanyalar; genellikle ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları ve GSM operatörleri işbirliği ile yapılan kamu sağlığı kampanyalarıdır.

Çoğu başarılı yazılı mesaj kampanyaları, özel ve iyi tanımlanmış hedef kitleleri hedeflemektedir. Bu kampanyalarda ilk amaç, organizasyonun hangi hedef kitleye, ne mesajı vermek istediğini belirlemesi ve yazılı mesajın bu amaç için uygun olup olmadığını tanımlamasıdır.

Fogg ve Adler (2003), mobil sağlık uygulamalarının yazılı/sesli mesaj kampanyalarında amaçlarına göre kullanımlarını; eğitim ve farkındalık yaratmak, hatırlatma yapmak, bireylerin günlük tutmasını sağlamak, uzaktan veri biriktirmek, uzaktan hasta izlemek, sağlık profesyonellerinin iletişimini ve eğitimini sağlamak, salgın hastalıkları ve afetleri takip etmek, teşhis ve tedavi desteği olarak tanımlanmaktadır.

- Eğitim ve farkındalık yaratmak

Bu uygulamalarda kısa mesaj metinleri, kısa mesaj servisleri aracılığı ile kişinin mobil telefonuna gönderilen mesajlardır. Bu mesajlar, belirli bir sağlık konusu ile ilgili sağlık hizmetinin nasıl alınacağını ve hastalığın nasıl tedavi edileceği hakkında bilgiler içermektedir. Yazılı mesaj kampanyaları etkileşim olabilmesi amacıyla tasarlanmaktadır. Örneğin, kampanya HIV virüsünün nasıl bulaştığını sorgulayan bir yazılı mesaj sınavı olabilir. Bu mesajı doğru yanıtlarla cevaplayan kişi belirli dakika ücretsiz mobil konuşma ya da yazılı mesaj kazanabilir.

- Hatırlatma yapmak

Bu uygulamalarda birey telefonun cevap vermeye ihtiyaç duymadan yazılı mesaj almaktadır. Mesajın içeriği alıcıya sürpriz değildir ve basit bir hatırlatmadır. Bu hatırlatıcı kişiyi her sabah su içmesini hatırlatma ya da klinikteki bir randevusunu hatırlatma gibi kişisel hedeflerle ilgili olabilmektedir.

- Bireylerin günlük tutmasını sağlamak

Bu uygulamalarda insanlar kendi sağlık davranışları hakkında kişisel günlüklerini tutabilmektedir. Nasıl mesaj yazacağını bilen kişiler için, mobil telefonlar adım sayma, kalori tüketme gibi kişisel sağlık verilerini girmede güvenli bir yol olmaktadır. Günlük tutmanın iki noktada etkisi olduğu söylenebilmektedir.

- Uzaktan veri toplamak

Güvenilir yolların ve ulaşım seçeneklerinin kısıtlılığı ve yetersiz veri toplama metotları yüzünden, gelişen ülkelerde çoğu zaman epidemiyolojik veri toplamak zor olmaktadır. Mobil telefonlar ve akıllı telefonları kullanarak veri toplamak, kâğıt-kalem kullanarak veri toplamaktan daha verimli olmaktadır. Örneğin Uganda'da sağlık profesyonelleri, alan verisi toplamak için PDA'ları kullanmaktadırlar. Bu çözüm ilk aylarda bile harcamalarda %25 maliyet tasarrufu sağladığı gibi, teknolojinin sunduğu verim ve esneklik sebebiyle sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini de artırdığını belirtmektedir." (United, 2009, s.13)

- Uzaktan hastalıkları izlemek

Uzaktan izleme; hastanın sağlık durumunu takip etme, hastanın tıbbi tedavi sürecine katılımını sağlamak ve hastanın randevularının takip etmek amacıyla mobil cihazların kullanımını içermektedir. Örneğin, doktor ya da hemşire diyabet hastalığı olan bir hastanın sağlık durumunu takip edebilmek amacıyla hastasına haftalık çağrılarda bulunabilmektedir. HIV, tüberküloz gibi hastalıklar için günlük ilaç alımı çok önemlidir. Tayland'da tüberküloz hastalarına mobil telefonlar verilmiş, sağlık uzmanları hastalarına günlük ilaç alımlarını hatırlatan çağrılar yapabilmişlerdir. İlaça uyum göstermek, uzaktan hasta izleme programı sayesinde %90 oranında artış göstermiştir. (United, 2009, s.14)

- Sağlık çalışanlarının iletişimini ve eğitimini sağlamak

Mobil teknolojiler, sağlık çalışanları arasında bir hastayı tedavi ederken tavsiye sunmak ve onların sağlık hizmeti kuruluşları ile iletişimini sağlamak amacıyla kullanılabilir. (United, 2009)

- Salgın hastalıkları ve afetleri takip etmek

Mobil araçlar, ortaya ani bir hastalık çıktığında, çabuk bilgi alışverişi sağlamak için kullanılabilir. Peru, Ruanda ve Hindistan gibi ülkelerde mobil sağlık uygulamaları, bulaşıcı hastalık oranlarını izlemeye kullanılmaktadır. (United, 2009) Bu uygulamalar geleneksel yazılı raporlar ya da radyo gibi iletişim araçlarının verdiği enformasyondan daima daha hızlıdır. Daha hızlı iletişim, kamu sağlığı çalışanlarına ve hükümet temsilcilerine tedavi seçenekleri, aşılama olanağı ve enformasyonun kamuya yayılması konularında daha iyi karar verme olanağı sağlamaktadır.

- Teşhis ve tedavi desteği sağlamak

Bu uygulamada Mobil sağlık; uzak bölgelerde çalışan sağlık uzmanının sağlık veri tabanına ulaşabilmesini ya da diğer tıp uzmanından görüş alabilmesine olanak sağlamaktadır. Mobil sağlık ile teşhis ve tedavi desteği sağlanabilmekte, hastalar kendi köylerinde ve evlerinde tedavi alabilmekte ve ulaşılması çok zor pahalı hastanelere gitmeleri önlenebilmektedir. (United, 2009, s.16)

Thirumurthy ve Lester (2012), Kenya’da HIV enfeksiyonunu önlemek amacıyla yapılan araştırmada, bireylerin virüsü önleyici tedaviye (ART - antiretroviral therapy) katılımını artırmak için kısa mesajlar gönderilmekte ve ilgili sağlık profesyoneli tarafından ilaçlarının alınması hatırlatılmaktadır. Bu araştırma sonucunda; hatırlatıcı mesaj alanların almayanlara göre tedaviye katılımının arttığı ve hastayı cesaretlendirdiği ve bu önleyici çalışma ile ileride olabilecek hastalık maliyetlerinin düştüğü saptanmaktadır.

Kwan (2013), sağlık davranışına cesaretlendirmede yazılı mesajın etkili bir strateji olduğunu belirtmekte ama davranış değişikliği yaratmada tek başına yeterli olmadığını belirtmektedir. 2008 yılında Dünya Bankası ve Uluslararası Telekomünikasyon Birliği’nin orta ve düşük gelirli ülkelerde SMS ile davranış

değişikliği yaratmayı hedefleyen birçok çalışmayı özetleyen makalesinde, sosyo kültürel ve politik yapıların sadece uygulanabilirlikte değil mobil telefon kullanımı ve diğer bilgi teknolojilerinin algılanmasından da büyük rol oynadığını belirtmektedir. Örneğin okuryazarlığı düşük ülkelerde sadece yazılı mesaj kampanyaları her zaman fayda sağlamayabilir. Yazılı mesaj programının uygulandığı toplumlar için, özel kelimeler ve ifadeler diğerlerinden daha etkili olabilmektedir fakat burada o ülkenin sağlık uygulayıcıları ve iletişimcilerinin hangi kelimelerin bireylerin algısında pozitif etki yaratacağını ve sağlık davranışına ikna etmede başarılı olabileceğini belirlemeleri gerekmektedir. Şu anda davranış değişikliği yaratmaya yönelik dünyada uygulanan ve uygulamaya devam eden SMS kampanyası projeleri, Kwan (2013) makalesinde amaç ve hedefleri doğrultusunda aşağıda özetlenmektedir;

Adhere.IO – Nikaragua: Katılımcılara, istenen tedaviye katılmalarını artırmak amacı ile mobil kredi ve dakika kazanma hediyesi vererek onları teşvik etmeye çalışan tüberküloz programıdır. Katılımcılara her 24 saatte dağıtılan ve üzerinde dörtlü numaralar olan ve içerisinde bir çeşit tüberküloz tedavisi alan hastanın idrarı ile tepkimeye girecek bir çeşit kimyasal olan test çubukları verilmektedir. Daha sonra hastalardan bu numaralara mesaj göndermeleri istenmekte ve ne kadar yüksek katılım sağlanırsa o oranda hasta ödüllendirilmektedir.

Project Zumbido - Meksika: Zumbido projesi, hastaların virüs ilaçlarını almaları amacıyla bir mobil telefon destek grubu oluşturmaktadır. 3 aylık pilot proje sonunda aynı zamanda sesli mesaj gönderen ve sesli konferansa katılan 40 katılımcı arasında 25.000 de yazılı mesaj gönderilmiştir. Ortaya çıkan bu destek ve bilgi alışverişi hastaların kendi hastalıklarını daha yakından izlemesi konusunda onları cesaretlendirmiştir.

MoTECH - Gana: Bu kampanya, kırsal kesimlerde anneliğin, doğum öncesi ve yeni doğanların bakımının kalitesini ve sayısını artırmak amacıyla hayata geçmiştir. Hamile annelere bakım desteği almalarını cesaretlendirmek ve yeni annelerin yeni doğan bakımındaki sorunlarını tespit etmek amacı ile sağlık bilgisi gönderilmektedir. Hamile anneler tanımlayıcı bilgilendirme sürecinde numaralarını kaydederek hamilelik, sağlık kurumları ve tedaviler hakkında yazılı ve sesli mesajlar almaktadır.

Text Me! Flash Me! - Gana: HIV/AIDS hakkında bilgilendirme, yönlendirme ve tavsiye alabilmeleri için, hastaları bir yardım hattına bağlayan bir uygulamadır. Text Me ile HIV konusunda bilgilendirici yazılı mesajlar gönderilmekte, Flash Me ile bireylerin yardım hattından bir danışman talep edip 24 saat içinde kendilerine destek için geri dönülmesi sağlanmaktadır.

Text to Change - Uganda: Uganda ve tüm Afrika'da bireyler arasında etkileşimi artırmayı, cesaretlendirmeyi, ilaç uyumu sağlamayı ve verilen sağlık hizmetleri ile ilgili kişileri bilgilendirmeyi amaçlayan bir kampanyadır.

PRIDE - Pakistan: Anne ve çocuğun sağlık bilgisini ve sağlık hizmetine ulaşımını artırmak amacıyla sürdürülmektedir. Yeni doğan bakımı, aşılama ve doğum sonrası bakım ile ilgili yazılı ve sesli mesaj hatırlatma programı sunmaktadır.

Baby Center - Worldwide: Baby Center projesi, anne adaylarına bilgilendirme yapan bir programdır. Proje kapsamında mobil telefonlarda iki tür hizmet sunulmaktadır. Booty Caller, anne adaylarına ovulasyon döngüsü ile ilgili 18 yazılı mesaj serisi sunarken, Baby Center, bebek bekleyen annelere hamilelik konusunda tavsiyeler vermektedir. Baby Center hamile annelerin hamilelikleri hakkında daha fazla bilgilenmelerini sağlayan bir eğitim projesi olması yanında, sıtımadan nasıl korunacaklarını ve hamilelik ile ilgili harcamalarını nasıl yönetecekleri konusunda destek sağlayan bir programa dönüşmüştür.

Dünyada cep telefonları ile kısa mesaj ve sesli mesaj servisi aracılığı ile yapılan mobil sağlık uygulamaları, pilot uygulamalar çerçevesinde daha çok LMIC bölgesinde gerçekleştirilmekte, bu projeler ile daha etkin davranış değişikliği yaratma yolunda minimum düzeyde hata yapabilmek hedeflenmektedir.

1.4.2.3.2.Akıllı Mobil Telefon (Smartphone) Uygulamaları

FDA (2012), mobil uygulamayı belirli bir amaç ve kullanım için telefonla birlikte kullanılan bir çeşit yazılım olarak tanımlamaktadır. Mobil uygulamanın amaçları bilgi sağlamaktan, kullanıcı ile gerçek etkileşime geçmeye kadar çeşitlilik göstermektedir.

Temelde, bütün mobil uygulamaların asıl amacı, bir hizmeti bir masa başı bilgisayardan öte bir cep telefonu üzerinden sunabilmektir.

Günümüzde mobil uygulama pazarı akıllı telefonların yayılması ile büyüye de, mobil uygulamaların kullanımı 1992 yılına kadar dayanmaktadır. Geliştiren bazı erken uygulamalar takvim, listeler ve görev odaklı diğer fonksiyonları içermektedir. Bilginin mobilizasyonunda ki bu artış, kullanıcılarının zamanlarını, paralarını korumalarına ve bütün gün bilgiye erişerek oluşabilecek karmaşıklığı önlemelerine olanak sağlamaktadır⁸¹.

Bu yenilikler, yazılım geliştiricilerinin mobil araçlar için özel programlar tasarlayabilmelerine olanak sağlamaktadır. Başlangıçta farklı uygulama kullanma ihtiyacı çok düşük olan akıllı telefon pazarı 1997 yılında ilk olarak Ericsson GS88 ile başlamıştır.⁸² O zaman oldukça popüler olan Blackberry telefonu, 21.yy'a kadar uygulama konusunda yaygın popülerliğe erişememiştir.⁸³ Mobil uygulamaların asıl gelişimi Apple Inc'in 2007 yılında iPhone'u geliştirmesinden sonra başlamıştır⁸⁴. O yaz Apple iPhone bütün üçüncü partiler tarafından üretilen uygulamaları destekleyebileceğini açıklamıştır⁸⁵. Bu gelişme, gelecekte mobil cihazlarda mobil uygulama kullanacak olan kullanıcıların, çevrimiçi uygulama mağazalarını kullanmalarına imkan vermiştir. Mobil uygulama kullanımındaki artış, mobil cihaz kullanımının artması ve çevrimiçin uygulama mağazalarının gelişmesinin bir sonucu olmuştur. Çevrimiçi uygulama mağazaları 3. parti geliştiriciler için uygun operasyon sistemlerini kullanan mobil araçlarda kullanılabilecek uygulamaların satışına imkân veren bir alan yaratmıştır. Çevrimiçi mağazaların en önemlilerinden biri Apple (iTunes) mağazalarıdır. iPhone'un gelişmesi ile birlikte, uygulama mağazası uygulama geliştiricilerine olanak sağlamıştır.

⁸¹ History, **Stockholm Smartphone**, <http://www.stockholmsmartphone.org/history/> (last visited Feb. 28, 2012).

⁸² History, **a.g.e.**2012

⁸³ **The History of the Blackberry**, BBGEEKS (Apr. 15, 2008), <http://www.bbgeeks.com/blackberry-guides/the-history-of-the-blackberry-88296/>

⁸⁴ iPhone 2G History, **iPhone History**, <http://www.iphonhistory.com/iphone-2g/> (last visited Feb. 28, 2012).

⁸⁵ Press Release, Apple Inc., **iPhone to Support Third-Party Web 2.0 Applications** (Jan. 11, 2007), <http://www.apple.com/pr/library/2007/06/11iphone.html>.

Şu anda Apple mağazalarında yaklaşık olarak 350.000 üzerinde uygulama bulunmaktadır.⁸⁶ Diğer etkili uygulama mağazası ise Android pazarıdır. Bu çevrimiçi mağaza Google operasyon sistemleri üzerinde geliştirilen ve Android adıyla bilinen bir mağazadır. Şu anda yaklaşık 100.000⁸⁷ üzerinde uygulama bulunmaktadır. Son olarak Blackberry uygulama dünyası diğer bir çevrimiçi mağazadır. Bu mağazada ise Eylül 2010 itibari ile 10.000⁸⁸ uygulama bulunmaktadır.

Mobil sağlık uygulama endüstrisini anlamak, bu yeniliklerin doğasını anlamada önem arz etmektedir. Bir yandan mobil sağlık endüstrisi mobil araçlara ya da akıllı telefonlara sahip insanlar için geliştirilirken, diğer yandan mobil uygulamalar sağlık teşhisinde, tedavisinde ve karar verme aşamasında herkese çevrimiçi erişim sağlayabilmektedir. Fogg (2007), akıllı telefonlardaki sağlık uygulamalarının, kişiselleştirilmiş veri sağlama, hatırlatma yapabilme, sosyal etkileşim sağlama gibi özellikleri sayesinde geleceğin ikna teknolojileri olarak şekilleneceğini belirtmektedir. Bireysel kullanıma hitap eden kişiselleştirilmiş bu teknolojiler sayesinde, bireyin sağlık davranışı konusunda destekleyici olabildiği sonuçları gün geçtikçe bu teknolojilerin sağlık alanında daha da belirleyici faktörler olarak kullanılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bugün mobil sağlık uygulamaları iki özel alanda hizmet vermektedir. Bilgi alışverişi sağlamak ve teşhis koymak alanında yaygın kullanıma sahip mobil sağlık uygulamaları bugün hastalanmadan önce sağlıklı kalmak ya da erken teşhisle önlem almak gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır. Öyle ki 2011 Mayıs itibari ile 400.000 aktif mobil sağlık uygulaması kullanıcısı bulunmaktadır⁸⁹. 9.428 uygulama sağlık hizmetleri ve form tutma (fitness) alanında hizmet verirken,

⁸⁶ Christian Zibreg, When Will Android People Pay for Quality?, 9TO5MAC (Mar. 10, 2011, 12:20 PM), <http://www.9to5mac.com/55273/when-will-android-people-pay-forquality/>.

⁸⁷ Edwin Kee, Google Android Hits 100,000 Application Milestone on Android Market, UBERGIZMO (Oct. 25, 2010, 9:41 PM), http://www.ubergizmo.com/15/archives/2010/10/google_android_hits_100000_application_milestone_on_android_market.html.

⁸⁸ Donald Melanson, Blackberry App World Crosses the 10,000 Mark, ENGADGET (Sept. 8, 2010, 10:53 PM), <http://www.engadget.com/2010/09/08/blackberry-app-worldcrosses-the-10-000-app-mark/>.

⁸⁹ Mobile Health Market Report 2011-2016. "The Impact Of Smartphone Applications On The Mobile Health Industry (Vol. 2) .January 2012. http://www.research2guidance.com/shop/index.php/downloadable/download/sample/sample_id/160

6.8484 uygulama tıp alanında hizmet vermektedir⁹⁰. 2015 yılı itibari ile 500 milyon akıllı telefon kullanıcısının mobil sağlık uygulaması kullanacağı öngörülmektedir.

Özellikle hastalanmadan sağlıklı kalma ve sağlık davranışı geliştirme yönünde kullanılan pedometreler, diyet ve egzersiz uygulamaları, kalori hesaplayıcılar vs bugün mobil sağlık uygulamalarında en popüler kullanım alanlarıdır. Ruder Finn Amerika'da mobil sağlık uygulaması kullanan kişiler arasında yaptığı araştırmada bu kategorilerde kullanılan uygulamaların %49'unun sağlıklı yemek yeme uygulamaları, %48'inin form tutma ve egzersiz %48'inin is kalori hesaplaması olduğunu belirtmektedir. Bu sonuçlar demografik olarak analiz edildiğinde kadınların erkeklere oranla daha fazla kalori hesaplama uygulamaları (53% - 40%) ve yemek yeme uygulamaları (53% - 43%) kullandığını göstermektedir. Kullanıcılara hangi uygulamayı kullanmanın daha ilginç olduğu sorulduğunda, yine bu uygulamalara yönelik benzer göstergeler ortaya çıkmıştır. Kadınlar erkeklere nazaran iki kat daha fazla kalori hesaplama uygulaması kullanma eğilimindedir (44% - 25%). Kadınlar aynı zamanda erkeklere karşı daha fazla sağlıklı yeme ve beslenme uygulamalarına ilgi duyduklarını belirtmişlerdir.

Mobiquity (2014), bireylerin 2/3'ünün 6 aydan daha fazladır sağlık ve form tutma uygulamaları kullandıklarını belirtmektedir. Akıllı telefonların her an her yerde olma özelliği; obezite, diyabet ve sigara içme gibi kamu sağlığı problemlerini önlemek için kullanıldığında, mobil uygulamaların iyileştirici gücünün kamu sağlığına olan etkisi vazgeçilmez olmaktadır.

Bugün diyet ve egzersiz uygulamaları en popüler uygulamalardır. Her geçen gün artan hareketsizlik, insanları daha fazla aktif olmaya ve porsiyonlarını daha fazla ölçmeye doğru bir alışkanlığa yönlendirmektedir. İnsanlar bu uygulamaları kullanırken hedeflerini belirleyebildikleri, farkındalık ve motivasyonlarını artırabildikleri için bu uygulamaların faydasına inanmaktadır. Akıllı telefon kullanarak sağlıklarını takip eden bireylerin %73'ü eskiden olduklarından daha sağlıklı olduklarını belirtmişlerdir.

⁹⁰ <http://148apps.biz/>

AhHa! İnsights Mobil Uygulama (2012), iPhone ve Android tabanlı telefonlarda en çok indirilen 5 mobil sağlık uygulamasını incelediklerinde kilo kaybı ve egzersiz uygulamalarının öncelikli olduğunu tespit etmişlerdir. Android ve IOS tabanlı mobil cihazlarda uygulama indirilme kategorilerinde kilo kaybı (weight loss) uygulamaları %39 ile 1. sırayı alırken, egzersiz (exercise) uygulamaları %21 ile 2. sırayı almaktadır.

Türkiye’de akıllı telefon pazarının yeni yeni gelişmesi mobil sağlık uygulama kullanım oranlarının dünyadaki kadar gelişmemiş olduğunu göstermektedir. Starcom Mediavest Group Türkiye’nin hazırladığı Global Web Index⁹¹ verilerine göre ise, Türkiye’de kullanıcıların %15’i spor uygulaması indirirken %9’u sağlık uygulamalarını mobil cihaza indirmektedir. Bu uygulamalar; kişilerin kendilerini izleme, hareket etmeye teşvik etme, kişilerin sağlıklı beslenme ve vücut farkındalığı artırmaya yönelik özellikleri sayesinde, kişileri eğlendirirken hareket etme yeteneği de kazanabilmelerine destek olabilmektedirler. Apple ve Google uygulama mağazalarında yaklaşık 20.000 mobil sağlık uygulaması bulunmakta ve bunun yaklaşık %42’si ücretsiz olarak sunulmaktadır⁹².

Cıtrix yazılım firması (2013) araştırmasına göre, mobil sağlık uygulamalarında fitness kategorisi periyodik olarak kullanıcının verisini ve statüsünü güncel tuttuğundan diğer mobil uygulamalara göre daha yüksek bir network oluşturma eğilimindedir. ByteMobil aboneleri arasında fitness ve kilo kaybı uygulamaları açık ara ile en çok indirilen uygulamalardır ve bunu hamilelik ve mensturasyon döngüsü uygulamaları takip etmektedir. Mobil sağlık uygulamalarını kullanan kişilerin %50’si fitness uygulaması kullanıcısıdır. Cıtrix (2013) networke bağlı aboneler arasında sıralandırılmış en çok kullanılan ilk 10 mobil sağlık uygulamasını yayınlamıştır. Bu uygulamalar ayrıca dünyada mobil sağlık uygulaması kullanıcılarının genel eğilimlerini ve hangi özelliklerine göre uygulamaları kullandıkları konusunda bize bilgi verebilmektedir.

⁹¹ Campaign Türkiye.Kasım 2012.Sayı,11.sf.143

⁹² The Application of Health and Fitness Report. Mobyquity,2014 <http://www.mobiquityinc.com/get-mobile-get-healthy-appification-health-fitness-infographic>

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu "Hastane Randevu Sistemi" mobil uygulaması ile tüm Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve merkezleri (ADSH, ADSM) için vatandaşların, istedikleri hekimden ve belirledikleri uygun olan tarihe randevu almaları sağlanabilmektedir. MHRS Mobil uygulaması yardımı ile kolay ve hızlıca muayene randevusu alınabilmekte ve alınan randevular bu uygulamadan takip edilebilmektedir.

1.5. Sağlık İletişiminde Dijital Temelli Araştırmalar

Sağlık iletişiminin çok disiplinli özelliği nedeniyle, sağlık iletişimi alanında davranış değişikliği amacıyla kullanılan modeller, genel olarak davranış bilimleri içerisinde kullanılan kuram ve modellerdir.

Sağlık iletişiminde kullanılan teorilerin nitelikleri gereği, bazı teoriler bireysel düzeydeki davranış değişimlerini açıklamak üzere geliştirilmişken, diğerleri toplumsal düzeydeki davranış değişimini açıklamak üzere geliştirilmişlerdir.

Bireysel düzeyde yapılan davranış değişikliği çalışmaları; bilgi düzeyi, tutumlar, inançlar ve kişilik özellikleri gibi davranışı etkileyen bireysel özellikleri kapsarken, bireyler arası düzeyde yapılan davranış değişikliği çalışmaları; sosyal kimlik, destek ve rol tanımı sağlayan, aile, arkadaşlar ve akranları da kapsayan kişiler arası süreçler ve birincil grupları kapsamaktadır.⁹³ Mobil sağlık uygulamalarının ölçülmesi ve değerlendirilmesinde kullanılan bazı teoriler halen davranış bilimleri modellerinde kullanılan kuram ve modellerden faydalanırken, bu alanda yeni kuram ve modellerin oluşturulmasına dair tartışmalar geçerliliğini korumaktadır⁹⁴. Çünkü davranış değişikliğini ölçerken kullanılan motivasyon stratejisi, özellikle davranış değişikliğini hedeflemiş bireylerde sağlık kültürlerine ve inançlarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Cep telefonlu ile davranış değişikliği müdahalesinde kullanılan SMS uygulamaları kampanya ile ilgili 14 çalışma incelendiğinde, Fjelodsoe ve diğ.(2009), bu çalışmaların dördünün teorik bazlı olduğu tespit edilmiştir. Bunlar, Sosyal Bilişsel Teori, Kendini Düzenleme Teorisi, Tekrarı Önleme ve bazı Sosyal Psikolojik Teorilerin kombinasyonu örnekleridir.

⁹³ Rimer ve Glanz, (2005), s.11.McKenzie, Neiger, Thackeray, a.g.e., (2009). s.164.

Fjelodsoe ve diğ.(2009), Klinik bakımdaki davranış değişiklikleri teorik bazlı temel sağladığı için önleyici bakım ile karşılaştıklarında klinik bakıma daha fazla önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Riley ve diğerleri (2011), Mobil Sağlık Uygulamaları ile ilgili diğer çalışmalar incelediklerinde; çoğu sigara bırakma ve kilo kaybetme çalışmalarının teorik bazlı olduğunu, ama çoğu tedaviye katılım ve kronik hastalık yönetimi çalışmaların (diyabet,astım ve hipertansiyon vs.) olmadığını belirtmişlerdir. Riley ve diğerleri (2011), 7 adet sigara önleme, 12 adet kilo kaybı, 10 adet tedaviye katılım ve 12 adet kronik hastalık yönetimi mobil sağlık kampanyası arasında daha çok Sağlık İnancı Modeli, Planlanmış Davranış Teorisi, Sosyal Bilişsel Teori, Transteorik ya da Değişimin Evreleri Teorisi, Öz Belirleme Kuramı, Öz Yeterlilik Kuramı ve Rastlantı teorilerinin sıklıkla kullanıldığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmalar göstermektedir ki, davranış değişikliği amaçlı çalışmaların ölçülmesinde daha derin teoriler mobil sağlık uygulamaları ile yapılan çalışmaların değerlendirilmesinde daha faydalı olacaktır ama var olan teoriler halen nitelik ya da süreci yorumlamada eksik kalabilmektedir. Riley ve diğerleri (2011), Bu bakımdan davranış değişikliği kampanyalarında kullanılan mobil telefon entegrasyonu özellikle daha dinamik, uyarlanabilir ve interaktif teoriler geliştirilmesi yönünde itici güç olabilecektir.

Yukarıda belirttiğimiz tüm davranış değişikliği teorilerini incelediğimizde, bu teorilerin ortak bir doğası olduğu tespit edilmiştir. Bireyi sağlıklı bir davranışa motive etmek, ya da zararlı bir davranışını bırakmaya ikna etmek, temelinde kişinin o davranışa yönelik niyeti, tutumları ve inançları ile ilgilidir. Devamında davranışını değiştirmeye ikna olan birey bu davranışını gerçekleştirilmeye başladıktan itibaren davranışın devamlı kılabilmesi için alışkanlık haline getiriyor olması gerekmektedir. Davranış değişikliği çalışmaları negatif davranışları pozitifte çevirmek ya da tam tersi müdahalelerde aynı süreçten geçmektedir.

1.5.1.Davranış Değişikliği

Davranış değişikliğinin doğası gereği, bireyin herhangi bir davranışı gerçekleştirmesi için o davranışa yönelik pozitif tutum geliştirmesi, bu yönde yüksek motivasyona sahip olması gerekmektedir. Davranışın süreklilik kazanması, bireyin o davranışı alışkanlık haline getirmesine olanak kılar.

Tutumlar uzun yıllardır sosyal psikolojinin ana konularından biri olmaktadır. Bunun nedeni hem sosyal algımızı hem de davranışlarımızı etkilemeleridir (Pratkanis, Breckler & Greenwald,1989). **Tutum;** (Smith, 1968) bir bireye atfedilen ve onun psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir. Bu tanıma göre tutum kavramında öne çıkan unsurlar; bir bireye ait olması, herhangi bir psikolojik obje ile ilişkili olması ve sonuçta düzenli bir duygu, düşünce ve davranış geliştirmesidir. Tutumlar öğrenilebilen, davranış üzerinde güçlü etki icra eden mental, durumlara dayanırlar. Tutum gözlenebilen bir davranış değil, davranışa hazırlayıcı bir eğilimdir (Kağıtçıbaşı, 1996). Çünkü bu mental durumların esnek olduğu düşünülür ve bireylerin daha sağlıklı bir davranışa geçebilmesi için içsel işaretler sağlayabilmektedirler. Bu işaretler kişinin ilgili davranışı göstermeye yönelik motivasyonlarını güçlendiren öğeler olabilmektedirler. Bu nedenle genel olarak **Motivasyon;** bireyin eylem yönünü, gücünü ve öncelik sırasını belirleyen iç ve dış bir uyarıcının etkisiyle harekete geçmesi olarak tanımlanır. Buna göre insan davranışının temelinde yatan hareket ettirici güçlerin ne olduğunu gözlemlemek amacıyla kullanılabilir (Çiçek, 2012). Tutumların davranış ile doğrudan ilişkisi vardır. Tutumların davranışa yönelik etkilerini incelemek son dönemlerdeki sosyal psikoloji araştırmalarının ana konusu olmaktadır. Tutumların bilişsel ve duygusal belirtilerinin yanında davranışsal belirtileri de bulunmaktadır. **Davranış,** bireyin yapabileceği veya deneyebileceği her şey olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifade ile, davranış bir organizmada yer alan ve organizma tarafından yapılan her türlü eylemdir. Buna göre ilgili harekete yönelik olumlu tutum sergileniyorsa kişinin o davranışı gerçekleştirme eğilimi o oranda artmaktadır. Belirli bir hedefe yönelik tutum ve davranış geliştirmek ilgili hedefi gerçekleştirmeye ikna olmak ile ilgilidir. **İkna;** İletişim kaynağının bir diğer bireyin (hedefin) değer, inanç, tutum ya da davranışlarını etkilemesiyle gerçekleşen süreçtir (Hybels ve Weaver, 1998, s.458). Fakat davranışa geçmenin

yanında, davranışı sürdürülebilir kılmak, bugünün sosyal psikoloji araştırmalarının en nemli konuş haline gelmektedir. Hedef davranışın sürdürülebilir olması, davranışın devamında onun alışkanlık haline dönüşmesine neden olmaktadır. **Alışkanlık**; belirli bir amacı aynı şartlar altında tekrar ederek başarmaya yönelik özel bir aksiyon alınmasında gelişmektedir böylece amaç ile tetiklenen davranış arasında mental bir bağ yaratır. (Aarts & Dijksterhuis, 2000;) Bir davranış ne kadar tekrar edilirse, o kadar alışkanlık haline dönüşmektedir.(Verplanken & Orbell, 2003) Yani alışkanlıklar, davranışın otomasyona dönüşmesi olarak da tanımlanabilmektedir. (Aarts & Dijksterhuis,2000; Orbell & Verplanken, 2010; Verplanken & Aarts, 1999; Verplanken & Orbell,2003). Araştırmalar, kişiye göre yeni bir davranışın alışkanlığa dönmesinin 18-254 gün aldığını göstermektedir (Lally, Jaarsveld, Potts &Wardle,2009).

Bu çalışmada sağlık uygulamasını indiren (davranışa gečen) ve kullanan kişilerin uygulamayı kullanmaya devam etmeye yönelik tutumları ve motivasyonları anlamaya çalışılmaktadır. Kiřinin uygulamaya yönelik tutumları ile uygulamanın kaptolojik özellikleri ne kadar güçlü ise (uygulamayı kullanmaya ne kadar ikna ediyorsa), sağlık uygulamasını kullanma motivasyonları o kadar güçlenmekte ve davranışı devam ettirmeye yönelik niyetleri de bu oranda güçlenmektedir. Davranışı devam ettirmeye yönelik niyetleri onların davranışı daha fazla pekiştirmeye yönelik tekrarda bulunmaları sağlayacak ve davranış uzun vadede otomatikleşerek alışkanlık haline gelmesini sağlayabilecektir. Dijital teknolojiler ile sağlık davranışı değiştirmeye ya da oluşturmaya yönelik mobil sağlık uygulaması araştırmalarında fark edilmiştir ki; davranışı devam ettirmeye yönelik motivasyonun yüksek olması yanında, uygulamaya duyulan güvende uzun vadede uygulamayı kullanma niyetini güçlendirmektedir.

Bu araştırmada; kişinin davranışı kullanmaya yönelik motive edici değişkenler (davranışı gerçekleştirmeye yönelik tutum, sosyal çevre desteği ve davranışa yönelik kontrol algısı) Ajzen (1991) Planlı Davranış teorisinden ile uygulamanın kendi sağladığı kaptolojik özelliklere değinen değişkenleri Fogg'un (1996) Kaptaloji kuramından hareketle hibrid bir model olarak kullanılmaktadır.

1.5.2. Planlı Davranış Teorisi (Planned Behavior Theory)

Planlı Davranışlar Kuramı (PDK); (Ajzen, 1988,1991) “Mantıksal Eylem Teorisinin” (Fishbein ve Ajzen, 1975) geliştirilmiş biçimidir. Mantıksal Eylem Kuramına göre kişinin tamamen kontrolü altındaki davranışlar açıklanabilir fakat davranışların oluşma şartları ile zaman buna uygun olmayabilir. Böyle durumlarda algılanan davranış kontrolünün gerekliliği ortaya çıkmıştır. Mantıksal Eylem Kuramında görülen bu eksiklik Ajzen (1988, 1991), Ajzen ve Madden (1986) tarafından yeniden düzenlenen PDK'da "Algılanan Davranış Kontrolü" olarak modele yerleştirilmiştir. PDK günümüzde en sık kullanılan sosyal psikoloji kuramıdır ve sosyal psikolojide en iyi sonuç veren, davranışların açıklanmasında ampirik olarak çok geniş alanlarda sınınanan bir kuramdır. Planlı davranışlar kuramı insanların gerekli bilgileri toplayarak, davranış için açık ya da kapalı çıkarımlarda bulunarak, genellikle akla uygun davranışlarda bulunduğu önermesine dayanmaktadır. Bu önermeye dayanarak, davranışı gösterme ya da göstermeme niyetinin davranışın en önemli belirleyicisi olduğu ileri sürülmektedir.

Bu çalışma çerçevesinde özgün modeli oluşturmak için, sağlık uygulamasını indirme davranışında bulunan kişilerin uygulamayı kullanmaya yönelik motivasyonlarını anlamak amacıyla (Ajzen, 1991) Planlı Davranış Kuramından faydalanılmaktadır. PDK'ya göre gerçekleştirilmek istenen davranışların sonuçları hakkında önceden düşünülmekte ve seçilen sonuca ulaşmak için karar alınmakta ve bu kararlar uygulanmaktadır. Sağlık uygulamasını; ulaşmak istediği sağlık davranışını kazanmak amacıyla akıllı telefonuna indiren bireylerin, bu uygulamayı kullanmaya motive eden değişkenler PDK'nın niyeti etkileyen faktörleri çerçevesinde değerlendirilecektir. Bu değişkenler davranışa geçtikten sonra sağlık uygulamasını kullanma motivasyonunu ne kadar etkilediğini anlamak amacıyla kullanılmaktadır.

PDK'ya göre, davranışın belirleyicisi, bireylerin belli tarzdaki eylemlere ilişkin niyetidir. Yani bir konuda niyeti olmayan birinin davranış değişikliği yaratması ve onu sürdürmesi beklenemez. (Ajzen, 1985) PDK niyetin kavramsal olarak 3 öncülünden bahseder. 1) Davranışa ilişkin tutumlar (davranışın iyi ya da kötü değerlendirilmesi), 2) öznel norm (davranışı yapmak ya da yapmamak ile ilgili

algılanan sosyal baskı), 3) Algılanan Davranışsal Kontrol (söz konusu olan davranışı yapmasının, ne derece kendi kontrolünde olduğu inancıdır). Bir davranışı yapmaya yönelik tutum ne kadar olumluysa, sosyal baskı ve davranışlar üzerinde algılanan kontrol ne kadar yüksekse, o davranışı yapma niyeti o kadar güçlü olacaktır. (Ajzen 1991)

Araştırma sorumuz çerçevesinde mobil sağlık uygulamasını kullanma açısından ele aldığımızda, eğer kişi Adımsayar uygulamasını kullandığında sağlığı için olumlu bir şey yaptığını düşünüyorsa (olumlu tutum), sosyal çevresinden bu uygulamayı kullanmaya yönelik destek hissediyorsa (güçlü öznel norm), uygulamayı kullanımı konusunda bağımsız karar vermişse ve uygulama teknolojisinin kolay olduğuna yönelik algısı var ise (yüksek algılanan davranışsal kontrol) bu uygulamayı kullanmaya yönelik motivasyonu daha da güçlenecektir. İnsanlar herhangi bir davranışla ilgili olarak çok fazla sayıda inanca sahip olabilirler ancak herhangi bir zamanda diğerlerine göre bu inançların çok azını dikkate alırlar. Bu dikkat çeken inançların kişilerin motivasyonlarının ve davranışlarının belirleyicisi olduğu düşünülür. Bu dikkat çeken inançlar, davranışın sonuçları ile ilgili davranışsal inanç, öznel normların temelinde yatan belirleyicileri oluşturan normatif inanç ve davranışsal kontrol algısının temellerini sağlayan kontrol inancıdır. (Ajzen,1991). Sağlık uygulamasını indiren ve uygulamayı kullanmaya motive eden faktörlerden adımsayarın sağlığına iyi geleceğine yönelik davranışsal inancı, sosyal çevresinin bu davranışı destekleyeceğine dair normatif inancı ve uygulamayı kullanmaya yönelik uygulamanın kolay/zor olduğu kontrol inancı tutumları pozitif/negatif yönde etkileyen inançlardır.

1.5.3. Kaptoloji (Captology)

Captology (Computers As Persuasive Technology) (Fogg;1998), kelimelerinin kısaltılmasından oluşan ve bilgisayarlar ile ikna üzerine çalışan bir alandır. Basitçe; ikna edici teknoloji kişinin tutum ve davranışlarını değiştiren interaktif bir teknolojidir. Bu çalışmada sağlık uygulamasını kullanmaya devam etme motivasyonu uygulamanın kendi sunduğu özelliklerden etkilenmektedir. Burada en önemli nokta, doğru ikna tutum ya da davranışı değiştirmeye iten bir niyeti vurgulamadır yani ikna

için bir (niyet) amaç olmalıdır. Bu nedenle her tutum ve davranış değişikliği ikna' nın bir sonucu değildir. Makineler tek başına davranış değişikliği yaratmada herhangi bir amaca sahip değildirler. Bir bilgisayar uygulaması sadece iyi dizayn edilip, hizmet sunup, teknolojiyi insan tutum ve davranışını değiştirmeye yönelik motive ettiğinde ikna edici bir teknoloji olarak değerlidir. Daha açık olmak gerekirse, bir bilgisayarın ikna edici doğası, kendi kendine bir amaca yönelik değildir, onun yerine bir bilgisayarın ikna edici olarak sınıflandırılması; onun iyi tasarlanmış, iletişime olanak sağlayan ve bireyi bu sürece uyumlu hale getiren özelliklerine bağlıdır. İkna edici iletişim teknolojileri bireylerin daha sağlıklı bir davranışa geçebilmelerinde destekleyici olabilmektedir. İkna edici bir sağlık iletişimi için iletişim her iki taraflı etkileşimli ve cevap olarak bağımsız olmalıdır. İletişim ikna eden ve ikna olan arasında etkileşim sağladığında etkili olabilmektedir. Akademik alanda yapılan çalışmalar göstermektedir ki çoğu var olan bilgisayar sistemleri tutum ve davranış değişikliği gerçekleştirmeyi birkaç kategoride gerçekleştirmişlerdir. Bunlar sağlık, akıl sağlığı ve eğitimidir(Fogg,2009). Fogg, (2006),ikna edici teknolojiler içerisinde sağlığı merkezi bir alanda göstermek istemektedir. Etik, özellikle ikna edici teknolojilerde tartışılan önemli bir konudur özellikle sağlık odaklı uygulamalarda etiği nereden görüldüğü büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada verilen bütün uygulama örnekleri, teknolojilerin genellikle hedeflenen iyiye teşvik ettiğini vurgulamaktadır. Eğitim, kaptalojinin doğru algılanması açısından önemlidir. Bilgisayar teknolojileri konusunda artan bilgi, insanların bu teknolojileri sağlıklarını güçlendirmek ve teşvik etmek amacıyla sadece bir araç olarak kullanmalarına izin verecektir. Öte yandan ikna teknolojileri konusunda artan bilgi, insanların kendilerini ikna eden taktikleri tanımalarına ve kendi motive alanları konusunda farkındalık geliştirmelerini sağlamaktadır. Kaptaloji, sağlık iletişimi sürecinde davranış değişikliği oluşması için doğrudan bilgisayar teknolojileri ile ikna etmemektedir (manipüle etmez), sadece hastaların ya da sağlığını sürdürmek isteyen bireylerin yeni bir davranışı kazanırken kendilerini ikna etmeleri için uyarılar sağlamaktadır.

İnteraktif bilgisayarlar kişileri ilgili davranışa motive ederken 3 fonksiyonel şekilde kullanılmaktadır. (1) Araç olarak kullanılan ikna teknolojileri; bir bilgisayar uygulamasının ya da sisteminin kişilerin daha önce yapmadığı ya da yaptığı şeyleri daha kolaylıkla yapabilmesi için yeni yetenek ve güç kazandırmasına destek

olmaktadır. (2) Aracı olarak kullanılan ikna teknolojileri; sembolik içerik (mesaj, ikon, veri grafikleri), yada sensor içeriği (sanal dünya, gerçek zamanlı video, simülasyonlar) sağlayabilmektedirler. (3) sosyal aktör olarak ikna teknolojileri; animasyon karakterler yaratıp belirli rollere bürünerek sosyal davranışları uyarlamaya teşvik edebilmektedirler.

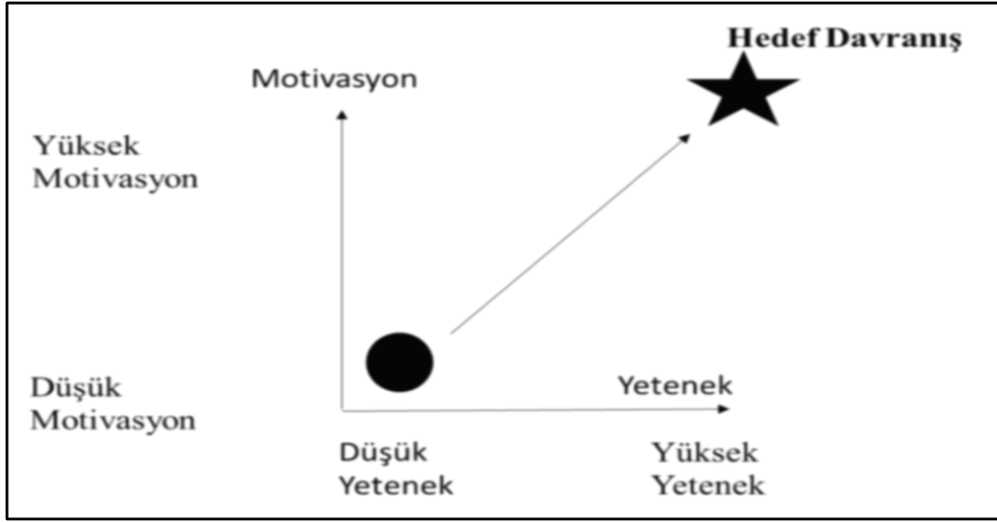
Tablo 2. İkna edici bilgisayarların amaçlarına göre kullanım fonksiyonları

Fonksiyon	Amaç	Sunduğu Olanaklar
Araç olarak	Kapasiteyi artırır	<ul style="list-style-type: none"> Engelleri azaltır(zaman, çaba ve maliyet) Kişisel yetkinliği artırır Daha iyi karar alabilmek için enformasyon sağlar Zihinsel modelleri değiştirir
Araç olarak	Deneyi sağlar	<ul style="list-style-type: none"> İlk elden öğrenme, iç görü, gözünde canlandırma ve çözüm sağlar. Neden-sonuç ilişkisini anlamaya teşvik eder Deneyim ve duygu boyunca motive eder
Sosyal aktör olarak	İlişki yaratır	<ul style="list-style-type: none"> Sosyal normları belirler Sosyal kurallara ve dinamiklere başvurur Sosyal destek ve onay sağlar

Kaynak: Fogg (1998)

Fogg'a göre Kaptoloji, davranışa 3 şekilde etki eder. Motivasyon, Teknolojiyi kullanma yeteneği ve Tetikleyiciler. Fogg Davranış Modeline (FDM) göre bir insanın hedef davranışı gerçekleştirmek ve davranışı alışkanlık haline getirebilmesi için yeterli derecede motive olması, davranışı sergileyebilecek yetenekte olması, davranışı gerçekleştirebilecek kadar tetikleniyor olması gerekmektedir. Bu faktörlerin üçü eş zamanlı olmazsa davranış gerçekleşmeyecektir. İkna edici teknolojiler temelde, öğrenmek ve davranış değişikliğini otomasyona bağlanmak (alışkanlık haline gelmesi) ile ilgilidir. Bunu yapabilmek için insan psikolojisinin davranış değişikliğine iten faktörlerini anlamak gerekmektedir.

Şekil 2. Fogg Davranış Modeli (FDM)



Kaynak: Fogg (2009)

Fogg (2009), Motivasyon ve Yetenek burada gezegendir. En üstteki yıldız hedef davranıştır. Bu şekilde, yüksek motivasyon ve yüksek yetenek davranışın gerçekleşmesi için gereklidir. Fogg, eğer motivasyon yüksek ise, yetiler düşük olsa bile insanların davranış gerçekleştirebileceklerini belirtir. Yani sağlıklı olmak konusunda bireyin motivasyonları yüksek ise uygulamayı kullanma yetileri yeterli olmasa da davranışı gerçekleştirebilirler. Ya da tam tersi davranışı gerçekleştirmeye yönelik yetileri yüksek ama motivasyonları düşük ise de davranışı gerçekleştirebilirler. Yani mobil uygulamalara aşına olan birinin sağlıklı ilgili motivasyonu düşük olsa bile sağlık uygulamasını indirebilir. Ayrıca motivasyon düşük ise tetikleyiciler sadece dikkat dağıtır. Bu yüzden bu çalışmada, sağlık uygulamasını kullanma motivasyonlarını güçlendirecek olan kişisel normlar, davranışa yönelik tutum ve algılanan davranışsal kolaylık değişkenleri, PDK'dan alınarak motivasyonları güçlendirecek değişkenler olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışmada İkna edici teknolojilerin araç olarak kullanılan kaptalojik değişkenleri; bireyin sağlık uygulamasını kullanmaya yönelik motivasyonları güçlendirmek (motivasyonun kapasitesini artırmak) amacıyla kullanılmaktadır. Bir uygulamanın ikna edici bir teknoloji olarak çalışması ve yukarıda belirttiğimiz gibi bireyi o uygulamayı kullanmaya ikna etmesi, bu stratejiler çerçevesinde çalışabilmektedir. Fogg'a göre ikna edici teknolojiler araç olarak kullanıldığında, aşağıda belirlenen 7

özellik çerçevesinde kullanıcının uygulamayı kullanmaya ikna olmasına yardımcı olmaktadır(Fogg,2002).

- 1. Basitleştirme:** Bu özellik, kullanıcının hedef davranışı gerçekleştirmesi için gerçekleştirdiği aktiviteyi basitleştirir (performansını azaltır.) Örneğin, Adımsayar uygulaması otomatik olarak kullanıcının adımlarını, onun yerine otomatik olarak sayar. Gerçekte kaç adım attığını ve hedefine yönelik adımına ne kadar ulaştığını hesaplayarak, bu bilgiyi tek uygulama içerisinde verir.
- 2. Sıralama:** Bu özellik, kullanıcının ulaşmak istediği hedefe, daha küçük süreçlerle geçmesine ve böylece toplamda nihai hedefine ulaşmasını sağlar. Adımsayar uygulaması bireyin vücut kitle endeksine göre hedef adımlar koymasına yardımcı olur ve belirlenen hedef doğrultusunda kullanıcıya haftalık ve aylık adım planlarını koyar.
- 3. Kişiselleştirme:** Bu özellik, kullanıcıya gerçekleştirdiği eylem doğrultusunda geribildirim sağlar. Adımsayar hedeflenmiş adım sayısına bağlı olarak, kullanıcı için özel mail adresine, kişiselleştirilmiş haftalık ve aylık raporlar göndermektedir.
- 4. Öneride Bulunma:** Bu özellik; kullanıcıya doğru zamanda ve doğru koşullarda öneri verir. Örneğin; Günlük adım hedefi 10.000 olan bir kullanıcı, gün içerisinde hedefine ne kadar yaklaşırsa, hedefine daha da yaklaşmak amacıyla motive edici mesajlar alır. Adımsayar kullanıcıya adım attıkça sağlıklı yaşam ve beslenme konusunda önerilerde bulunur.
- 5. Kişisel İzleme:** Bu özellik, kullanıcılara önceden hesaplanan eylemlerini izlemelerini sağlayarak, kendilerini kişisel olarak izleme imkânı verir. Adımsayar uygulaması, kullanıcılarına haftalık ve aylık toplamda kaç adım attıklarını görebilmelerini sağlayan, haftalık ve aylık raporlar göndermektedir.
- 6. Gözetim:** Bu özellik, kullanıcının hedef davranışını artırması için kendisini başka kullanıcılar ile kıyaslama imkânı verir, bir nevi rekabete sokmaktadır. Özellikle sosyal medya entegrasyonu olan uygulamalarda bu özellik iyi çalışmaktadır. Adımsayar uygulaması ise, kullanıcının kendi performansını diğer kullanıcıların performanslarla karşılaştırabilecek genel istatistik veriler sunar.

- 7. Konumlandırma:** Bu özellik, kullanıcıların hedef davranışlarını artırmak için kullanıcıyı güçlendirmeyi hedefler. Adımsayar kullanıcıyı, sık sık adım atması konusunda cesaretlendirir. Bunun için her adım attığında ve günlük hedefine yaklaştığında, uygulama içerisinde gönderdiği resimli ve yazılı ikonlarla motivasyon sağlar. Bu süreç iyi çalıştıkça, kullanıcının uygulamayı sağlığı geliştirici bir uygulama olarak konumlandırma potansiyeli artmaktadır.

Kaptoloji; nispeten daha yeni bir alan olduğu için bilgisayar ve ikna ile ilgili bir sürü soru cevapsız kalmaktadır. Fogg, bu alanın daha net anlaşılması ve ileride ki çalışmalara ışık tutması amacıyla kaptolojinin geleceğe ışık tutacak 7 amacından bahsetmektedir.

- 1. Kaptoloji, davranış değiştiren ikna edici teknolojiler üzerine odaklanmaktadır.**

Davranış değişikliği 3 sebepten dolayı tutum değişikliğinden daha zor bir süreçtir.(1) davranış değişikliğinin, tutum değişikliği kazanmaktan daha zor olduğu düşünülür. (2) Davranış değişikliği gerçek dünya çıktıları ile ilgilenen insanlarda daha iyi çalışmaktadır. (3) Kişisel raporlara bağlı kalmadan da davranış değişikliği ölçülebilir.

- 2. Kaptoloji, diğer alanlarda benimsenen ve kullanılan teorilerin en kabul edilmiş yöntemlerini kullanmaktadır.**

Kaptoloji, yeni alanlar ve teoriler geliştirme potansiyeline sahip olsa da, bilgisayarları ikna teknolojileri olarak çalışan uygulamacılar, yeni teorilerin kaptolojiye nasıl uyarlanabileceği konusunda araştırmalar yapmaktadırlar. Örneğin Aristo, iknanın sanatını yazarken aklında bilgisayarlar yoktu ama, retoriğin bir çok alanı bir şekilde kaptoloji temelleri ile benzeşmektedir. Psikolojinin bilişsel ve sosyal alanı iknanın farklı tiplerini değerlendiren bir geleneğe ve etkiye sahiptir. Psikolojiden kaptolojiye devredilen metot ve teoriler, bu alanı zenginleştirmektedir Bunun yanında iletişim ortamı, medyanın ve diğer mesaj kaynaklarının etkilerini değerlendiren bir geçmişe sahiptir. Özellikle kamu bilgilendirme kampanyalarında kullanılan teoriler ve uygulamalar ikna edici teknolojilere ilham kaynağı olmaktadır.

3. Kaptoloji; uzmanlaşmış, yaygınlaşmış ve hayatın içine girmiş interaktif teknolojilerin tasarımının, nasıl olması hakkında bilgi vermekte ve onları değerlendirmektedir.

Geleceğin teknolojileri masa üstündeki bilgisayarlarda kalmayacak, daha uzmanlaşmış, yaygınlaşmış ve hayatın içine girmiş olacaklardır. Eğer bu süreç bu şekilde gelişirse, ikna edici bilgisayarlar sadece masa başında değil, hayatın her aşamasında her yerde olacaktır.

4. Kaptoloji, özellikle içsel olarak ikna edici teknolojilere odaklanmaktadır.

3 tip ikna edici teknoloji bulunmaktadır. İçsel olarak ikna eden (bu teknolojiler zihinde hedeflenen davranışa yönelik tasarlanan) teknolojilerdir, dışsal olarak ikna eden (bu teknolojiler dışardan birinin desteği ya da önerisiyle kullanılan) teknolojilerdir ve otomatik olarak ikna eden (bu teknolojiler kişinin kendi benimseyerek ve tercih ederek kullandığı) teknolojilerdir.

5. Kaptoloji, diğer medya teorilerinden faydalanmaktadır, ayrıca bilgisayarların ikna gücü ile diğer medya araçlarının ikna gücü arasındaki farklılığa açıklık getirmektedir.

Her ne kadar kaptoloji, diğer medya araçlarının ölçümünde kullanılan ikna teorilerinden beslense de, bugün bilgisayar teknolojilerinin ikna gücü ile diğer medya araçlarının ikna gücü karşılaştırmaları arasında ciddi ayrımlar oluşmaktadır. Örneğin bir araştırmacı, açıkça X bir bilgisayar programının Y bir video programından ya da Z bir broşürden daha ikna edici olduğunu belirtiyorsa, bu sonuçlar genelde olarak bilgisayarların videoların ya da broşürlerin kapsayamaz, sadece X,Y ve Z önermelerini kapsar. Burada en büyük sorun çapraz medya içerisinde birçok değişkenlerin olmasıdır ve sonuç olarak bu tip bir araştırmadan faydalı bir teori oluşmaz. Dolayısıyla bu durumdan sakınmak için araştırmacılar, bilgisayar teknolojisinin ikna edici etkilerini kendisi gibi başka bir bilgisayar teknolojisi ile karşılaştırmalıdır.

6. Kaptoloji şimdilerde ne olduğuna ve geçmişte ne olabileceğine odaklanmaktadır.

Kaptoloji, var olan ikna teknolojileri ile potansiyel ikna teknolojileri üzerine odaklanmaktadır. Bu teknolojilerin sayısı hali hazırda fazla olduğundan, bu teknolojilerin göstergeleri, kullanımları ve etkileri üzerine yönelik yapılan araştırmalar alana önemli i görümler kazandırabilir.

7. Kaptoloji, zihindeki etik sorunlar ve sonuçlar üzerine odaklanmaktadır.

İkna edici teknolojiler olarak bilgisayar çalışmaları, önemli etik sorular ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu alanda çalışan insanlar, bir şekilde niyetli ya da art niyetli olarak değerlerden ve etiklerden taviz verebilirler. Bu sebeple, ikna edici teknolojileri çalışanlar, bu alandaki etik sorunlara karşı sesli bir anlayışa ve şeffaf bir duruşa sahip olmak zorundadırlar.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ İLETİŞİMİNDE YENİ BİR ALAN ARAŞTIRMASI: MOBİL SAĞLIK UYGULAMA ÖRNEĞİ “ADIMSAYAR”

Mobil sağlık uygulama literatüründe sağlık davranışı değiştirmeye yönelik (sigara bırakma, tansiyon takip, diyabet takip, hareket kazanma ve kondisyon artırma vs.) uygulamalar çeşitli davranış teorilerine göre ölçülse de, (Sosyal Davranış Teorisi, Planlı Davranış Teorisi, Teknoloji Kabul Modeli vs) mobil teknolojiler ile ilgili sağlık davranışı ölçmeye yönelik literatürdeki çalışmalar halen az sayıdadır. Özellikle uygulamanın devamlı kullanılması ve beraberinde davranışın sürdürülebilir olması ile ilgili çalışmalar halen ölçülmeye devam etmektedir. Belirli bir sağlık davranışı kazanmak arzusu ile uygulamaları telefonlara indiren kişiler, uygulamanın sunduğu teknolojik özellikler tarafından motive olmuyorlarsa, ya da uygulamayı kullanmaya yönelik tutumları, sosyal çevre onayları, ya da uygulamayı kullanmaya yönelik kişisel becerileri düşük ise, uygulamayı kullanmayı bırakabilmekte ya da uygulamayı silebilmektedirler. Uygulamayı devamlı kullanmayan birey, bu uygulamanın davranış değişikliğini desteklemeye yönelik etkisini uzun vadede görememektedir. Çünkü gerçek bir davranış değişikliğinden bahsedebilmek için, davranışın pekiştirilmesi ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Kullanıcının uygulamayı kullanmaya yönelik içsel ve dışsal motivasyonları ne kadar güçlüyse, kişinin uygulamayı devamlı kullanma niyeti artacaktır. Bu nedenle bu araştırmada, **“IOS⁹⁵ ve Android⁹⁶ tabanlı akıllı telefonlarda sağlığını geliştirmek amacıyla sağlık uygulamalarını indiren kullanıcıların, uygulamayı devamlı kullanmaya yönelik motivasyonunu etkileyen faktörler nelerdir?”** sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bu sayede sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesine yönelik uygulamaların, bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) sayesinde bugün nasıl kullanıldığını ve beraberinde sunduğu fırsatların sağlık iletişimi programlarına ne gibi yeni açılımlar kazandırabileceği mercek altına alınacaktır. Bu bölümde araştırmanın kapsamı ve sonuçlarının değerlendirilmesinden bahsedilmektedir.

⁹⁵ iOS (eski adıyla iPhone OS) Apple'ın orijinal olarak iPhone için geliştirdiği ancak daha sonra iPod Touch ve iPad'de de kullanılan mobil işletim sistemidir. Mac OS X'den türetilmiştir.

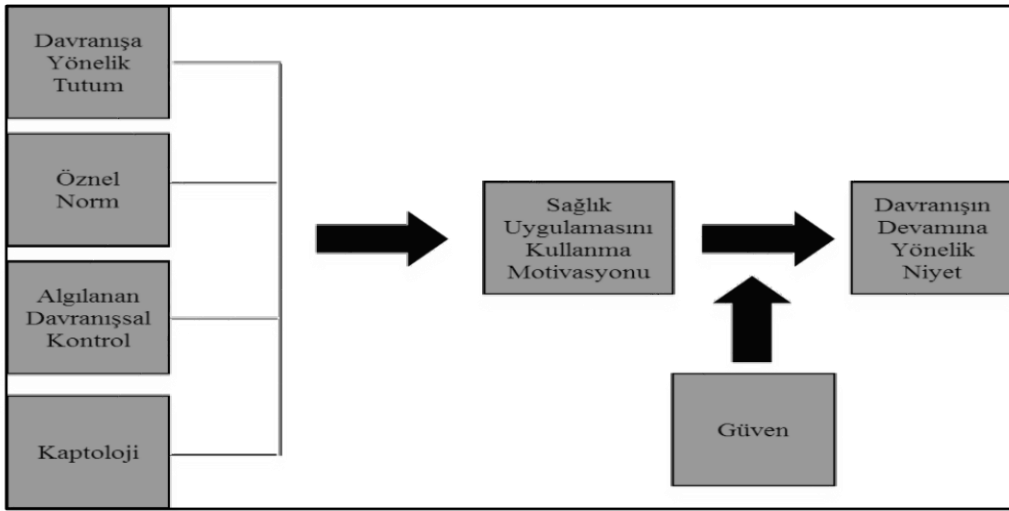
⁹⁶ Android, Google ve Open Handset Alliance tarafından kodlanmış Linux İşletim Sistemi tabanlı bir mobil cihaz (PDA ve cep telefonları) için geliştirilmiş açık kaynak kodlu bir işletim sistemidir. <http://android.nedir.com/#ixzz2NsvqdTsJ>

2.1. ARAŞTIRMA KAPSAMI

2.1.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmada bu araştırma sorusunu cevaplayabilmek için Azjen (1991) Planlı Davranış Teorisi (TBP) ve Fogg (1996) İkna edici Teknoloji olarak Bilgisayarlar Teorisinden (Captology) hareketle hibrid bir model geliştirilmiştir.

Şekil 3. Planlı Davranış Kuramı ve Kaptoloji Hibrid Model



2.1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Yukarıda oluşturulan modelden hareketle 6 adet hipotez kurulmuştur.

H1: Bireyin mobil sağlık uygulamalarının sağlıklı yaşamı destekleyeceğine yönelik inancı, kişinin o uygulamayı (uygulamayı) kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

H2: Bireyin mobil sağlık uygulamalarını kullanmasının sosyal çevre tarafından kabul görmesi (öznel norm), kişinin o uygulamayı kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

H3: Bireyin mobil sağlık uygulamalarını kolay olarak algılaması (algılanan davranışsal kontrol) kişinin o uygulamayı kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

H4: Bireyin mobil sağlık uygulamalarının sunduğu kolaylaştırma, sıralama, bilgilendirme, kendini izleme, gözetleme ve konumlandırma gibi özellikleri, kişinin o uygulamayı kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

H5: Bireyin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunun artması; kişinin o uygulamayı kullanma davranışını devam ettirmeye yönelik niyetini etkiler.

H6: Bireyin mobil sağlık uygulamalarına duyduğu güven, bireyin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaya yönelik motivasyonunun, o uygulamayı kullanmaya devam etmeye yönelik niyeti üzerindeki etkisini güçlendirir.

2.1.4. Araştırmada Kullanılan Uygulama Özellikleri

Türkiye’de yapılan Apple ve Google uygulama mağazalarında bulunan Türkçe uygulamalar incelenmiş ve geliştiricilerine birebir mail atılmıştır. Kimi üreticiler ile birebir görülmüş fakat uygulama kullanıcılarına ulaşamadığı için araştırma çerçevesinde sadece literatür kısmında bilgi amaçlı olarak yer almıştır. Araştırmaya konu olan ADIMSAYAR⁹⁷ adlı uygulama saha araştırması sürecinde belirlenmiş, %100 Türkçe olması, çoğunluğu Türk kullanıcı olması ve kullanıcılarla iletişim kurulabilmesi hedeflerine uygun olarak seçilmiştir. Adımsayar uygulaması, kişinin gündelik hayatında hareket etmeyi ve yürümeyi alışkanlık haline getirmesini amaçlayan, gün boyunca attıkları adım sayısını ölçerek bu veriyi kişiye özel mesajlarla gönderen, Facebook ve Twitter gibi sosyal ağlardan paylaşan ve kullanıcıları daha sağlıklı yaşama teşvik eden bir uygulamadır. Adımsayar ile kişi günlük hareketliliğini ölçebilmekte ve gönderilen diyet ve beslenme mesajları ile diyet programını düzenleyebilmektedir. Bunun için mobil telefonu cebinde ya da çantasında taşınması yeterli olmaktadır.

Adımsayar uygulaması; ilk kez Kasım 2011 tarihinde web sitesi ile hayata geçmiş, 2012 Mart ayında hem IOS uygulaması oluşturularak iPhone ve iPad gibi mobil cihazlarda kullanıma sunulmuş, hem de Facebook sayfası ile sosyal ağ

⁹⁷ Uygulama, 21 Aralık 2011 tarihinde yeni nesil mobil teknoloji alanında lider olan Qualcomm firmasının Türkiye’de mobil ekosistemini desteklemek amacıyla ilk kez düzenlediği Mobil İş Fikri yarışmasının Mobil Sağlık alanında ikincilik kazanmıştır. Uygulama, yazılımcı Onur Özkol tarafından tasarlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

2.2.1. Araştırmanın Ölçekleri

Araştırmada, mobil sağlık uygulamalarının indirildikten sonra kullanımının devamına yönelik niyeti sorgulamak amacıyla Ajzen (1991)'in Planlı Davranış Teorisi (Planned Behaviour Theory) ve BJ Fogg'un (1996) Kaptoloji (Captology-Computers As Persuasive Technologies) teorilerinin sentezinden oluşan hibrid bir model kullanılmaktadır.

Tek bölümle yapılandırılan anket formu toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Ancak ana soruların altında sıralanan alt soru sayıları ile ankette toplam 33 soru mevcuttur. Söz konusu ölçüm amacıyla kullanılan ifadelerin tümü, daha önceki çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçekler kapsamında oluşturulmuştur. Sorular 5'li likert ve çoktan seçmeli sorular ile boşluk dolduran bir soru olmak üzere toplam üç soru tipinden oluşmaktadır.

Birinci bölümde, kullanıcıların mobil sağlık uygulaması kullanımı (davranış) soru ölçekleri (2) Francis (2004) ve diğ. tarafından geliştirilen çalışmadan alınmıştır;

'Adımsayar uygulamasını ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?'

'Adımsayar uygulamasını ne kadar sıklıkta kullanıyorsunuz?'

İkinci bölümde, kullanıcıların mobil sağlık uygulaması 'kullanma motivasyonu' soru ölçekleri (2) bu çalışma doğrultusunda geliştirilmiştir;

'Adımsayar'ı kullanmaya sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için başladım',

'Adımsayar'ı sağlıklı bir yaşama başlamak amacıyla kullanıyorum',

'Kişisel tutum' soru ölçekleri (2),

'Adımsayar'ı kullandığımda, sağlığım için olumlu bir şey yapmış oluyorum',

'Sağlığım için olumlu bir şey yapabilmek benim için...',

...ve 'özel norm' soru ölçekleri (2), Francis (2004) ve diğ. tarafından geliştirilen çalışmadan;

'Değer verdiğim insanların, Adımsayar'ı kullanmamı destekleyeceğini düşünüyorum',

'Değer verdiğim insanların, Adımsayar'ı kullanmamı onaylaması benim için...'

‘Algılanan davranışsal kontrol’ (3) soruları Pvalou ve Fygenson (2006) çalışmasından,

‘Adımsayar’ı kullanmamda sosyal çevremın etkisi var’,

‘Adımsayar’ın kullanımı kolay’,

‘Adımsayar’ı kullanmaya kendim karar verdim’,

‘Güven’ (3) soru ölçekleri Ajzen, I. (2013) tarafından geliştirilen çalışmadan alınmıştır.

‘Adımsayar’ın sağladığı verilerin doğru ve güvenilir olduğuna inanıyorum’,

‘Adımsayar’ın bana ait verileri iznim olmadan paylaşmadığına inanıyorum’,

‘Adımsayar’ı geliştirenlerin, geri bildirimlerimi dikkate aldığına inanıyorum’,

‘Kaptaloji’ (9) soruları için herhangi bir ölçek kullanılmamış, araştırma soru ölçekleri BJ Fogg(2008), Fogg (1998), Zhuang (2013), Fogg (2009) kaynaklarından yararlanılarak ilk kez bu çalışma kapsamında oluşturulmuştur.

‘Adımlarımın otomatik olarak sayılması, hareket etmemi kolaylaştırıyor’,

‘Adımsayar’ın yürüyüş performansımı gösteren raporlar göndermesi, performansımı daha yakından izlememi sağlıyor’,

‘Adımsayar’ın diğer kullanıcılara yönelik yayınladığı genel istatistikler, davranışımı daha iyi anlamama destek oluyor’,

‘Adımsayar’ın hedef kiloma ilişkin gönderdiği raporlar, davranışımı daha yakından takip etmemi sağlıyor’,

‘Adımsayar’ın sosyal medya aracılığıyla gönderdiği yazılı mesajlar, sağlıklı yaşam konusunda bilgilenmemi sağlıyor’,

‘Adımsayar’ı çalıştırmam için mesaj ile hatırlatma yapılması, davranışımı gerçekleştirmeme destek oluyor’,

‘Adımsayar’ın hedefime yaklaştıkça gülen adam resmi göndermesi, davranışımı gerçekleştirmemde motive edici oluyor’,

‘Adımsayar, daha aktif bir hayata geçmeme destek oluyor’,

‘Adımsayar, sağlık davranışımı geliştirmeme destek olan bir uygulama’.

Davranışın Devamına Yönelik Niyet (1) soru ölçeği,

‘Önümüzdeki günlerde de Adımsayar’ı kullanmaya devam etmeyi düşünüyorum’

için herhangi bir çalışmadan yararlanılmamış, bu çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Bu kısımdaki tüm ölçekler beşli Likert ölçeği kapsamında

cevaplayıcılara sunulmuştur; (1 = kesinlikle katılmıyorum, 5 = tamamen katılıyorum) ve (1 = kesinlikle önemli değildir, 5 = kesinlikle önemlidir)

Üçüncü bölümde ise demografik özelliklere ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, hane geliri, çalışma durumu gibi sorular yer almaktadır.

Araştırma, Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İngiltere, Çin, Fransa, Azerbaycan, Rusya Federasyonu gibi ülkelerden uygulamayı indiren toplam 77.000 kullanıcıyı kapsamaktadır. Bu araştırmada elde edilen veriler, anket sonucu elde edilen veriler ile sınırlıdır. Araştırma örneklemini, sadece uygulamayı indiren ve kullandıkları süre boyunca haftalık raporlar alan ve anketi gönderdiğimiz süre içerisinde anketi tıklayıp cevaplayan kişilerden oluşmaktadır.

2.2.2.Verilerin Toplanma Süreci

Araştırma, 24 Haziran 2013 ve 29 Temmuz 2013 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Bu 6 haftalık sürede araştırma anketi haftalık raporlar, Web sitesi ve Facebook sayfasından kullanıcılarına anons edilmiştir. Araştırmaya başlamadan bir ay önce Web sitesinde yayınlanan istatistikî bilgiler (VKİ, kişi sayısı grafiği, kişi sayısı, yaş dağılımı grafiği, haftalık toplam adımlar) güncellenmiştir. Anket özellikle o zamana kadar haftalık raporlarda gönderilen 28 konu başlığından en çok tıklanmış olan 4 konu başlığının yanında anketi anons etmeye yönelik 2 özel hazırlanmış haftalık rapor ile gönderilmiştir. Bunlar; (1) Hayat kalitesini artıran besinler, (2) Adımsayar Kullanıcı Araştırması, (3) Sosyal Medyadayız, (4) Küçük değişikliklerle büyük farklar yaratın, (Günlük hareketliliğinizi artıracak 20 ipucu), (5) Diyetten en sık yapılan 10 hata, (6) Ramazanda formunuzu koruyacak ipuçları olan toplam 6 haftada gönderilen 6 adet mesajdır.

Tablo 3. Örneklem

Cinsiyet	n	%	Medeni Durum	n	%
Kadın	131	51%	Evli	131	51%
Erkek	107	42%	Bekar	113	44%
Cevap Verilmemiş	17	7%	Cevap Verilmemiş	11	4%
Toplam	255	100%	Toplam	255	100%
Yaşınız	n	%	Aylık Geliriniz	n	%
18-25	61	24%	0 -1000 TL	50	20%
26-30	37	15%	1001-2000 TL	56	22%
31-35	50	20%	2001-3000 TL	63	25%
36-45	46	18%	3001-4000 TL	22	9%
46 ve üstü	48	19%	4001 TL-üstü	41	16%
Cevap Verilmemiş	13	5%	Cevap Verilmemiş	23	9%
Toplam	255	100%	Toplam	255	100%
Eğitim Durumunuz	n	%	Meslek	n	%
İlkokul	4	2%	Serbest meslek	39	15%
Ortaokul	8	3%	Öğrenci	35	14%
Lise	64	25%	Mühendis	24	9%
Lisans	138	54%	Öğretmen	16	6%
Lisansüstü	31	12%	Sağlık Profesyoneli	16	6%
Cevap Verilmemiş	10	4%	Ev Hanımı	12	5%
Toplam	255	100%	Memur	11	4%
			Finans	9	4%
			Akademisyen	8	3%
			Emekli	8	3%
			Diğer	30	12%
			Cevap Verilmemiş	47	18%
				255	100%

*Ticaret, Tekstil, Yönetici, Tekniker, Garson, Berber, Danışman, Tercüman, Turizm gibi az sayıda mesleklerdir.

**Avukat, Bankacı, Hâkim, İK, Mimar, Satış-Pazarlama, MT, Reklamcı gibi az sayıda mesleklerdir

***Doktor, Hemşire, Eczacı, Fizyoterapist gibi az sayıda mesleklerdir.

Tabloya göre ankete katılan 255 kişiden (%51) kadın, (%42) erkektir. Medeni hal durumlarına bakıldığında ise (%51) evli (%44) bekârdır. Örneklemede, cinsiyet ve medeni hal verilerinin dengeli dağıldığı görülmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında; (%24) 18-25, (%20) 31-35, (%19) 46 ve üstü, (%18) 36-45, (%15) 26-30 yaşları arasındadır. Ankete katılan kişilerin yaş grubu dağılımına baktığımızda Adımsayar uygulamasını kullanan büyük çoğunluğun (%24) çok genç bir kitle olduğunu görmekteyiz. Bu grubu takip eden (26-30), (31-35), (36-45) orta yaş grubunun toplamına baktığımızda, sağlıklı kalmak adına gençlere oranla sağlık aplikasyonunu kullanma eğiliminin daha fazla olduğunu tespit etmekteyiz.

Katılımcıların eğitim dağılımlarına baktığımızda, (%54) Lisans, (%25) Lise, (%12) Lisansüstü (%3) Ortaokul (%2) İlkokul eğitime sahip oldukları görülmektedir. Kullanıcıların yarısından fazlasının eğitilmiş kişiler olduğunu söyleyebilmekteyiz.

Katılımcıların gelir grubuna baktığımızda ise, (%25) 2001 - 3000 TL, (%22) 1001 - 2000TL, (%20) 0 - 1000 TL, (%16) 4001 TL - üstü gelire sahip olduğunu görmekteyiz. Genel olarak profilin orta gelire sahip kullanıcılardan oluştuğunu söylemek mümkün olabilmektedir.

Katılımcıların meslek grup dağılımlarına baktığımızda, (%15) Serbest Meslek, (%14) Öğrenci, (%12) Diğer, (%9) Mühendis, (%6) Öğretmen, SP, (%5) Ev Hanımı, (%4) Memur, Finans, (%3) Akademisyen ve Emekli'dir. Bu meslek türlerinin, eğitim, gelir ve yaş grubundaki dağılım sonuçları arasında anlamlı bir bağ olduğu görülmektedir.

2.3.ARAŞTIRMA ANALİZ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.3.1.Güvenilirlik

Anketler uygulandıktan sonra, anket formları bilgisayara girilebilecek veri haline getirilmek üzere kodlanmıştır. Kodlanan veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini test ederken, her bir ölçeği oluşturan ifadelerle verilen cevaplar arasında bir korelasyon olup olmadığı araştırılmış ve korelasyonun belirlenmesinde güvenilirlik analizlerinde sıkça kullanılan katsayılardan birisi olan alfa katsayısı (Cronbach's Alpha) kullanılmıştır. Bu teknik, parçalar arası ortak ilişkiyi dikkate alarak, bütün için tek bir tutarlılık katsayısı hesaplamaktadır. Bu iç tutarlılık katsayısı, ölçekteki bütün soru ya da maddelerin aynı özelliği ölçtüğü varsayımına dayanmakta ve 0 ile 1 arasında değişen bir değeri temsil etmektedir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının düşük olması ölçeğin birkaç özelliği bir arada ölçtüğünü gösterebilir. Çünkü elde edilen alfa değeri, testin homojenliğinin göstergesi olarak kabul edilir. Analiz sonucunda ölçeğin güvenilir olduğunu söyleyebilmek için alfa katsayısının aldığı değer 0.60'dan yüksek olması ve hatta 0.70'e yakın bir değerde olması beklenmektedir.(Tull ve Hawkins, 1993, s.316; Tavşancıl, 2002, ss28-29). Bu doğrultuda, araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirlik analizi yapılmış ve hesaplanan alfa katsayıları Tablo.4' te sunulmuştur.

Tablo 4. Güvenirlilik Analizi Tablosu

DEĞİŞKENLER	TUTUMLAR (MADDELER)	ALFA KATSAYISI (CRONBACH'S ALPHA)
Sağlık Uygulamasını Kullanma Motivasyonu	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar'ı kullanmaya sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için başladım. Adımsayar'ı sağlıklı bir yaşama başlamak amacıyla kullanıyorum. 	0,806
Kişisel Tutum	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar'ı kullandığımda, sağlığım için olumlu bir şey yapmış oluyorum. Sağlığım için olumlu bir şey yapabilmek benim için.. 	0,605
Öznel Norm	<ul style="list-style-type: none"> Değer verdiğim insanların, Adımsayar'ı kullanmamı destekleyeceğini düşünüyorum. Değer verdiğim insanların, Adımsayar'ı kullanmamı onaylaması benim için... 	0,497
Algılanan Davranışsal Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar'ın kullanımı kolay. Adımsayar'ı kullanmaya kendim karar verdim. 	0,824
Güven	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar'ın sağladığı verilerin doğru ve güvenilir olduğuna inanıyorum. Adımsayar'ın bana ait verileri iznim olmadan paylaşmadığına inanıyorum. Adımsayar'ı geliştirenlerin, geri bildirimlerimi dikkate aldığına inanıyorum. 	0,812

<p>Kaptoloji</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adımlarımın otomatik olarak sayılması, hareket etmemi kolaylaştırıyor. • Adımsayar'ın yürüyüş performansımı gösteren raporlar göndermesi, performansımı daha yakından izlememi sağlıyor. • Adımsayar'ın diğer kullanıcılara yönelik yayınladığı genel istatistikler, davranışımı daha iyi anlamama destek oluyor. • Adımsayar'ın hedef kiloma ilişkin gönderdiği raporlar, davranışımı daha yakından takip etmemi sağlıyor. • Adımsayar'ın sosyal medya aracılığıyla gönderdiği yazılı mesajlar, sağlıklı yaşam konusunda bilgilenmemi sağlıyor. • Adımsayar'ı çalıştırmam için mesaj ile hatırlatma yapılması, davranışımı gerçekleştirmeme destek oluyor. • Adımsayar'ın hedefime yaklaştıkça gülen adam resmi göndermesi, davranışımı gerçekleştirmemde motive edici oluyor. • Adımsayar, daha aktif bir hayata geçmeme destek oluyor. • Adımsayar, sağlık davranışımı geliştirmeme destek olan bir uygulama. 	<p>0,942</p>
-------------------------	--	---------------------

Tablo 4’te yer alan sonuçlara göre alfa katsayısı ölçülmeye çalışılan tüm değişkenler için hemen hemen 0.6’dan büyük değerler aldığı için araştırmada kullanılan ölçek güvenilirdir diyebiliriz.

2.3.2. Araştırma Bulguları

Bulgular ve Yorumlar bölümünde, araştırmanın amacı ile ilgili soruların sırası izlenmiştir. Her bir amaca ilişkin istatistiksel tablo verildikten sonra aynı başlık altında maddelerin yorumları yapılmıştır.

2.3.2.1. Araştırmanın Yeni Davranış Oluşumuna İlişkin Sonuçları

Bu bölümde anketin birinci bölümünde toplanan verilerin istatistiksel çözümlenmeleri yapılarak elde edilen bulgulara ve bunların yorumlanmasına yer verilmiştir.

Mobil sağlık uygulaması kullanma davranışını gösteren kullanıcılara sorduğumuz ‘Adımsayar uygulamasını ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?’ sorusunun cevabı Tablo.5’de gösterildiği gibidir.

Tablo 5. Adımsayar Uygulamasının Kullanım Süresi

Uygulamayı Kullanma Zamanı	n	%
1 aydan az	88	35%
1-3 ay arası	60	24%
3-6 ay arası	40	16%
6 ay- 1 yıl arası	36	14%
1-2 yıl arası	24	9%
Cevap Verilmemiş	7	3%
Toplam	255	100%

Tablo 5’e göre ankete katılan 255 kişiden (%35)’i uygulamayı 1 aydan az , (%24)’i 1-3 ay arasında, (%16)’sı 3-6 ay arasında, (%14)’ü 6 ay ile 1 yıl arasında (%9)’u ise 1-2 yıl arasında kullanmaktadır. Bu verilerden hareketle, uygulamayı 1 aydan az süredir kullanan kullanıcıların, indirdikleri uygulamayı yeni yeni kullanmaya başladıklarını söyleyebiliriz. Araştırmanın Haziran - Temmuz ayına denk gelmesi bu sonuçlarda

etkili olmuş olabilir. 1 - 3 ay ve 3 - 6 ay arasında toplamda (%40)'luk bir oranda yeni kullanıcılara yakın bir oran gözlemlenmektedir. Bu süreden sonra 18 - 225 gün arasında devamlı tekrarlanan bir davranışın sürdürülebilir olması potansiyeli güçlenmektedir (Lally, Jaarsveld, Potts & Wardle, 2009). Araştırmanın uygulamayı indirdikten sonra, kullanmayı devam etmeye ikna eden motivasyonel faktörleri, araştırmanın ana sorusunu oluşturmaktadır. Araştırmada motivasyonların detayları yapılan çoklu regresyonlarda yorumlanmaktadır.

Mobil sağlık uygulaması kullanma davranışını gösteren kullanıcılara sorduğumuz 'Adımsayar uygulamasını ne kadar sıklıkla kullanıyorsunuz?' sorusunun cevabı Tablo.6'da gösterildiği gibidir.

Tablo 6. Adımsayar Uygulamasının Kullanım Sıklığı

Uygulamayı Kullanma Sıklığı	n	%
Nadiren (Yılda 1-2 kez)	54	21%
Bazen (Ayda 1-2 kez)	43	17%
Arada sırada (haftada 1-2 kez)	45	18%
Haftada (2 kezden fazla)	36	14%
Her zaman (Her gün)	68	27%
Cevap Verilmemiş	9	4%
Toplam	255	100%

Tablo 6'ya göre ankete katılan 255 kişiden (%27)'si uygulamayı her gün, (%21)'i yılda 1-2 kez, (%18)'i haftada 1-2 kez, (%17)'si ayda 1-2 kez, (%14)'ü haftada iki kez' den fazla kullanmaktadır. Uygulamayı kullanan kişilerin (%27)'sinin uygulamayı her gün kullanıyor olmasının, hedeflediği davranışı devam ettirme konusundaki potansiyelini artırabileceğini söyleyebiliriz. Uygulamayı haftada ve ayda belirli periyotlarda kullanan kullanıcıların, aynı potansiyele sahip olduğunu söyleyebilmek mümkündür. Burada yılda 1-2 kez (54) ya da her gün (68) kullanan kullanıcıların uygulamaya kullanma sıklığı ile uygulamayı kullanma motivasyonu arasındaki ilişki çapraz tablolarda daha detaylı incelenmektedir.

Adımsayar uygulamasını kullanma sıklığı ile kullanma süresi arasındaki ilişki incelendiğinde;

1 - 3 ay arasında Adımsayar uygulamasını her zaman kullanan kullanıcıların oranı (%35.6), 1 - 2 yıl arasında kullanan kullanıcıların (%33.3), 1 aydan az kullanan kullanıcıların ise; (%27.9) ile en yüksek oranlardır. Bu kullanım sıklığı verileri; uygulamayı kullanma süresinin ilk zaman dilimlerinde ve ileri zaman dilimlerinde kullandıklarını göstermektedir.

3 - 6 ay arasında ve 6 ay - 1 yıllık zaman dilimi arası belirttiğimiz orta zaman diliminde sık sık kullanımın, diğer zaman sıklığı kullanımlarına oranla daha fazla olduğunu gözlemlemekteyiz.

Araştırmanın yeni davranış oluşumuna yönelik sonuçlarına baktığımızda, kullanım sıklıklarının hepsinde, kullanıcıların Adımsayar uygulamasını “her zaman” kullanıldığı görülmektedir. 1 ay ve 6 ay süresinde, kullanıcıların ilk başta “nadiren” kullanımlarının yüksek olduğu, ama zaman uzadıkça “her zaman” kullanımında artış gösterdiklerini gözlemlenmektedir. Bu da Adımsayar uygulamasının, kullanıcıları arasında yoğunlukla kullanılan bir uygulama olduğunu göstermektedir.

Kullanım süreleri arasında en fazla değişim oranları, başlangıç 1-3 ay arasında olmaktadır. Bu veri; uygulamanın devam etmeye yönelik değerlendirilmesinin yapılması gereken temel eşiğini bizlere göstermektedir. Yani uygulamayı indiren kullanıcıların, uygulamayı devamlı kullanmaya ikna eden motivasyonel sonuçlarını ilk 3 ayda değerlendirmek, uygulamanın devamlı kullanılmasına yönelik strateji geliştirmede önemli bir aralık oluşturmaktadır.

Burada süre ile sıklık arasına bakıldığında; uygulamacılar için önemli olanın, uygulamayı indirdikten sonra, bu eşikler içerisinde uygulamanın analizini iyi yapmak ve uygulamayı istikrarlı bir şekilde kullanılması yönünde geliştirmek olmalıdır.

2.3.2.2.Araştırmanın Davranışın Devamına İlişkin Sonuçları

Araştırmaya yönelik hipotezlerin değerlendirilmesinde; araştırma kapsamında ele alınan Kişisel Tutum, Öznel Norm, Algılanan Davranışsal Kontrol ve Kaptoloji ile Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu arasındaki ilişki ve Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonunun Davranışın Devamına yönelik niyet arasındaki ilişki ve güvenin bu ilişki üzerinde moderator etkisi, Çoklu Regresyon Analizi İstatistik tekniği ile incelenmiştir. Bu araştırma kapsamında, 2 adet bağımlı değişken doğrultusunda çoklu regresyon analizi tablosu yapılmıştır (Tablo 9-10). Çoklu Regresyon Analizi, bağımlı değişkenle ilişkili olan iki ya da daha çok bağımsız değişkene dayalı olarak, bağımlı değişkenin tahmin edilmesine yönelik bir analiz türüdür. Bu analiz bağımsız değişkenlerle, bağımlı değişken arasında ilişkinin yönüne ilişkin yorum yapma olanağı verir. (Büyüköztürk, 2002,s.94)

Araştırmanın sağlık uygulama motivasyonunun bağımlı değişkenini etkileyen bağımsız değişkenler Tablo 9’da gösterilmektedir. Sağlık uygulaması kullanma motivasyonu bağımlı değişken; kişisel tutum, öznel norm, algılanan davranışsal kontrol ve kaptoloji bağımsız değişkenlerdir (tahmini değişkenleridir). Tekli regresyon modellerinde olduğu gibi belirlilik katsayısı (R²) 1’e ne kadar yakın ise mevcut olan model o kadar uygundur (anlamlıdır).

H1: Bireyin mobil sağlık uygulamalarının sağlıklı yaşamı destekleyeceğine yönelik inancı (tutumu), kişinin o uygulamayı kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu ile Kişisel Tutum (inanç) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ($\beta=0,345$; $p=0.000$).

H2: Bireyin mobil sağlık uygulamalarını kullanmasının sosyal çevre tarafından kabul görmesi (öznel norm), kişinin o uygulamayı kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu ile Öznel Norm arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ($\beta=0,272$; $p=0,000$).

H3: Bireyin mobil sağlık uygulamalarını kolay olarak algılaması (algılanan davranışsal kontrol) kişinin o uygulamayı kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu ile Algılanan Davranışsal Kontrol arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ($\beta=0,130$; $p=0,011$).

H4: Bireyin mobil sağlık uygulamalarının sunduğu kolaylaştırma, sıralama, bilgilendirme, kendini izleme, gözetleme ve konumlandırma gibi özellikleri, kişinin o uygulamasını kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunu artırır.

Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu ile Kaptoloji arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ($\beta=0,300$; $p=0,000$).

Birinci regresyon analizinin sonuçlarına göre,

İlk olarak; Kişisel Tutum (inanç) sağlık uygulamasını kullanma motivasyonunun en yüksek derecede etkilerken; Kaptoloji ikinci derecede etkilemekte, Öznel Norm üçüncü derecede ve Algılanan Davranışsal Kontrol dördüncü derecede etkilemektedir. Buna göre; kişilerin sağlık uygulamasını kullanma motivasyonunu etkilemede *sağlıklı bir yaşama başlama ve sürdürebilme amacı* öncelikli faktör olarak belirmektedir. Uygulamanın sahip olduğu kaptoloji özellikleri; *adımları otomatik sayması, uygulamayı kullanmaya yönelik hatırlatma yapması, hedefe yaklaştıkça motive edici ikonlar ve mesajlar göndermesi, performans raporları göndermesi, genel adım performanslarına göre istatistiksel raporlar yayınlaması, gönderdiği yazılı mesajlar ile sağlık bilinci kazandırması* ikinci derecede etkili olmaktadır. Uygulamayı kullanan kişinin uygulamayı kullanmasının *sosyal çevre tarafından destek görmesi* üçüncü dereceden etkili olmakta ve *kişinin kendi kontrolünde olması (uygulamayı kolay bulması)* dördüncü dereceden etkili olmaktadır.

İkinci sonuç olarak bu verilere göre; Kişisel tutum, Öznel norm, Algılanan Davranışsal kontrol ve Kaptoloji birlikte Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu değişiminin %70'ini anlamlı bir şekilde açıklamaktadırlar ($R^2=0,697$; $F=129,937$, $p=0,000$).

Tablo 9. Sağlık Uygulamasını Kullanma Motivasyonunun Kişisel Norm, Tutum ve Kontrol İnancı ve Kaptoloji İlişkisi Çoklu Regresyon Sonuçları

	Standart Beta β	p	R2	F	p
Kişisel Tutum	0,345	0,000	0,697	129,937	0,000
Öznel Norm	0,272	0,000			
Algılanan Davranışsal Kontrol	0,130	0,011			
Kaptoloji	0,300	0,000			

Araştırmanın Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonunun Davranışın Devamına Yönelik Niyete olan etkisi ve Güven'in bu ilişki üzerindeki moderatör etkisi Tablo 10'da gösterilmektedir.

H5: Bireyin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaya yönelik sağlık motivasyonunun artması; kişinin o uygulaması kullanma davranışını devam ettirmeye yönelik niyetini etkiler.

Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu, tek başına analize sokulduğunda Davranışın devamına Yönelik Niyetin (%38)'ini açıklamaktadır ($R^2=0,383$; $F=145,867$ $p=0,000$) ve iki değişken arasında ki ilişki pozitif ve anlamlı olarak bulunmuştur ($\beta=0,619$; $p=0,000$).

H6: Bireyin mobil sağlık uygulamalarına duyduğu güven, bireyin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaya yönelik motivasyonunun, o uygulamayı kullanmaya devam etmeye yönelik niyeti üzerindeki etkisini güçlendirir. Burada güven moderatörü değişik biçimlerde analize sokulmuştur.

Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu, Güven değişkeni ile birlikte analize sokulduğunda her iki değişken birlikte, Davranışın Devamına Yönelik Niyetin (%43)'ünü açıklamaktadır. ($R^2=0,435$, $F=90,070$; $p=0,000$). Sağlık uygulaması

kullanma motivasyonu ve Güven ile birlikte Davranışın Devamına yönelik niyet arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur. ($\beta_{\text{motivasyon}}=0,465$, $p_{\text{motivasyon}}=0,000$, ($\beta_{\text{güven}}=0,275$, $p_{\text{güven}}=0,000$)

Sağlık Uygulaması kullanma motivasyonunun, Davranışın Devamına Yönelik Niyet üzerindeki etkisini görebilmek için, motivasyon ve güven değişkenlerinin birbirleri ile çarpımları analize sokulmuştur. Kurulan regresyon modeline göre, motivasyon ve güven davranışın devamına yönelik niyetin (%50)'sini açıklamaktadır. ($R^2=0,505$, $F=79,376$; $p=0,000$) ve iki değişkenin Davranışının Devamına Yönelik niyeti arasında anlamlı ve pozitif ilişki vardır. ($\beta_{\text{motivasyon}}=0,811$, $p_{\text{motivasyon}}=0,000$, $\beta_{\text{güven}}=0,834$, $p_{\text{güven}}=0,000$)

Tablo 10.Sağlık Uygulaması Kullanma Motivasyonu ve Güven Moderatörü İlişkisi Çoklu Regresyon Analizi

	Standart Beta β	p	R2	F	p
Motivasyon	,619	,000	,383	145,867	,000
Motivasyon Güven	,465 ,275	,000 ,000	,435	90,070	,000
Motivasyon Güven MotivGüven	,811 ,834 -,848	,000 ,000 ,000	,505	79,376	,000

Ama hem sağlık motivasyonu hem de Güven çarpımı birlikte analize alındığında Sağlık Uygulaması Kullanma Davranışının Devamına Yönelik olan niyeti negatif ve anlamlı olarak etkilemektedir ($\beta_{\text{motivasyon}} * \text{güven} = -0,848$, $p_{\text{motivasyon}} * \text{güven} = 0,000$). Bu veriye göre güven davranışın devamına yönelik niyeti tek başına etkilese de motivasyon ile birlikte girdiğinde durum değişmektedir ve motivasyonun değerini düşürmektedir. Buna göre güvenin fazla olduğu durumlarda motivasyonun davranışın devamına yönelik niyeti üzerindeki etkisi azalmaktadır. Yani kullanıcılar uygulamaya daha fazla güven duydukça Sağlık Uygulamasını Kullanma motivasyonuna duyduğu ihtiyaç azalmaktadır.

Motivasyon, Güven ve motivasyon-güven çarpımı değişkenleri birlikte Sağlık Uygulaması Kullanma Davranışının Devamına Yönelik niyeti birinci derecede etkilerken ($R^2=0.50$), Motivasyon ve Güven değişkeni birlikte ikinci dereceden ($R^2=0.43$), tek başına Sağlık Uygulama motivasyonu ve Güven değişkeni ile birlikte Sağlık Uygulaması Kullanma Davranışının Devamına Yönelik niyetini üçüncü dereceden ($R^2=0.38$) etkilemektedir.

Sonuç

Bu araştırmada, son zamanlarda sağlığı korumak ve sağlıklı olmak amacıyla dünyada bir eğilim haline dönüşen akıllı telefonlardaki sağlık uygulamalarının, telefona indirildikten sonra kullanmayı devam ettirmeye yönelik niyetine etki eden unsurlar incelenmiştir. Buna göre kişinin uygulamayı sağlık davranışı kazandıracağına yönelik kişisel inancı, uygulamayı kullanmaya yönelik kendi kontrol inancı, uygulamayı kullanmaya yönelik çevre desteği ve uygulamanın ilgili sağlık davranışını gerçekleştirebilmesi için kişiye yardımcı olacak kaptolojik özellikleri, kişilerin mobil sağlık uygulamalarını kullanmaya yönelik motivasyonlarını etkilemektedir. Mobil sağlık uygulama motivasyonu konusunda, kişinin Adımsayar uygulamasını daha sağlıklı olmak amacı ile kullanmaya başlıyor olması (kişisel tutum), motivasyonu birinci dereceden etkilemekte ve bu durum mobil sağlık uygulamalarının sağlığı destekleyici araçlar olarak görüldüğünü doğrulamaktadır. Uygulamanın kendi kaptolojik özellikleri, uygulamayı kullanma motivasyonunu ikinci derecede etkilemekte, uygulamaların bu kolaylaştırıcı ve farkındalık yaratıcı özellikleri, sağlık uygulamasını kullanma motivasyonunu artırmaktadır. Uygulamanın kullanımının çevre tarafından onaylanması, uygulamayı kullanma motivasyonunu üçüncü dereceden etkilemekte, bu da uygulamanın sağlık davranışı kazandırmada yaratacağı güvenin önemli olduğunu göstermektedir. Uygulamanın kullanımının kolay ya da zor olması, uygulama motivasyonunu dördüncü derecede etkilemektedir. Bu da Fogg (2009)un (FBM) davranış modelinde “belirttiği gibi bireyin motivasyonları yüksek ise uygulamayı kullanma yetileri yeterli olmasa da davranışı gerçekleştirebilmektedirler” hipotezini doğrulamaktadır. Uygulamayı kullanan kişilerin inançları, uygulamanın kolaylaştırıcı özellikleri ve çevre onayı sağlık uygulamasını kullanma motivasyonunun da daha etkilidir. Dolayısıyla bir uygulama

geliştiricisinin uygulamanın amacının ne olduğunu ve kullanıcıya bu doğrultuda ne gibi kolaylıklar sağlayacağını doğru bir şekilde anlatması gerekmektedir. Amacına yönelik çalışan uygulamalara duyulacak güven bu oranda artacaktır. PDK' ya göre kişi planladığı (sağlıklı kalmak fit olmak, kilo vermek) davranışı uygulamaya geçerken, bu davranışı gerçekleştirmek ve sürdürülebilir kılmak için doğru konumlanmış aracı seçmektedir. Bundan sonra o davranışın sürdürülebilmesi, o uygulamanın motivasyonunu artırıcı özelliklerine de bağlıdır.

Sağlık Uygulamasını Kullanma Motivasyonunun yüksek olması, uygulamayı kullanmayı devam etmeye yönelik niyeti etkilemektedir. Motivasyon ne kadar yüksek olursa uygulamanın kullanma süresi o kadar uzayacaktır. Mobil uygulamalarda kaptoloji özelliklerine bağlı olarak uygulamanın kolaylaştırıcı ve motive edici özelliği, bugün özellikle kişilerarası iletişimde davranış değişikliği yaratma konusunda daha etkin olmaktadır. Bireylerin neredeyse yarı zamanını dijital ortamlarda geçirdiği günümüzde, dijital dünyanın sunduğu hizmetin sadece sağlıkla ilgili eğitici boyutunda değil, eğlence ve sosyallik boyutunda da kurgulanması gerekmektedir. Nick Pelling (2002), oyunlaştırma (gamification) kavramında belirttiği gibi, oyun metaforlarının gerçek bir hedefe ulaşmada davranış değişikliği yaratması için, eğlendirici ve motive edici öğelerle sunulması, davranış değişikliğinin bugünkü doğasını daha renkli kılma çabası içerisinde yer almaktadır. Bununla birlikte uygulamalarda sürekli güncellenen içeriklerle tekrarlardan kaçınılmalı ve kişiye özel mesajlar doğru zaman aralıkları ile revize edilip, bireyin içerikleri makineden gelen standart bir mesaj olarak algılamamasına dikkat edilmelidir. İçeriklerin resim, video, eğlence öğeleri vb içeriklerle desteklenmesi, yaşayan bir portal olması, bireyin uygulamaya olan güvenini de artıracaktır.

Bu araştırmada bir moderatör olarak uygulamaya duyulan güven değişkeni devreye girdiğinde, uygulamayı kullanmaya yönelik motivasyonun etkisi azalmaktadır. Yani tek başına motivasyon uygulamayı kullanmayı devam ettirmeye yönelik niyeti artırsa da, güven işin içine girdiğinde motivasyon değeri düşmektedir. En sade biçimiyle bireyin uygulamaları kullanmaya yönelik güveni arttıkça motivasyona olan ihtiyacı azalmaktadır.

Uygulamanın sağladığı verilerin güvenilir olduğuna inanılması, kullanıcının uygulamayı tasarlayan kişi/kurumun doğru, geçerli ve güvenilir kaynaklı bilgiler vereceğine inanmış olduğunu göstermektedir (Gefen,2002). Bu durum özellikle kamunun nezdinde güven kazanmış kurumların (Bakanlık, STK, Özel kurumlar vs) uygulama geliştirirken itibarlarını göz önüne almalarında fayda olacağını da göstermektedir. Uygulamanın verileri kullanıcı izni olmadan kimseyle paylaşmadığı inancı uygulamayı tasarlayan kişi/kurumun mahremiyeti gözettiğine yönelik inancını göstermektedir.

Araştırmalar göstermektedir ki Amerika’da uygulama kullanıcılarının (%61)’i veri mahremiyetinin ihlal edildiğini düşündüğü anda uygulamayı kullanmayı bırakmaktadır (Mobiguity,2014). Bu durum uzun vadede bu uygulamaların kullanımı arttıkça veri gizliliğinin daha çok önem kazanacağını ve bu doğrultuda regülasyonların da oluşturulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Etik konusu son yıllardır özellikle dijital üzerinden gerçekleştirilen her türlü sağlık hizmetlerinde özel bir tartışma konusudur. Özellikle sağlık alanında getirilen reklam kısıtlamaları, ilaç firmaları ve hastaneleri dijital dünyada iletişim yöntemleri geliştirmeye doğru yönlendirmektedir. Dolayısıyla henüz denetimleri tam olarak sağlanmamış regülasyonlar, dijital ortamda girilen hasta verileri ve her türlü enformasyon akışının ihmale uğrama olasılığı yüksek olmaktadır.

Burada altını çizmek istediğim en önemli nokta; bu aşamada oluşturulan global sağlık projelerinin Türkiye versiyonlarını ve ülkemizde tasarlanan özgün yerel projeleri kurgularken; sağlık sektöründe her türlü dijital araçlarla hizmet verecek olan kurumların, etik ilkelere dikkat etmeleri gerekliliğidir. Lakin bu konu başka bir çalışma içerisinde, tek başına daha detaylı incelenmeli ve tartışılmalıdır. Her ülkenin sosyo-ekonomik, kültürel yapısı farklılık gösterdiğinden toplum, kendi bireylerinden oluşan nihai ve potansiyel hastalarının, sağlık profesyonellerinin ve sağlık kuruluşlarının ihtiyaçlarını doğru tespit etmek ve bu verilerden yola çıkarak dijital düşünce sistemi oluşturmak zorundadır.

Bu tez doğrultusunda konu ile ilgili çalışmak isteyen araştırmacılar için, gelecek çalışmalara ışık tutacak yeni noktalar tespit etmeye çalışılmıştır.

Birincisi, çalışmanın başında belirtildiği gibi mobil sağlık uygulamalarının davranış değişikliği üzerindeki etkilerinin etkin bir şekilde ölçülmesi ve değerlendirilmesi halen tartışılmaya devam eden bir konudur. Psikolojideki davranış bilimleri teorilerinden faydalanılan ölçme değerlendirme çalışmalarında kullanılan teoriler, mobil sağlık uygulamalarının etkisini ölçmede eksik kalabilmektedir. Biz bu çalışma çerçevesinde oluşturduğumuz hibrid modelin, mobil sağlık uygulamalarının etkisini ölçmede kullanılabilecek bir model olabileceğini göstermeye çalıştık. Ama bundan sonraki çalışmalara ışık tutması açısından kaptoloji kuramının tek başına bir aracı (tool) olmasının yanında, diğer özellikleri (sosyal aktör ve araç olarak) de farklı çalışmalarda deneyimlenmeli ve davranış değişikliği literatürü açısından tartışılmalıdır.

İkinci olarak, mesajların nasıl tasarlanması gerektiğidir. Özellikle SMS ile yapılan sağlık iletişimi kampanyalarında yapılan değerlendirmeler göstermektedir ki, mesajın niteliği, kişiye nasıl hitap ettiği kısacası iyileştirici gücü mesajın doğru tasarlanması ile ilgilidir. Dolayısıyla özellikle akıllı telefonlardaki gibi farklı iletişim içeriklerini sunamayan basit cep telefonlarında bu konu ayrıca önem kazanmaktadır ve sağlık iletişimcilerinin araştırmalarının önemli bir konusu haline gelmelidir

Üçüncü olarak, bu çalışma içerisinde bir araç (tool) olarak kullandığımız kaptoloji kuramının diğer özelliklerinden biri de, eğer uygulamanın sosyal medya entegrasyonu doğru kurgulanırsa kullanıcıların kendi içerisinde bir topluluk oluşturmaya ve kendi aralarında etkileşim kurabilmesine olanak sağlamasıdır. Bu etkileşim, arkadaşlık kurabilmenin yanı sıra, sohbet edebilmek, paylaşımda ve geri bildirimde bulunmak ve bazen de hedefe yönelik çabaların gerçekleşmesi için kendi aralarında rekabete girebilmek olabilmektedir. Kaptoloji doğrultusunda yapılan çalışmalarda Fogg (2007), etkileşimin motive edici olmasının, kişinin uygulamayı kullanmasında sürdürülebilir bir strateji olarak çalıştığını ifade etmektedir. Uygulama sağlayıcısının yapmış olduğu görsel ve yazılı paylaşımlar, uygulamaların kendi kullanıcıları arasında oluşturduğu Facebook ve Twitter gruplar arasında daha çabuk etkileşime girebilmekte ve karşılıklı enformasyon akışı içerisinde kullanıcı üzerinde pozitif/negatif etki yaratabilmektedir.

Bizim çalışmamamızın içerisinde uygulama, sosyal medyaya entegre olsa da sadece standart mesajların paylaşıldığı (uygulamanın kendi içerisinde sosyal medyaya yönlendirilen) bir platformdu ve etkin olarak kullanılmamaktaydı. Araştırmaya başlamadan önceki bir aylık safhada amacımız sosyal medya platformunu da etkin kılmak ve bunun kullanıcılar üzerindeki etkisini görebilmektir. İlk olarak; Facebook sayfasında Adımsayar uygulamasının özellikleri hakkında bölümünde motto ve genel bilgiler ve görsel konusunda değişiklik yapılarak, adımsayar uygulamasının amacına yönelik bilgilendirme revize edilmiştir. (Resim: Uygulamanın maskotu /Motto: Adımsayar Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmeye Çalışan Bir Uygulamadır, Genel Bilgi Notu: Adımsayar Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmeye Çalışan Bir Uygulamadır. iOS ve ANDROİD işletim sistemli telefonlarınıza indirebilir, haftalık size özel gönderilen raporlarınızla kaç adım attığınızı, kaç kalori yaktığınızı ve km yürüdüğünüzü daha yakından takip edebilirsiniz)

Fakat araştırmaya başladığımız sürenin 3. günü, Gezi parkı olaylarına (30 Mayıs 2013) rastladığı için, bu süre zarfında herhangi bir paylaşımında bulunmayı etik bulmadığımızdan içerik girmedik. Araştırma süresince paylaşımında bulunduğumuz 3 günlük sürede Facebook sayfasında yapılan paylaşımların olası etkileri Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 11. Adımsayar Facebook sayfası Gönderi Erişim İstatistikleri

Tarih	Mesaj Tipi	Mesaj	Erişim
27 Mayıs	Yazılı	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar uygulamamız YENİLENDİ. 83bin kullanıcıya ulaşan uygulamamız yeni verileri ile size daha kişisel mesajlar sunmaya devam ediyor. 	79 kişi
	Yazılı mesaj+ Video	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar siz yürürken sizin yerinize 	49 kişi.

29 Mayıs	Resim+Yazılı Mesaj	adılarınızı sayar... (Video “Yürüyüş yaparak zayıflayabilir misiniz”) ?	175 kişi
	Video+Yazılı Mesaj	<ul style="list-style-type: none"> • Adımsayar ile günlük hareketliliğinizi düzenli artırdığımızda, kolayca kilo verdiğinizi ve daha sağlıklı olduğunuzu hissedeceksiniz. • Adımsayar ile günlük hareketliliğinizi düzenli artırdığımızda, kolayca kilo verdiğinizi ve daha sağlıklı olduğunuzu hissedeceksiniz. 	49 kişi
30 Mayıs	Resim+Yazılı Mesaj	<ul style="list-style-type: none"> • Başka türlü spor yapma olanağı olmasa bile her gün, hiç değilse günde en az 30 dakika hızlı tempoda yürüyüş yapmak da iyi bir egzersizdir. 	67 kişi
	Resim+Yazılı Mesaj	<ul style="list-style-type: none"> • Düzenli olarak yürüyüş yapmanın, kasların kuvvetlendirilmesinden , düşünce potansiyelini arttırmaya, yaşlanma sürecini geciktirmekten zayıflamaya kadar birçok etkisi vardır. 	64 kişi
	Video+Yazılı mesaj	<ul style="list-style-type: none"> • Enerji harcayın, spor yapın! Hareketli hayat, inme, hipertansiyon ve depresyon riskini düşürür. 	51 kişi

	Resim + Yazılı Mesaj	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayar Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmeye Çalışan Bir Uygulamadır. IOS ve ANDROİD işletim sistemli telefonlarınıza indirebilir, haftalık size özel gönderilen raporlarınızla kaç adım attığınızı, kaç kalori yaktığınızı ve km yürüdüğünüzü daha yakından takip edebilirsiniz. 	51 kişi
	Resim + Yazılı Mesaj	<ul style="list-style-type: none"> Adımsayarı telefonunuza indirdiğinizde, haftalık size özel kaç adım attığınızı, kaç kalori yaktığınızı ve km yürüdüğünüzü daha yakından takip edebileceğiniz raporlar gönderebilmek için bazı bilgilerinizi girmenizi ister. 	85 kişi

27 Mayıs - 30 Mayıs tarihleri arasında sağlığı geliştirmek amacıyla, yürüyüşün faydaları, vücut kitle endeksi ölçme ile ilgili bilgilendirici resimler, videolara ve mesajlar gönderilmiştir. Gönderilen mesajlar doğrultusunda kişilerin bu mesajları görme sayıları incelenmiştir. Burada hedef, kullanıcıların hangi içeriklere daha fazla erişim gösterdiği ya da o içerikle etkileşimde bulunduğunu anlamaktır. İki tür mesaj içeriği girilmiştir; Birincisi, Adımsayar uygulamasının sağlığı koruyucu özelliği ile ilgili mesajlar, ikincisi ise genel olarak sağlıklı yaşamı teşvik etmeye yönelik mesajlardır.

Genel olarak yazılı mesaj, yazılı mesaj + resim, yazılı mesaj + video olarak girilen içeriklerde erişim sayıları Tablo 11’de gösterilmektedir. Buna göre mesaj içeriklerine göre erişim sayılarında büyük farklılıklar görülmesi de (hemen hemen eşit etkiye sahip olsa da) sosyal medya etkileşiminin toplamda uygulamayı kullanım süresine bir etkisi olacaktır. Sosyal medya entegrasyonunu, uygulamanın kullanımının devamına yönelik niyette motive edici bir araç olarak kullanabilmek için içeriğin niteliği, girildiği zaman konusunda çalışmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akalın, Erdal., Tanrıöver,Dursun., Sayran,Faik., **Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalıkların Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü**. TÜSİAD., Haziran, 2012.
- Akıncı,Vural, Z.Beril., Bat, Mikail. **Teoriden Pratiğe Kurumsal İletişim**. 1. Baskı. İletişim Yayınları., İstanbul,2013.
- Ateş, Metin. **Sağlık Sistemleri**. 2. Baskı. Beta Basım A.Ş., İstanbul, 2013.
- Çınarlı, İnci. **Sağlık İletişimi ve Medya**. 1.Basım, Nobel Yayın Dağıtım., Ankara, 2008.
- Çınarlı, İnci. **Stratejik İletişim Yönetimi**. 1.Baskı, Beta Basım A.Ş., İstanbul, 2009.
- Çiçek, Cengiz. İkna' nın Yapısı-Süreç,Araç ve Yöntemleriyle. 2. Baskı, Eğitim Yayınevi., Konya, 2012.
- Donner, Jonathan.,Mecheal, Patricia. **mHealth in Practice-Mobile Technology for Health Promotion in the Developing World**. Bloomsbury Academic,. USA, 2013.
- Fogg, B.J. **Persuasive Technology: Using Computers to Change What We Think and Do**. Morgan Kaufmann Publishers. 2002.
- Fogg, B.J., Adler, Richard. **Texting 4 Health-A Simple, Powerful Way to Improve Lives**. Stanford Captology Media., Stanford, California. 2009.
- Fogg, B.J., Eckles, Dean. **Mobile Persuasion**. Stanford Captology Media., Stanford, California. 2007.
- Frost & Sullivan. **Küresel Sağlık Hizmetleri Teknolojisi Sektörünün Finansal Değerlendirmesi**. 2010.
- Hornik, R.C. **Development communication : information, agriculture, and nutrition in the ThirdWorld**. New York: Longman.1988.
- Jones, Keith ve Tilford, Silvia. **Health promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity**. 3.Baskı, Cheltenham: Nelson Thornes, 2011.
- Kağıtçıbaşı, Çiğdem. **Günümüzde İnsan ve İnsanlar-Sosyal Psikolojiye Giriş**. 12.Basım. Evrim Yayınevi., İstanbul, 2010.
- Kavuncubaşı, Ş. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitabevi.2000.

- McCarthy, Jerome E. **Basic Marketing. A Managerial Approach. Homewood. IL:** Richard D. Irwin. 1960.
- Okay, Ayla. **Sağlık İletişimi.** Derin Yayınları., İstanbul, 2013.
- Öztürk, M., **Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar.** İstanbul: MTM Yayın No:6. 2000
- Pratkanis, A.R. Breckler, S.J. ve Greenwald, A.G. **Attitude structure and function.** Hillsdale, NJ:Erlbaum.1989.
- Schiavo, R. **Health communication: From theory to practice.** San Francisco: Jossey-Bass. 2007.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri. **Sponsorluk.** 342pr0017.Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları : Global Konferanslardan Bildiriler.** Nisan, 2011, Ankara, sf 27.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları.** Nisan 2011, Ankara, sf 10
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. **Sağlık İletişimi,** sf.45, Sağlık Geliştirilmesi Eğitimi. Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe.** Ed. Carl I.Fertman, Diane, D. Allensworth, Haziran,2012, Ankara,s.5.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk sağlığı Kurumu,. **Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.** Ankara, 2013.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Tabak, Ruhi, Selçuk. **Sağlık İletişimi.** 3. Basım. Literatür Yayıncılık., İstanbul, 2006.
- Thomas, Richard K. **Health Communication.** USA, Springer Science+Business Media Inc.2006
- WHO, 2010, “Opportunities and Developments Report on the second global survey on eHealth” **Global Observatory for eHealth series - Volume 2, Telemedicine in Member States**
- Yakut, İnci. **Sağlık İletişiminde Katılımın İşlevi-Hasta ve Hasta Yakınları Açısından.** 1.Basım, Umuttepe Yayınları., İzmit, 2008.

Yılmaz, Elgiz. **Doktorumun Hastasıyım.Com**. 1.Baskı, Mavna Yayınları., İstanbul, 2011.

Zarcadoolas, Christina vd. **Advancing Health Literacy**. USA, John Wiley and Sons.2006

Sürelî Yayınlar

“Bilgi ve İletişim Teknolojileri Destekli Yenilikçi Çözümler Eksenî Mevcut Durum Raporu, Bilgi Toplumu Stratejisinin Yenilenmesi Projesi”. **T.C. Kalkınma Bakanlığı Bilgi ve Toplum Dairesi**, Mart,2013.

Aarts, H., & Dijksterhuis, A.” Habits as knowledge structures: Automaticity in goal-directed Behaviour”. **Journal of Personality and Social Psychology**, 2000

Ajzen, I., (1991), “The Theory of Planned Behaviour”, **Organization Behaviour and Human Decision Process**, 50, sf. 179-211.

Ajzen,I.,and Madden,T.J.”Prediction of goal directed behaviour:Attitudes, intentions, and perceived behavioural control”. **Journal of Experimental Social Psychology**.1986

Alpay L,Toussaint P,Schonk,B. “Supporting Healthcare Communication Enabled by Information and Communication Technology: Can HCI and related cognitive aspects help?”. **Dutch HCI '04 Proceedings of the conference on Dutch directions in HCI** sf. 12. 2004.USA

Aoki,Noriaki., Dunn,Kim., Johnson-Throop, Kathy A. and Turley, James P. “Communication-Outcomes And Methods İn Telemedicine Evaluation” **Telemedicine Journal And E-Health** Volume 9, Number 4, 2003

Atabek,Ü.,Atabek,G.,Bilge,D. “Televizyon Sağlık Programlarında İdeolojik Söylemler”. **GSU Sağlık İletişimi Dergisi. Özel Sayı:3**.İstanbul, Nisan, 2013.

Connelly, K. H., Faber, A. M., Rogers, Y., Siek, K. A., Toscos. T. “Mobile applications that empower people to monitor their personal health” , Nisan, 2006.

Fishbein,M., Ajzen I.”Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria.” **Psychological Review**.1974

Fjeldsoe, B., Marshall, A. And Miller, Y. “Behaviour Change Interventions Delivered by Mobile Telephone Short-Message Service”, **American Journal of Preentive Medicine** .2009

- Fjeldsoe, B., Miller, Y. and Marshall, A. "MobileMums: A randomized Controlled Trial of an SMS-Based Physical Activity Intervention". **Annals of Behavioural Medicine**.2010
- Fogg,B.J. "The Behaviour Grid:35 Ways Behaviour Can Change". Persuasive Technology Lab,Stanford University. USA. 2009.
- Fogg,B.J."A Behavior Model for Persuasive Design" Persuasive Technology Lab,Stanford University. USA. 2009.
- Fogg,B.J."Persuasive Computers: Perspectives and Research Directions" CHI, Los Angeles,1998.
- Francis, Jillian,J., Eccles, Martin P, Johnston, Marie. Walker,Anne., Grimshaw, Jeremy.,Foy, Robbie.,Kaner Eileen F.S., Smith,Liz.,Bonetti, Debbie. "Constructing Questionnaires based on the Theory of Planned Behaviour" A manual for health Services Researches, 2004.
- Green, L.W. & Iverson, D.C. "School Health Education". **Annual review of Public Health**, 3: 321-338 (1982).
- Gürgan, Mahmut ."Cumhuriyetin İlk Yıllarında, İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti'nin Propaganda Faaliyetleri". Bezmialem Vakıf Üniversitesi, **Deontoloji ve Tıp Tarihi**, İstanbul, 2011.
- Harcar, T., "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", **Pazarlama Dünyası Dergisi**. Yıl:5, Sayı:25, Ocak-Şubat 1991.
- Hogan, Perez, and Bell ."Who (Really) Are the First Baby Boomers?" **In Joint Statistical Meetings Proceedings, Social Statistics Section**, Alexandria, VA: American Statistical Association, 2008.
- Hybels, S. ve Weaver II., R.L., **Communicating effectively**. Mc Graw- Hill, 1998.
- Intille, Stephen,S. "A new Research Challenge: Persuasive Technology to Motivate Healthy Aging". **IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine**, Vol,8.No,3,September,2004.
- Istepanian, R. S. H., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). "M-health emerging mobile health systems. New York", NY: **Springer Science+Business Media**, Inc. 2006
- J. Michael McGinnis, Pamela Williams-Russo and James R. Knickman. "The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion". **Health Affairs**, 21, no.2 (2002):78-93

- Kaplan, W. "Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries?" **Globalization and Health**. 2006
- Krouse, Alex. "Ibads, Iphones, Androids, And Smartphones: Fda Regulation Of Mobile Phone Applications As Medical Devices" <http://mhealthregulatorycoalition.org/wp-content/uploads/2013/05/lawrev.pdf>
- Kwan, Ada., Mecheal, Patricia., Kaonga, Nadi, Nina. "State of Behaviour Change Initiatives and How Mobile Phones Are Transforming It". **mHealth in Practice-Mobile Technology for Health Promotion in the Developing World**. Bloomsbury Academic., USA, 2013.
- Neuhauser, Linda., Kreps, Gary L. "Rethinking Communication in the E-health Era". University of California, Berkeley, USA. **National Cancer Institute**, Maryland, USA
- Özgirin, Kemal., Taş, Yeşim. "Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması" <http://mckym.baskent.edu.tr/yayin3.htm>
- Riley, W., Rivera, D., Atienza, A., Nilsen, W., Allison, S. and Mermelstein, R. "Health Behaviour Models in the Age of Mobile Interventions; Are Our Theories up to the Task?" **Translational Behavioural Medicine**. 2011
- Rokeach, M. A. "Values approach to the prevention and reduction of drug abuse". **In: Glynn, T.J. et al., ed. Preventing adolescent drug abuse: intervention strategies**. Rockville, US Department of Health and Human Services, 1983, sf.172-194.
- Sezgin, Deniz. "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak". **GSU Sağlık İletişimi Dergisi Özel Sayısı, 3**. İstanbul, 2013.
- Smith, M.B., "Attitude Change", **International encyclopedia of the Social Sciences**, Crowell Collier and Mac Millan, 1968.
- Soysal, M.; Kenanoğlu, G.T.; Emre, A.; Hameşoğlu, S., "Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı", Ankara: **Milli Prodükivite Merkezi Yayınları**:486, 1993.
- Thirumurthy, Harsha., Lester, Richard, T. "M-health for health behaviour change in resource-limited settings: applications to HIV care and beyond". **Bull World Health Organ**, 2012
- Tuğluoğlu, Fatih. "Türkiye'de Sıtma Mücadelesi (1924-1950)". **Türkiye Parazitoloji Dergisi**, 32 (4): 351 - 359, 2008.

United Nations Foundation. “mHealth for development: The opportunity of mobile technology for healthcare in the developing World”. Washington, D.C. and Berkshire, UK: **UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership**.2009

Verhoeven, Aukje A. C., Adriaanse, Marieke A., Evers, Catharine. and de Ridder Denise, T. D. “The power of habits: Unhealthy snacking behaviour is primarily predicted by habit strength” **British Journal of Health Psychology** (2012),

Verplanken, B., & Orbell, S. “Reflections on past behaviour: A self-report index of habit strength”. **Journal of Applied Social Psychology**. 2003.

Whittaker, Robyn., Smith, Mark. “M-Health – Using Mobile Phones For Healthy Behaviour Change”. **International Journal of Mobile Marketing**. December, 2008.

Diğer Kaynaklar

AhHa! Insights Mobile Health Applications: 2012 Study. <http://verasoni.com/ahha-insights-publishes-mobile-health-applications-2012-study/>

Campaign Türkiye.Kasım 2012.Sayı,11.sf.143

Christian Zibreg, When Will Android People Pay for Quality?, 9TO5MAC (Mar. 10, 2011, 12:20 PM), <http://www.9to5mac.com/55273/when-will-android-people-pay-forquality/>.

Citrix Mobile Analytic Report, Şubat 2014

Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).

Donald Melanson, Blackberry App World Crosses the 10,000 Mark, ENGADGET(Sept. 8, 2010, 10:53 PM), <http://www.engadget.com/2010/09/08/blackberry-app-worldcrosses-the-10-000-app-mark/>.

Edwin Kee, Google Android Hits 100,000 Application Milestone on Android Market,UBERGIZMO (Oct. 25, 2010, 9:41 PM), http://www.ubergizmo.com/15/archives/2010/10/google_android_hits_100000_application_milestone_on_android_market.html.

Farmakovijilans El Kitabı. Yakındoğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Lefkoşa, 2013. Farmaskop, sayı:80-Ocak-Şubat:2013 sf:63

History, Stockholm Smartphone, <http://www.stockholmsmartphone.org/history/> (last visited Feb. 28, 2012).

iPhone 2G History, Iphone History, <http://www.iphonhistory.com/iphone-2g/> (last visited Feb. 28, 2012).

Madreport Q1.2014. Mobilike. www.mobilike.com

Mechael, P. (n.d.) mHealth in the Millennium Villages project. Retrieved from [http://cghed.ei.columbia.edu/sitefiles/file/Mobile Health within MVP%20\(1\).pdf](http://cghed.ei.columbia.edu/sitefiles/file/Mobile_Health_within_MVP%20(1).pdf)

Mobile Health Market Report 2011-2016. “The Impact Of Smartphone Applications On The Mobile Health Industry (Vol. 2) .January 2012. http://www.research2guidance.com/shop/index.php/downloadable/download/sample/sample_id/160

Mobile Health 2012, “Half of smartphone owners use their devices to get health information and one-fifth of smartphone owners have health apps” Pew Research,2012 <http://pewinternet.org/Reports/2012/Mobile-Health.aspx>

Nutbeam, D. **Health promotion glossary**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (document ICP/HBI 503 (GO 4)).

OECD 2013 Türkiye Raporu. <http://www.oecd.org/turkey/>

Open Mobile: The growth era accelerates. **The Deloitte Open Mobile Survey 2012**.

Press Release, Apple Inc., iPhone to Support Third-Party Web 2.0 Applications (Jan. 11, 2007), <http://www.apple.com/pr/library/2007/06/11iphone.html>

Ruder Finn US mHealth Report Final. <http://www.ruderfinn.com/pdf/Ruder%20Finn%20US%20mHealth%20report%20FINAL.pdf>

Sosyal medya sağlık sektörünü “seviyor”. Pazarlamadan sosyal iş modeline. **PWC Survey Mayıs, 2012**

Statistics Canada, “Individual Internet use and E-commerce”, 2013, <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/111012/dq111012a-eng.htm>, Son Erişim Tarihi: 23-Dec-2013

Strategy Analytics, “Global Smartphone Installed Base Forecast by Operating System for 88 countries: 2007 to 2017.”October, 2012

The Application of Health and Fitness Report. Mobiquity,2014 <http://www.mobiquityinc.com/get-mobile-get-healthy-appification-health-fitness-infographic>

The History of the Blackberry, BBGEEKS (Apr. 15, 2008),
<http://www.bbgeeks.com/blackberry-guides/the-history-of-the-blackberry-88296/>

U.S Department of Health and Human Services- A.B.D. Sağlık ve Beşeri Hizmetler
 Bölümü,2000.Parrott,2004:751

Washington, D.C., March 4, 2014; “Concerned by President’s Proposed Budget
 Provisions on Doctor Training, Medical Research Funding”
<https://www.aamc.org/newsroom/newsreleases/370558/03042014.html>

WHO Constituti,1948,Geneva,1948,[http://www.who.int/governance/en,\(12.11.2002\)](http://www.who.int/governance/en,(12.11.2002))

WHO, “mHealth New horizons for health through mobile Technologies” **Global
 Observatory for eHealth series - Volume 3.** 2011.

Elektronik Yayınlar

<http://148apps.biz/>

http://alternatifiletisim.blogspot.com.tr/2012/08/sosyal-medya-web-20-ve-saglik_14.html

<http://banubican.blogspot.com.tr/2010/10/saglikta-iletisim-ve-pazarlama.html>

<http://mobihealthnews.com/research/consumer-health-apps-for-apples-iphone/>

http://www.acibademmobil.com.tr/default/7/evde_saglik.asg

<http://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/whatishc.html>

<http://www.cenktezcan.com/?p=13>

http://www.dhsturkey.com/files/DHS2012_NEWSLETTER_20130502.pdf

<http://www.egirisim.com/farkli-bir-girisim-motivolog-hastaliginizla-yalniz-degilsiniz/>

<http://www.e-saglik.gov.tr/>

<http://www.millennialmedia.com/>

<http://www.nhs.uk>

<http://www.nielsen.com/us/en/newswire/2013/how-the-mobile-consumer-connects-around-the-globe.html>

<http://www.ntvmsnbc.com/id/25364964/>

<http://www.saglikaktuel.com/haber/1-yeni-sms-sekeriniz-300u-gecti-36259.htm>

<http://www.sbsgm.saglik.gov.tr/Sayfalar/Tele-Tip.aspx>

<http://www.sdplatform.com/Dergi/245/Saglik-iletisiminde-internet.aspx>

<http://www.tahud.org.tr/guncel/aile-hekim-haber/tahud-kirsal-teletip-projesi/177>

http://www.tk.gov.tr/kutuphane_ve_veribankasi/pazar_verileri/ucaylik22_5.pdf

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13569>

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/>

<http://www.digitaltrends.com/>

EK: ANKET SORULARI

Bu araştırma; Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi yüksek lisans tez öğrencisi Seray Öney Doğanıyığıt tarafından, Mobil Sağlık Uygulamalarının sağlık davranışı üzerindeki etkisini araştırmak üzere hazırlanmıştır.

Araştırma, toplamda 10 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 4 dk. sürmektedir.

Zaman ayırdığınız için çok teşekkürler..

1. Adımsayar Uygulamasını ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?

- 1 aydan az
- 1 -3 ay arası
- 3-6 ay arası
- 6 ay-1 yıl arası
- 1-2 yıl arası

2. Adımsayar Uygulamasını ne kadar sıklıkta kullanıyorsunuz?

- Nadiren (Yılda 1-2 kez)
- Bazen (Ayda 1-2 kez)
- Arada sırada (Haftada 1-2 kez)
- Sık sık (Haftada 2 kezden fazla)
- Her zaman (Her gün)

3. Lütfen aşağıdaki soruları size en yakın cevabı işaretleyerek yanıt veriniz?

Yürüyüş yapmanın sağlığı için önemli olduğunu düşünüyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayı kullanmaya sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için başladım.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Yürüyüş yapmanın beni formda tutacağına inanıyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın sağladığı verilerin doğru ve güvenilir olduğuna inanıyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın bana ait verileri, iznim olmadan paylaşmadığına inanıyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayı kullandığımda, sağlığım için olumlu bir şey yapmış oluyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım

- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayar geliştirenlerin, geribildirimleri dikkate aldığına inanıyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımlarımın otomatik olarak sayılması, hareket etmemi kolaylaştırıyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın yürüyüş performansımı gösteren raporlar göndermesi, performansımı daha yakından izlememi sağlıyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarı kullanmamda sosyal çevremın etkisi var

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın diğer kullanıcılara yönelik yayınladığı genel istatistikler, davranışımı daha iyi anlamama destek oluyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın hedef kiloma ilişkin gönderdiği raporlar, davranışımı daha yakından takip etmemi sağlıyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın sosyal medya aracılığıyla gönderdiği yazılı mesajlar, sağlıklı yaşam konusunda bilgilenmemi sağlıyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarı çalıştırmam için mesaj ile hatırlatma yapılması, davranışımı gerçekleştirmeme destek oluyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın hedefime yaklaşıkça gülen adam resmi göndermesi, davranışımı gerçekleştirmemde motive edici oluyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayar, daha aktif bir hayata geçmeme destek oluyor.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarın kullanımı kolay.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarı kullanmaya kendim karar verdim.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Değer verdiğim insanların, Adımsayarı kullanmamı destekleyeceğini düşünüyorum

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayar, sağlık davranışımı geliştirmeme destek olan bir uygulama

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Adımsayarı sağlıklı bir yaşama başlamak amacıyla kullanıyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

Önümüzdeki günlerde de Adımsayarı kullanmaya devam etmeyi düşünüyorum.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

4. Lütfen aşağıdaki ifadeleri size en yakın olan seçeneği işaretleyerek tamamlayınız.

Sağlığım için olumlu bir şey yapabilmek benim için...

- Kesinlikle Önemli Değildir
- Önemli Değildir
- Ne Önemlidir Ne Önemli Değildir
- Önemlidir
- Kesinlikle Önemlidir

Değer verdiğim insanların, Adımsayarı kullanmamı onaylaması benim için..

- Kesinlikle Önemli Değildir
- Önemli Değildir
- Ne Önemlidir Ne Önemli Değildir
- Önemlidir
- Kesinlikle Önemlidir

Formda olmak benim için...

- Kesinlikle Önemli Değildir
- Önemli Değildir
- Ne Önemlidir Ne Önemli Değildir
- Önemlidir
- Kesinlikle Önemlidir

Cinsiyetiniz?

- Kadın
- Erkek

Eğitim durumunuz?

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Lisans
- Lisansüstü

Mesleğiniz?

Aylık ortalama geliriniz?

- 0-1000 TL
- 1001-2000 TL
- 2001-3000 TL
- 3001-4000 TL
- 4001TL üstü

Medeni durumunuz?

- Evli
- Bekar

Yaş aralığınız?

- 18-25
- 26-30
- 31-35
- 36-45
- 46 ve üstü

ÖZGEÇMİŞ

SERAY ÖNEY DOĞANYİĞİT
GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ İLETİŞİM Anabilim Dalı
Yüksek Lisans

Eğitim

Lisans: 2005, İstanbul Üniversitesi Rus Dili ve Edebiyatı

Pre-Mba: 2011, Boğaziçi Üniversitesi

İş

2006 -2012: Marketing and Communication Executive, Sinpaş, Bm Trada,
Softline

2012-2013: Eğitim Asistanı, İstanbul Bilgi Üniversitesi Halkla İlişkiler
Programı

2013-2014: Öğretim Görevlisi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Halkla İlişkiler
Programı

Kişisel Bilgiler

Doğum Yeri ve Yılı: İstanbul/ 1982 Cinsiyet: Bayan Yabancı Dil: İngilizce

TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Galatasaray Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler
Adı Soyadı : Seray ÖNEY DOĞANYİĞİT
Tez Başlığı : Sağlık Hizmetleri İletişiminde Mobil Sağlık: 'Adım Sayar'
Uygulaması Örneği
Savunma Tarihi : 07.07.2014
Danışmanı : Doç.Dr. Nazlı ÜLBAY AYTUNA

JÜRİ ÜYELERİ

Ünvanı, Adı, Soyadı

İmza

Doç.Dr. Nazlı ÜLBAY AYTUNA

Doç.Dr. Kerem RIZVANOĞLU

Yrd.Doç.Dr. Eser TELCİ



Enstitü Müdürü

Prof. Dr. M.Yaman ÖZTEK

