

Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Geliştirme Davranışına Etkisi

The Effect of E-Health Literacy on Health Promotion Behavior in Adolescents

Meltem ÖZCAN¹, Tuncay POLAT², Betül ALKAN POLAT³

ÖZ

Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığının sağlık geliştirme davranışına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Ekim-Kasım 2020 tarihleri arasında Erzincan il merkezinde yer alan bir lisede öğrenim gören gönüllü tüm öğrenciler oluşmuştur (n=300). Veriler, kişisel bilgileri içeren form, adölesan sağlığını geliştirme ölçeği ve e-sağlık okur-yazarlığı ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların %70'i kadın, %35'inin maddi durumu iyi, %24'ü 10. sınıf öğrencisi, %40'ının annesi lise mezunu, %48'inin babası lise mezunu, %94'ünün herhangi bir kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Ölçek puan ortalamaları; sağlığı geliştirme; 142,60±21,67 kendini gerçekleştirme; 37,67±6,51 sağlık sorumluluğu; 57,48±8,81 egzersiz; 12,27±3,81 sosyal destek 13,85±3,47 stres yönetimi 10,40±2,68 beslenme davranışı; 10,90±2,47 ve adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı 29,98 olarak bulunmuştur. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ile sınıf, baba öğrenim düzeyi, gelir durumu, internetin en çok hangi amaçla kullanıldığı, cinsiyet, kronik hastalık varlığı ve sağlıkla ilgili bir sorunda ilk yapılanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ile anne öğrenim düzeyi ve internet kullanım süresi arasında anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur (p<0,05). Cinsiyet ile adölesan sağlığını geliştirme ölçeği egzersiz alt boyutu arasında; öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar ile sağlık sorumluluğu, egzersiz ve adölesan sağlığını geliştirme ölçeği toplam puanları arasında; baba eğitim düzeyi ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme davranışı ve adölesan sağlığını geliştirme ölçeği toplam puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur (p<0,05). Kronik hastalık varlığı, maddi gelir, anne öğrenim durumu ile adölesan sağlığını geliştirme ölçeği alt boyut ve toplam puanı arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile adölesan sağlığı geliştirme ölçeği alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: Adölesan sağlığı, Sağlığı geliştirme, E- sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

It is a descriptive study conducted to examine the effect of e-health literacy on health promotion behavior in adolescents. The universe of the research consisted of all volunteer students studying at a high school in the center of Erzincan between October and November 2020 (n=300). Research data were collected online using Personal Information Form, Adolescent Health Promotion Scale, and E-Health Literacy Scale. Of the adolescents participating in the research, 70% are women, 35% state their financial situation as good, 23% go to 10th grade, 40% have high school graduates, 48% fathers are high school graduates, 94% have any It was determined that he did not have a chronic disease. Data as mean ± standard deviation; adolescent health promotion 142.60±21.67; self-actualization 37.67±6.51; health responsibility 57.48±8.81; exercise 12.27±3.81; social support 13.85±3.47; stress management 10.40±2.68; nutritional behavior was 10.90±2.47 and e-health literacy in adolescents was 29.98. It was found that there was no significant difference between e-health literacy among adolescents and the variables of grade level, father's education level, income status, the purpose for which the internet is used most, gender, presence of chronic disease, and the variables that are first done in a health-related problem (p>0.05). It was found that there was a significant difference between e-health literacy, maternal education level and internet usage time in adolescents (p<0.05). It was found that there was a significant difference between gender and AHPS exercise sub-dimension, between the classes in which the students studied and the total scores of health responsibility, exercise and AHPS, between the father's education status and self-actualization, health responsibility, nutritional behavior and the total scores of AHPS (p<0.05). There was no significant difference between the presence of chronic disease, financial income, mother's education status, and AHPS sub-dimension and total score (p>0.05). A significant relationship was found between the e-health literacy scale in adolescents and the AHPS sub-dimensions.

Keywords: Adolescent health. Improve health, E-health literacy

Bu araştırma, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesinden etik kurul onay (Tarih: 09.03.2020, karar no: 12056) ile yapılmıştır.

¹ Öğr Gör. Meltem ÖZCAN, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakımı Bölümü, mozcan@erzincan.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3223-6379

² Dr. Öğr. Üyesi Tuncay POLAT, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Mülkiyeti Koruma Bölümü, tuncapolat04@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1066-8886

³ Öğr Gör. Betül ALKAN POLAT, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, balkanpolat@erzincan.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8016-0412

İletişim / Corresponding Author:

Tuncay POLAT

Geliş Tarihi / Received: 28.03.2022

e-posta/e-mail:

tuncapolat04@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 20.09.2023

GİRİŞ

Sürekli gelişen teknoloji ile beraber bireylerin sağlık sistemlerinden beklentileri de artış göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin yeni roller üstlenmesi ve sağlık ile ilgili karar almaları sağlık sistemlerini ve çıktılarını doğru değerlendirmeleri ile mümkün olacaktır. Bu gereksiniminde sağlık okuryazarlığı kavramını ortaya çıkardığı söylenebilir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam kalitelerini artırmak için, sağlık açısından kendilerine uygun kararları, sağlık bilgisi ve sağlık hizmetlerini alma ve bunları okuma-yorumlama düzeyine sahip olmaktadır.¹ Tanımların gelişmesiyle birlikte, sağlık okuryazarlığının içerdiği beceriler konusunda farklı alt boyutlar da ele alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı; iletişimsel (interaktif), fonksiyonel ve eleştirel olmak üzere üç önemli boyutta değerlendirilmektedir.² Sağlık okuryazarlığının farklı tanımlamaları olmasına karşın en çok kabul gören tanımını; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Sağlık hizmetleri ile ilgili konularda karar verebilmesi, sağlığın korunması sürdürülmesi ve geliştirilmesi için kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, bu bilgi kaynaklarını anlama ve kullanma düzeyi” olarak ifade etmiştir.^{3,4} Sağlık Bakanlığımız sağlık okuryazarlığını Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün ilk kez 1986’da çıkardığı Sağlıkın Teşviki-Geliştirilmesi Sözlüğünde “Bireylerin kendi ve toplum sağlığını iyileştirmede, yaşam şekli/yapısını değiştirmede yeterli bilgi, beceri ve kendine güven düzeyine ulaşması” olarak tanımlamaktadır.⁵

Sağlık okuryazarlığı sağlık bakım hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığın teşvik edilerek geliştirilmesini hedefler.⁶ Son dönemlerde teknolojik gelişmelerin hız kazanması, yaygın internet kullanımı, farklı türdeki mobil iletişim araçları ve teknolojik donanımlar sayesinde sağlık kayıtlarına erişimin kolay bir şekilde yaygınlaştığı ve insan yaşamının vazgeçilmez gereksinimleri olduğu görülmektedir. Bu sayede iletişim teknolojileri ve mobil bilgi yönteminin, halk

sağlığı ve sağlık hizmetleri alanında teknolojik alt yapı ve yazılımlar sayesinde kullanım kolaylıklarıyla önemli yer edindiği görülmektedir.⁷ Günümüzde hızla değişen teknolojik gelişmelerden yapay zekânın varlığı, büyük veri dataları, biyoinformatik gelişmeler ve artan sağlık teknolojileri e-sağlık okuryazarlığını gündeme getirmiştir.^{8,9} Elektronik kaynaklar üzerinden yapılan bilgi arayışları, çözüm yolları sağlık okuryazarlığının elektronik boyutunun büyüklüğünü e-sağlık uygulamalarının doğru ve kesin veriye ulaşımı ile mümkündür. Bu durum e-sağlık okuryazarlığını oldukça önemli hale getirmektedir. Okuryazarlık kullanım alanlarına göre e-sağlık okuryazarlığı; medya okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, geleneksel okuryazarlık, bilgisayar ya da teknolojik okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı ve bilimsel okuryazarlık olarak sınıflandırmaktadır.¹⁰ Çevrimiçi olarak toplam kalite için birbirini tamamlayıcı nitelikte olan okuryazarlık kişilerin erişimine olanak sağlayacaktır.¹¹ E-sağlık okuryazarlığını kullanıcıların yeterli seviyede bilmemesi veya amacına uygun kullanmaması durumunda e-sağlık müdahaleleri riskli olabilmektedir.¹² Sağlık okuryazarlığının düşük olması sebebiyle bireyler kendini gerçekleştirme sorularına cevap aradığında oluşan stresle başa çıkma ve gereksinim duyduğu sosyal desteğe erişim temel sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda beslenme kültürü, ekonomik gerekçeler ve yaşam tarzı sağlık okuryazarlığını etkileyen belirteçlerdir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması ve sağlık sisteminde meydana gelebilecek olumsuzlukların giderilmesinde farkındalık eğitimleri etkili olabilir. Erken yaşlarda başlayan sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığı ile ilgili bilgileri anlama becerisini geliştirir. Bununla birlikte hayatın ilerleyen süreçlerinde olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesi, bireylerin sağlık sistemi ile etkileşimlerini geliştirme olanağı sağlar.¹³

Adölesanların sağlık okuryazarlığı, ebeveynlerinin bilinç düzeyi, çok yönlü yetiştirme ve yaşam bilincinin oluşmasına

bağlıdır.¹⁴ Bilgi düzeyi yeterli seviyede olmayan ve erişim kaynaklarını yerinde değerlendiremeyen ebeveynlerin çocuklarına da sağlık okuryazarlığını aktarması oldukça zordur.¹⁵ Bu da ebeveynleri farklı yollardan bilgiye erişime itmektedir. Bilgiye ulaşımın en kolay yolu internet erişimleridir.¹⁶ Sağlık sorunlarını çözüme kavuşturmak veya ilk adımı atmak için genelde bu yol kullanılmaktadır. Böylece bireyin sağlıklı yaşam bilincinin oluşmasında ve sağlık çalışanlarına ulaşmada önemli rol oynamaktadır.¹⁷ Erken çocukluk yaşlarında

başlayan bilinç düzeyi, adölesanların dinamik dönemlerinde sağlık okuryazarlığı yaşam şekline dönüşür.¹⁸ Gelecekteki sağlığa erişimi bağımsız kullanacak adölesanların yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ve bu durumdan etkin olarak yararlanmaları yaşam tarzlarını pozitif etkileyecek, olumsuz sağlık sorunlarının azalmasına olanak sunacaktır.¹⁹

Bu bağlamda bu çalışma adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Yöntemi

Araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Erzincan'da bir lisede öğrenim görmekte olan tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır ve tam sayım yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Verilerin toplanması online ortamda gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için araştırmacılar tarafından veri formları online ortamda oluşturulmuştur. Veri formları internet üzerinden oluşturulan link ile whatsapp üzerinden araştırmacılara ulaştırılmıştır. Araştırmada veriler; sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı kişisel bilgileri içere form, e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ve adölesan sağlığını geliştirme ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizlerle (t testi, Kruskal Wallis, Korelasyon, Anova) sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesinden gerekli olan etik kurul onayı (Tarih: 09/03/2020, karar no: 12056) ve Erzincan Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 2020 12705061 sayılı kurum izni alınarak yürütülmüştür.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve sosyo-demografik özelliklerini içeren 10 soru bulunmaktadır.

E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Norman ve Skinner'ın geliştirdiği, Coşkun ve Bebiş'in Türkçe'ye uyarladığı ölçek 10 sorudan meydana gelmektedir^{10,20}. Ölçek, sağlıkla ilgili okuryazarlık, geleneksel okuryazarlık, bilimsel araştırma, medya-sosyal medya okuryazarlığı, bilgi alma ve bilgisayar okuryazarlığının belirlenmesine yönelik geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri, 5=Kesinlikle katılıyorum, 4=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 2=Katılmıyorum, 1=Kesinlikle katılmıyorum puanlandırma şeklinden oluşturulmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 40'dır. Ölçekte elde edilen puanın yüksek olması e-sağlık okuryazarlığının da yüksek olduğunu ifade göstermektedir. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçüm aracının Türkçe uyarlamasını yapan Coşkun ve Bebiş Cronbach alpha değerini 0,78 olarak bulmuştur.²⁰ Araştırmamızda Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği Cronbach alpha total değeri 0,84 olarak hesaplanmıştır.

Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği

Chen ve arkadaşlarının (2003) geliştirmiş oldukları bu ölçeğin adölesan

sağlığı geliştirme davranış seviyesini belirlemek için kullanıldığı belirtilmektedir.²¹ Ölçek, 6 alt ölçekten ve 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “5=her zaman, 4=sık sık, 3=genellikle, 2=bazen, 1=hiçbir zaman,” şeklinde değerlendirilmektedir. Alt ölçek puanlarının tümünün toplanması ölçeğin toplam puanını, her bir alt ölçek grubunda yer alan madde puanlarının toplanması o alana ait ölçek puanına ulaşmayı sağlamaktadır. Ölçekten en yüksek 200 puan, en düşük 40 puan alınmaktadır. Bireylerin almış olduğu puanlar hesaplanırken; alt ölçekler ve toplam ölçek puanları alanında ulaşılan puan ortalamalarının altında yer alan değerler düşük, üstünde yer alan değerler yüksek puan olarak değerlendirilmektedir. Kısaca ölçek puan ortalamasının artması sağlığı geliştirme davranışlarını da arttırmaktadır. Ölçeğin, geçerlik-güvenirlik çalışmaları Bayık Temel ve arkadaşları (2011) ve Ortabağ ve arkadaşları (2011) tarafından

yapılmıştır. Yapılan bu iki çalışmada da ölçüm aracının geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiştir.^{22,23} Ortabağ ve arkadaşları (2011) yapmış oldukları çalışmada; ASGÖ'nün faktör analizine göre egzersiz ve beslenme alt ölçeklerinin, toplumumuzdaki adölesan bireylerde tek faktörde birleştiği, ASGÖ'yü açıklayan toplam beş alt faktörün saptandığı bildirilmektedir²². Bayık Temel ve arkadaşları Türkçe form toplam ASGÖ ölçeği için 0,86 Cronbach alpha katsayısı belirlemiştir. Alt ölçekler için Cronbach alpha katsayı değeri; sosyal destek 0,60 kendini gerçekleştirme 0,74 sağlık sorumluluğu 0,71 stres yönetimi 0,67 beslenme davranışları 0,51 ve egzersiz 0,50 olarak hesaplanmıştır.²³ Çalışmamızda ASGÖ toplamı 0,91 kendini gerçekleştirme alt boyutu 0,80 sağlık sorumluluğu alt boyutu 0,78 egzersiz alt boyutu 0,73 sosyal destek alt boyutu 0,77 stres yönetimi alt boyutu 0,67 ve beslenme davranışları alt boyutu 0,54 olarak hesaplanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1'e öğrencilerin ASGÖ ve adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirme puan ortalaması 142,60±21,67 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin ASGÖ ve Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

ASGÖ alt boyutları	n	\bar{X}	SS
Kendini gerçekleştirme	300	37,67	6,51
Sağlık sorumluluğu	300	57,48	8,81
Egzersiz	300	12,27	3,81
Sosyal destek	300	13,85	3,47
Stres yönetimi	300	10,40	2,68
Beslenme davranışı	300	10,90	2,47
ASGÖ toplam	300	142,60	21,67
Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı toplam	300	29,98	5,22

Alt boyutlardan kendini gerçekleştirme puan ortalaması 37,67±6,51 sağlık sorumluluğu puan ortalaması 57,48±8,81 egzersiz puan ortalaması 12,27±3,81 sosyal destek puan ortalaması 13,85±3,47 stres yönetimi puan ortalaması 10,40±2,68 ve

beslenme davranışı puan ortalaması 10,90±2,47 olduğu saptanmıştır.

Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamasının 29,98 ± 5,22 olduğu bulunmuştur.

Tablo 2'de öğrencilerin demografik özelliklerine göre e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların %70'i kadın, %35'inin maddi durumu iyi, %24'ü 10. sınıf öğrencisi, %40'ının annesinin lise mezunu, %48'inin babasının lise mezunu, %94'ünün herhangi bir kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ile sınıf düzeyi, baba öğrenim düzeyi, gelir durumu, internetin en çok hangi amaçla kullanıldığı, cinsiyet, kronik hastalık varlığı ve sağlıkla ilgili bir sorunda ilk yapılan değişkenler açısından anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ile anne öğrenim düzeyi ve internet kullanım süresi

Tablo 2. Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlık		n	%	Sıra ortalaması	X ²	SD	p
Sınıf	9. Sınıf	91	30,3	155,10	0,774	3	0,856
	10. Sınıf	73	24,3	152,68			
	11. Sınıf	98	32,7	147,98			
	12. Sınıf	38	12,7	141,78			
Anne öğrenim düzeyi	İlkokul	136	45,3	144,89	8,550	2	0,014
	Lise	120	40,0	143,95			
	Üniversite	44	14,7	185,69			
Baba öğrenim düzeyi	İlkokul	62	20,7	143,08	1,755	2	0,416
	Lise	143	47,7	147,47			
	Üniversite	95	31,7	159,90			
Gelir durumu	İyi	106	35,3	162,17	3,749	2	0,153
	Orta	183	61,0	142,80			
	Kötü	11	3,7	166,27			
İnternet kullanım süresi	0-1 saat	30	10,0	172,02	6,876	2	0,032
	2-3 saat	120	40,0	135,20			
	4 saat +	150	50,0	158,43			
İnterneti en çok hangi amaçla kullandığı	Eğlence ve oyun	91	30,3	152,02	0,414	3	0,937
	Ders çalışmak	139	46,3	152,10			
	Haber-Sağlık	4	1,3	157,88			
	Sohbet-sosyal medya	66	22,0	144,58			
Sağlıkla ilgili bir sorunda ilk yapılan	Sağlık kuruluşuna gitme	23	7,7	180,11	5,624	2	0,060
	Ebeveynlere söyleme	241	80,3	144,74			
	İnternette araştırma	36	12,0	170,14			
Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlık		n	%	Sıra ortalaması	U	Z	p
Cinsiyet	Erkek	90	30,0	150,23	9425,500	-0,036	0,972
	Kadın	210	70,0	150,62			
Kronik hastalık varlığı	Var	18	6,0	154,31	2469,500	-0,193	0,847
	Yok	282	94,0	150,26			

arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3'te cinsiyet ile ASGÖ egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel bir farkın olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Erkeklerin egzersiz alt boyutu toplam puanlarının kadınların egzersiz alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kronik hastalık varlığı, maddi gelir, anne öğrenim düzeyi ile ASGÖ toplam puan ve alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Adölesanların öğrenim gördükleri sınıflar ile ASGÖ toplam puanı, alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu ve egzersiz arasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu

belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut puanına sahip olan 9. sınıf öğrencilerin toplam puanları 12. sınıfların toplam puanlarından; egzersiz puanına sahip olan 9. sınıf öğrencilerin toplam puanı 11. ve 12. sınıfların puanlarından; ASGÖ toplam puanı açısından 9. sınıfların puanları 12. sınıf puanlarından yüksek ve anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Adölesan babalarının eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu, gerçekleştirme, beslenme davranışı ve ASGÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarında, babası lise mezunu olanların

Tablo 3. ASGÖ ve Alt Boyutlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Cinsiyet	Kendini gerçekleştirme			Sağlık sorumluluğu			Egzersiz		
	X±SS	t	p	X±SS	t	p	X±SS	t	p
Erkek (n=90)	37,25±5,60			57,23±7,28			13,26±3,61		
Kadın (n=210)	37,85±6,87	-0,726	0,468	57,59±9,40	-0,325	0,745	11,84±3,82	3,003	0,01
Kronik hastalık varlığı									
Var (n=18)	38,66±9,27			60,44±11,2			11,38±5,65		
Yok (n=282)	37,60±6,32	0,666	0,506	57,29±8,62	1,471	0,142	12,32±3,67	-1,011	0,31
Maddi durum									
İyi (n=106)	38,38±5,83			58,40±8,19			12,07±3,69		
Otra (n=194)	37,28±6,84	1,404	0,162	56,98±9,11	1,337	0,182	12,37±3,88	-,652	0,51
Sınıf									
9. sınıf (n=91)	38,43±6,58			59,02±7,76			13,63±3,79		
10. sınıf (n=73)	37,53±6,19	2,551	0,056	57,08±9,48	2,780	0,041	12,31±3,53	10,916	0,001
11. sınıf (n=98)	38,06±6,54			57,63±9,18			11,96±3,57		
12. sınıf (38)	35,10±6,48			54,21±8,21			9,68±3,61		
Anne öğrenim durumu									
İlkokul (n=136)	37,17±6,50			56,71±9,07			12,07±3,57		
Lise (n=120)	38,26±6,54	0,895	0,410	58,38±8,82	1,147	0,319	12,34±3,65	0,456	0,65
Üniversite (n=44)	37,67±6,49			57,43±7,87			12,68±4,87		
Baba öğrenim durumu									
İlkokul (n=62)	37,32±7,12			56,37±9,27			12,35±3,59		
Lise (n=143)	38,76±5,82	4,468	0,012	58,90±8,16	3,643	0,027	12,26±3,54	0,023	0,88
Üniversite ve üstü (n=95)	36,25±6,85			56,07±9,20			12,22±4,34		
İnternet kullanım süresi									
1 saate kadar (n=30)	39,16±7,34			60,16±8,58			13,66±3,97		
2-3 saat (n=120)	38,22±5,32	2,201	0,113	58,06±8,18	2,641	0,073	12,38±3,82	2,804	0,006
4 saat ve üstü (n=150)	36,93±7,13			56,48±9,23			11,90±3,72		
İnternetin kullanım amacı									
Eğlence ve oyun (n=91)	36,75±6,38			55,86±8,47			11,96±4,11		
Ders çalışmak (n=139)	38,83±6,37	4,217	0,016	59,67±8,93	8,499	0,000	12,86±3,68	3,507	0,001
Sohbet ve sosyal medya (n=70)	36,55±6,67			55,24±8,05			11,48±3,51		
Sağlıkla ilgili sorunda ilk yapılan									
Sağlık kuruluşuna başvuru (n=23)	39,17±6,90			58,56±8,18			13,00±3,37		
Ebeynlerime söylerim (n=241)	37,64±6,46	0,871	0,420	57,73±8,90	1,585	0,207	12,27±3,79	0,755	0,38
İnternette araştırım (n=36)	36,88±6,67			55,11±8,37			11,75±4,19		
Stres yönetimi									
Erkek (n=90)	10,42±2,66			10,42±2,66			13,38±3,27		
Kadın (n=210)	10,40±2,70	0,066	0,948	10,74±2,52	1,707	0,089	14,05±3,54	-1,530	0,13
Kronik hastalık varlığı									
Var (n=18)	11,00±3,39			11,33±2,49			14,83±3,61		
Yok (n=282)	10,87±2,47	0,966	0,335	10,87±2,47	,754	0,451	13,79±3,46	1,231	0,22
Maddi durum									
İyi (n=106)	10,38±2,51			11,17±2,32			14,14±3,42		
Otra (n=194)	10,41±2,78	-0,095	0,925	10,75±2,54	1,413	0,159	13,70±3,50	1,050	0,30
Sınıf									
9. sınıf (n=91)	10,68±2,78			11,24±2,13			13,96±3,57		
10. sınıf (n=73)	10,43±2,77			10,86±2,32			13,91±3,51	0,082	0,78
11. sınıf (n=98)	10,27±2,54	0,650	0,584	11,01±2,65	2,677	0,050	13,73±3,57		
12. sınıf (38)	10,02±2,65			9,92±2,82			13,78±2,98		
Anne öğrenim durumu									
İlkokul (n=136)	10,27±2,65			10,95±2,22			13,88±3,70		
Lise (n=120)	10,55±2,55	0,342	0,711	10,90±2,75	0,115	0,892	13,84±3,26	0,007	0,93
Üniversite (n=44)	10,43±2,68			10,75±2,45			13,81±3,37		
Baba öğrenim durumu									
İlkokul (n=62)	10,33±2,49			10,24±2,63			13,61±3,72		
Lise (n=143)	10,70±2,56	2,011	0,136	11,28±2,34	4,161	0,017	14,35±3,36	3,060	0,001
Üniversite ve üstü (n=95)	10,00±2,94			10,76±2,47			13,26±3,39		
İnternet kullanım süresi									
1 saate kadar (n=30)	11,03±2,69			11,36±2,45			13,33±3,88		
2-3 saat (n=120)	10,55±2,50	1,646	0,194	11,01±2,27	2,123	0,122	13,83±3,44	0,436	0,50
4 saat ve üstü (n=150)	10,16±2,81			10,62±2,60			13,98±3,42		
İnternetin kullanım amacı									
Eğlence ve oyun (n=91)	10,02±2,67			10,85±2,31			13,47±3,55		
Ders çalışmak (n=139)	10,66±2,55	1,566	0,211	10,95±2,58	0,054	0,948	14,33±3,45	2,441	0,016
Sohbet ve sosyal medya (n=70)	10,40±2,92			10,87±2,47			13,41±3,33		
Sağlıkla ilgili sorunda ilk yapılan									
Sağlık kuruluşuna başvuru (n=23)	10,52±2,31			12,04±2,03			13,26±4,20		
Ebeynlerime söylerim (n=241)	10,41±2,70	0,047	0,955	10,85±2,47	3,000	0,051	14,00±3,42	1,104	0,27
İnternette araştırım (n=36)	10,30±2,85			10,50±2,60			13,25±3,29		

Tablo 3. (Devamı)

Cinsiyet	ASGÖ toplam		
	X±SS	t	p
Erkek (n=90)	142,84±17,3	0,128	0,898
Kadın (n=210)	142,49±23,3		
Kronik hastalık varlığı			
Var (n=18)	147,66±30,7	1,023	0,307
Yok (n=282)	142,27±21,0		
Maddi durum			
İyi (n=106)	144,57±19,8	1,168	0,244
Orta (n=194)	141,52±22,6		
Sınıf			
9. sınıf (n=91)	146,98±19,4	3,996	0,008
10. sınıf (n=73)	142,15±22,5		
11. sınıf (n=98)	142,68±22,6		
12. sınıf (38)	132,73±20,0		
Anne öğrenim durumu			
İlkokul (n=136)	141,07±21,9	0,702	0,496
Lise (n=120)	144,29±21,5		
Üniversite (n=44)	142,60±21,7		
Baba öğrenim durumu			
İlkokul (n=62)	140,24±22,0	4,166	0,016
Lise (n=143)	146,29±20,0		
Üniversite ve üstü (n=95)	138,57±23,1		
İnternet kullanım süresi			
1 saate kadar (n=30)	148,73±22,5	2,577	0,078
2-3 saat (n=120)	144,21±19,3		
4 saat ve üstü (n=150)	140,08±23,0		
İnternetin kullanım amacı			
Eğlence ve oyun (n=91)	138,94±20,4	6,418	0,002
Ders çalışmak (n=139)	147,32±22,1		
Sohbet ve sosyal medya (n=70)	137,97±97,0		
Sağlıkla ilgili sorunda ilk yapılan			
Sağlık kuruluşuna başvururum (n=23)	146±19,11	1,298	0,275
Ebeveynlerime söylerim (n=241)	142,93±21,7		
İnternette araştırım (n=36)	137,80±22,9		

üniversite mezunlarından; beslenme davranışı alt boyutunda, babası lise mezunu olanların ilkökul mezunu olanlardan; ASGÖ toplamında ise baba öğrenim düzeyi lise mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur ($p<0,05$).

İnternet kullanım süresi ile ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). İnternetin hangi amaçla kullanıldığı ile ASGÖ alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve ASGÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre;

kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt boyutları ve ASGÖ toplam puanları ile bilgisayarın ders çalışma olarak kullanılması toplam puanın bilgisayarın eğlence ve oyun ile sohbet ve sosyal medya kullanımını toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlıkla ilgi bir problem ile karşılaşıldığında yapılan davranış ile ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 4'te adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ile adölesanların sağlığı geliştirme ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Adölesanlarda e-sağlık

okuryazarlığı ölçeği ile ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, egzersiz ve ASGÖ toplam arasında ilişkinin pozitif yönde fakat zayıf olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile beslenme ve sosyal destek arasında ise istatistiksel olarak farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bu çalışmada adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışlarına etkisi incelenmiş olup, elde

edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirme puan ortalaması $142,60\pm 21,67$ olarak belirlenmiştir. Alt boyutlardan kendini gerçekleştirme puan ortalaması $37,67\pm 6,51$ sağlık sorumluluğu puan ortalaması; $57,48\pm 8,81$ egzersiz puan ortalaması; $12,27\pm 3,81$ sosyal destek puan ortalaması; $13,85\pm 3,47$ stres yönetimi puan ortalaması; $10,40\pm 2,68$ ve beslenme davranışı puan ortalaması; $10,90\pm 2,47$ olduğu belirlenmiştir. Adölesanlarda e-sağlık okur-yazarlığı toplam puan ortalaması 29,98 olarak bulunmuştur E-sağlık okuryazarlık ölçeğinin puan aralığı 8-40, adölesanların

Tablo 4. Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı ile Adölesanların Sağlığı Geliştirme Ölçeği Arasındaki İlişki

ASGÖ alt boyutları		Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Sosyal destek	Stres yönetimi	Beslenme davranışı	ASGÖ toplam
	r	0,281	0,254	0,212	0,096	0,294	0,102	0,289
Adölesanlarda e-sağlık Okuryazarlığı ölçeği	P	0,000	0,000	0,000	0,096	0,000	0,077	0,000
	n	300	300	300	300	300	300	300

sağlığı geliştirme davranışları puan aralığının 40-200 arasında olduğu göz önüne alındığında, öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı ve sağlığı geliştirme davranışlarından aldıkları puanların ortalamasının biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden en yüksek puanı aldıkları görülmektedir. İnsanın en temel haklarından birisi sağlıklı olmaktır. Sağlık bakım politikaları, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla, bireylerin sağlık sorumluluğunun bilincinde olması ve sağlığını geliştirecek davranışları kazanması üzerinde durmaktadır.²⁴ Açıksöz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasını $26,2\pm 6,5$ olarak belirlemişlerdir.²⁴ Sağlık ve sosyal alanlardaki meslek yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği diğer bir çalışmada, sağlık sorumluluğu alt boyutunun puan ortalaması $22,08\pm 6,92$ olarak saptanmıştır.²⁵ Bizim çalışmamızda ise diğer

çalışmalara göre sağlık sorumluluğu puanının yüksek çıkması, çalışmanın pandemi döneminde yapılmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmada egzersiz, stres yönetimi ve beslenme davranışı alt puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin egzersiz alt ölçeklerinden diğerlerine göre daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir.²⁶ Adölesanların egzersiz puanlarının düşük olmasının nedeni ebeveynlerinin sportif faaliyetlere katılmalarını desteklememesi ve fırsat sunmaması şeklinde açıklanabilir. Ergenlik dönemi hızlı ve pek çok değişimin yaşandığı stres yönetimi açısından önemli bir dönemdir. Çalışmada stres yönetimi puanının düşük olması, stres ve stres ile başa çıkma konularının ergenlik döneminde ele alınmasının ve ergenlere stres yönetimi konusunda eğitimler verilmesinin sağlıklı bir gelişim açısından önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlığı ile sınıf düzeyi arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Ergün ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ergenlerin sınıf düzeyi e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir.¹⁸ Literatürde yer alan diğer bazı çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında pozitif bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.^{27,28} Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar ile egzersiz, sağlık sorumluluğu alt boyutları ve ASGÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut puanına sahip olan dokuzuncu sınıf öğrencilerinin toplam puanları, egzersiz ve sağlık sorumluluğu alt puanları 12. sınıflardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Choi Hui (2002), hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmasında SYBD’den en yüksek puanı birinci sınıf öğrencilerinin aldıkları, üst sınıflarda bu puanın düştüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir.²⁹ Kang ve You (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, ortaokul öğrencilerinin lise öğrencilerine göre daha yüksek sağlığı geliştirme davranışı puanları aldıkları saptanmıştır.³⁰ Karadeniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş faktörü ile sağlığı geliştirme davranışı arasında farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir³¹. Bununla beraber literatürde bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ve yaş arttıkça sağlık sorumluluğu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artışın olduğu saptanmıştır.³²⁻³⁴

Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet değişkeni arasında farkın anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Ergün ve arkadaşları (2019)’nın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹⁸ Çalışmada, cinsiyet durumu ile ASGÖ egzersiz alt boyutu arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmada egzersiz alt boyutundan erkeklerin toplam puanları, kadınların puanlarına göre anlamlı düzeyde ve daha yüksek olarak belirlenmiştir. Karadamar ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada kadın ve erkek adölesanların sağlıklı yaşam şekli geliştirme ve alt gruplarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farkın olduğunu,

erkeklerin beslenme ve egzersiz puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.³⁵ Başka bir çalışmada, kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarında kadın öğrencilerin, beslenme ve egzersiz alt ölçeğinde ise erkeklerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Sanchez ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, kadın öğrencilere göre erkek öğrencilerin daha fazla egzersiz yaptıklarını saptamışlardır.³⁶

Çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ile anne eğitim durumu açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.¹⁸ Anne eğitim düzeyi ile ASGÖ arasında ilişkinin anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Karadamar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annenin eğitim durumu ile adölesanların toplam puanı ve alt gruplarından kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, beslenme ve stresle baş etme arasında anlamlı fark bulunmamıştır.³⁵ Ancak literatürde yer alan bazı çalışmalarda da anne eğitim düzeyi ile ASGÖ alt boyutları ve toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.^{37, 38}

Çalışmada, babanın eğitim düzeyi ile adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Babanın eğitim düzeyi ile kendini gerçekleştirme, beslenme davranışı, sağlık sorumluluğu alt boyutu ve ASGÖ toplam puanları arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Ergün ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada da baba eğitim düzeyinin e- sağlık okuryazarlığını etkilediği, istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.¹⁸ Dağdeviren ve Şimşek’in (2013) araştırmasında, baba eğitim düzeyi üniversite mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi, kişilerarası destek alt boyutları ve toplam puan ortalamasından aldıkları puanın diğer öğrenciler ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁶ Literatürde yer alan

diğer bir çalışmada, baba eğitim düzeyi ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur.²⁰ Kalkanlı'nın (2019) araştırmasında, üniversite mezunu babaların, diğer öğrenim düzeyi gruplarına göre ASGÖ tüm boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.³⁸

Çalışmada, ailenin gelir durumu ile e-sağlık okuryazarlığı ve adölesan sağlığını geliştirme ölçeği alt grupları ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Levin-Zamir ve arkadaşları yaptıkları çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farkın olmadığını tespit etmişlerdir.³⁹ Literatürde yapılan bazı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kalkanlı'nın çalışmasında ailenin gelir düzeyi yükseldikçe ASGÖ toplam puanı ile beslenme, sosyal destek, sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır.³⁸ Kang ve You'nun (2018) çalışmasında, gelir düzeyi arttıkça puan ortalamalarının da paralel bir şekilde arttığı belirlenmiştir.³⁰

Çalışmada kronik hastalık varlığı ile e-sağlık okuryazarlığı ve ADSÖ toplam puan ve alt puanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹⁸⁻²⁰ Chang'ın ise Tayvan'da yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı, kişinin bildirdiği sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir.⁴⁰

Çalışmada internet kullanım süresi ve e-sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir. Ergün ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada da internet kullanım süresi ile e-sağlık okuryazarlığı arasında ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir.¹⁸ İnternet kullanım süresi ile ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). İnternetin hangi amaçla kullanıldığı ile ASGÖ alt boyutlarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve ASGÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark

olduğu bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt boyutları ve ASGÖ toplam puanları ile bilgisayarın ders çalışma olarak kullanılması toplam puanın bilgisayarın eğlence ve oyun ile sohbet ve sosyal medya kullanımı toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmanın pandemi döneminde yapılması, öğrenimin uzaktan eğitim yoluyla yapılması sonuçların bu şekilde çıkmasını etkilemiş olabilir. Sağlıkla ilgi bir problem ile karşılaşıldığında yapılan davranış ile e-sağlık okuryazarlığı ve ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Paek ve Hove (2012), ergenlerin sağlık bilgisi arama durumlarının, elektronik sağlık okuryazarlığı ile olumsuz ilişkili olduğu sonucuna varmıştır.²⁸

Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve ASGÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sosyal destek ve beslenme arasında ise anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Levin-Zamir vd. (2011), e-sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirici davranışlardan olan riskli davranışları önleme, beslenme, fiziksel aktivite gibi davranış puanı ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur.³⁹ Chang (2011), e-sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme toplam puanı ve beslenme, sosyal destek, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve egzersiz arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.⁴⁰ Çalışma sonucumuz literatür ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda adölesanların sağlık gelişimleri ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre adölesanların sağlık gelişim düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin artacağı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Adölesanların sağlığı geliştirme davranışları ve e-sağlık okuryazarlıkları sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile ASGÖ alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Adölesanların sağlık gelişimlerinin e-sağlık okuryazarlığını etkilediği ve buna göre adölesanların sağlık gelişim düzeyleri arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin artacağı söylenebilir. Böylece adölesanların sağlık gelişim düzeyin artması sosyal yaşamlarına ve eğitim hayatlarına da olumlu düzeyde etki edebilecektir. Bu doğrultuda özellikle adölesan bireylere yönelik sağlıklı beslenme

programları, stresle baş etme yöntemleri, egzersiz yapma, sorumluluk sahibi olma, teknolojik gereçleri verimli kullanma, uyku düzeni, maddi anlamda destek verilmesi gibi alanlarda hem ebeveynlerin hem de adölesan bireylerin bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Gelecek nesillerin sürdürülebilir sağlıklı yaşama sahip olmaları için adölesanların eğitim gördükleri okullarda sağlıklı yaşam ve e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili dersler veya konular eklenmelidir. Kronik hastalığı veya engel durumu bulunan adölesan bireylerin sosyal veya eğitim hayatında yaşadıkları zorluklar tespit edilerek aile ve eğitimciler koordinasyonunda giderilmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Parker, R. and Ratzan, S.C. (2010). "Health Literacy: A Second Decade of Distinction For Americans". *Journal of health communication*, 15(2), 20-33.
2. Nutbeam, D. (2000). "Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education and Communication Strategies Into The 21st Century". *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
3. Sezgin, D. (2013). "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak". *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Sağlık İletişimi Özel Sayısı*, 53-72.
4. Adams, R.J, Appleton, S.L, Hill, C.L, Dodd, M, Finlay, C and Wilson, D.H. (2009). "Risks Associoated with Low Functional Health Literacy in an Australian". *The Medical Journal of Australia*, 191(10), 530-534.
5. Zaralı, F. ve Dede, Z. (2011). "T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü". Ankara: Anıl Matbaacılık.
6. Sorensen, K, Stephan Van den Broucke J.F, Doyle, G, Pelikan, J, Slonska, Z. and Brand, H. (2012). "Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models". *BMC Public Health*, 12-80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
7. Free, C, Phillips, G, Felix, L, Galli, L, Patel, V. and Edwards, P. (2010). "The Effectiveness Of M-Health Technologies For Improving Health And Health Services: A Systematic Review Protocol". *BMC Research Notes*, 3(1), 1-7.
8. Insights, C.B. (2017). "From Virtual Nurses To Drug Discovery: 106 Artificial Intelligence Startups in Healthcare", <https://www.cbinsights.com/research/artificial-intelligence-startups-healthcare/> (Erişim Tarihi: 26 Mart 2021).
9. Thinktech Teknolojik Düşünce Merkezi, (2019). "İleri Sağlık Teknolojileri I-Akıllı Sağlık Uygulamaları ve Veri Analizi ile Sağlık Sorunlarını Tanımlamak" https://thinktech.stm.com.tr/uploads/raporlar/pdf/2352019164_719686_stm_ileri_saglik_teknolojileri_1.pdf. (Erişim Tarihi: 26 Mart 2021).
10. Norman, C.D. and Skinner, H.A. (2006). "eHEALS: The eHealth Literacy Scale". *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27, Doi: 10.2196/jmir.8.4.e27
11. Chesser, A, Burke, A, Reyes J. and Rohrberg T. (2016). "Navigating the Digital Divide: A Systematic Review of E-Health Literacy in Underserved Populations in the United States". *Informatics for Health and Social Care*, 41(1), 1-19. Doi: 10.3109/17538157.2014.948171.
12. Richtering, S.S, Hyun, K, Neubeck, L, Coorey, G, Chalmers, J, Usherwood, T, Peiris, D, Chow, C.K. and Redfern, J. (2017). "eHealth Literacy: Predictors in a Population with Moderate-to-High Cardiovascular Risk". *JMIR Human Factors*.4(1), 1-9. Doi: 10.2196/humanfactors.6217.
13. DeWalt, D. A. and Hink, A. (2009). "Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature". *Pediatrics*, 124(3), 265-274.
14. Utma, S. (2019). "Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak". *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (5), 223-231. Doi: 10.21733/ibad.624972.
15. Elainei, N. and Skopelja, E.C. (2008). "Whipple Peggy Richwine. Reaching and Teaching Teens: Adolescent Health Literacy and the Internet". *Journal of Consumer Health on the Internet*. 12(2), 105-18.
16. Birru, M.S, Monaco, V.M, Charles, L, Drew, H, Njie, V, Bierria, T, Detlefsen, E. and Steinman, R.A. (2004). "Internet Usage by Low-Literacy Adults Seeking Health Information: An Observational Analysis". *Journal Of Medical Internet Research*, 6(3), e25. doi: 10.2196/jmir.6.3.e25
17. Semerci, B. (2007). "Ergen Ruh Sağlığı, Aileler ve Ergenler İçin". İstanbul: Alfa Yayınları.
18. Ergün, S, Kızıl, Sürücüler, H. ve Işık, R. (2019). "Ergenlerde e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği". *JAREN*, 5(3), 194-203.

19. Ghaddar, S.F, Valerio, M.A, Garcia, C.M. and Hansen, L. (2012). "Adolescent Health Literacy: The Importance of Credible Sources for Online Health Information". *Journal Of School Health*, 82(1), 28-36.
20. Coşkun, S. ve Bebiş, H. (2015). "Adolesanlarda E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması". *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(1), 378-384.
21. Chen, M.Y, Wang, E.K, Yang, R.J. and Liou, Y.M. (2003). "Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing". *Public Health Nursing*; 20(1), 104-110.
22. Ortabağı T, Özdemir, S, Bakır, B. ve Tosun, N. (2011). "Health Promotion and Risk Behaviors Among Adolescents in Turkey". *The Journal of School Nursing*, 27(1), 304-315.
23. Bayık Temel, A, Başalan İz, F, Yıldız, S. ve Yetim, D. (2011). "The Reliability and Validity of Adolescent Health Promotion Scale in Turkish Community". *Journal of Current Pediatrics*, 9(1), 14-22.
24. Açıksöz, S, Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). "Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı İle Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". *Gülhane Tıp Dergisi*, 55, 181-187.
25. Ünal D, Şenol V, Öztürk A. ve Erkorkmaz Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 14, 101-109.
26. Dağdeviren, Z. ve Şimşek, Z. (2013). "Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 135-142.
27. Hove, T, Paek, H.J. and Isaacson, T. (2011). "Using Adolescent Ehealth Literacy to Weigh Trust In Commercial Web Sites: The More Children Know, The Tougher They are to Persuade". *Journal of Advertising Research*, 51(3), 524-537.
28. Paek, H.J. and Hove, T. (2012). "Social Cognitive Factors and Perceived Social Influences That Improve Adolescent Ehealth Literacy". *Health Communication*, 27 (8), 727-737.
29. Hui, W.H.C. (2002). "The Health-Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong". *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 101-111.
30. Kang, N.G. and You, M.A. (2018). "Association of Perceived Stress and Self-Control with Health-Promoting Behaviors in Adolescents: A Cross-Sectional Study". *Medicine*, 97(34), 1-6.
31. Karadeniz, G, Yanikkerem U.E, Dedeli, Ö. ve Karaağaç Ö. (2008). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları". *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*, 7(6), 497-502.
32. Karaaslan, M.M. ve Çelebioğlu, A. (2018). "Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi". *Journal of Human Sciences*, 15(2), 1355-1361.
33. Geçkil, E. ve Yıldız, S. (2006). "Adolesanlara Yönelik Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 19-28.
34. Ayaz, S, Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). "Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
35. Karadamar, M, Yiğit, R. ve Sungur, M.A. (2014). "Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 17-20.
36. Sanchez, A, Norman, G.J, Sallis, J.F, Calfas, K.J. and Cella, J. (2007). "Patterns and Correlates of Physical Activity and Nutrition Behaviors in Adolescent". *American Journal Of Preventive Medicine*, 32(2), 124-30.
37. Dil, S, Gönen Şentürk, S. ve Aykanat Girgin, B. (2015). "Çankırı İlinde Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Riskli Sağlık Davranışları ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 51-59.
38. Kalkanlı, T.M. (2019). "Ortaokul ve Lise Öğrencilerinin Akademik Sosyal Yeterlilik Algılarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Üzerine Etkisi". *Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir*
39. Levin Zamir, D. and Lemish, R. (2011). "Gofin Media Health Literacy (MHL): Development and Measurement of the Concept Among Adolescents". *Health Education Research*, 26 (2), 323-335.
40. Chang, L.C. (2011). "Health literacy, Self-Reported Status and Health Promoting Behaviours for Adolescents in Taiwan". *Journal of Clinical Nursing*, 20 (2), 190-196.