



SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ
Turkish Journal of Health Literacy

SAYI
2
Yıl:2021 Cilt:2





TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ
TURKISH JOURNAL OF HEALTH LITERACY

Cilt/Volume: 6

Sayı/Number: 2

Ağustos/August 2026

Yayın Dili / Publication Language
Türkçe/English

E ISSN: 2717-7831

Yayın Türü/Type of Publication
Yaygın Süreli Yayın/Peer Reviewed Academic Journal

Yayın Periyodu/Publishing Period
Dört ayda bir (Mart, Haziran, Aralık aylarında) yayımlanır/Three times a year (March, June, December)

Dergi Atıf Adı/Journal Name
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi SOYD /
Turkish Journal of Health Literacy

Derginin Sahibi/Owner
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

<http://www.saglikokuryazarligidergisi.com>

Editörler/Editors

Prof. Dr. Seçil Özkan / Gazi Üniversitesi

Yayın Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. Seçil Özkan / Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya / Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Pınar Okyay / Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Çalışkan/ Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Asiye Uğraş Dikmen / Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Şirin/ Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hakem Kurulu/Board of Reviewing Editors*

Asiye Çiğdem Şimşek / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Asiye Uğraş Dikmen / Gazi Üniversitesi
Burcu Yavuz Tabak / Aksaray Üniversitesi
Deniz Odabaş / Ankara Üniversitesi
Deniz Sezgin / Ankara Üniversitesi
Emine Avcı / T.C Sağlık Bakanlığı
Emrah Akbaş / T.C Sağlık Bakanlığı
Fevziye Çetinkaya / Erciyes Üniversitesi
Filiz Abacıgil / Adnan Menderes Üniversitesi
Filiz Aslantekin Özçoban
H. Ahmet Pekel / Gazi Üniversitesi
Hakan Tüzün / Gazi Üniversitesi
Hasan Tabak / Aksaray Üniversitesi
Hilal Özcebe / Hacettepe Üniversitesi
Hülya Şirin / Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Işıl Maral / İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Kerem Çelik / TED Üniversitesi
Meral Saygun / Kırıkkale Üniversitesi
Meryem Merve Ören / Kırıkkale Üniversitesi
Mustafa Altunsoy / Gazi Üniversitesi
Nureddin Özdener / Adana İl Sağlık Müdürlüğü
Özge Karadağ Çaman
Pınar Okyay / Adnan Menderes Üniversitesi
Sarp Üner / Lokam Hekim Üniversitesi
Şahin Toprak / Harran Üniversitesi
Tuba Özdemirhan / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Ufuk Timuçin / Maltepe Üniversitesi
Umut Beşpınar / ODTÜ
Zehra Aycan / Ankara Üniversitesi
Zeynep Şenlik / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

*İsme göre alfabetik sırada/ In alphabetical order by name

Sağlık Okuryazarlığı Dergisi ulusal hakemli bir dergidir. Yayımlanan makalelerin sorumluluğu yazarına/ yazarlarına aittir.
The Journal of Health Literacy is a national refereed journal. Authors bear responsibility for the content of their published articles.

TÜRKİYE ATIF DİZİNİ

Crossref

ROAD

TURK MEDLINE

İçindekiler Table of Contents

<i>Araştırma Makalesi / Research Article</i> <i>Adölesanlarda Tıbbi Yardım Arama Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması</i> <i>Development of the Medical Help-Seeking Behavior Scale in Adolescents: A Validity and Reliability Study</i> Hakan AVAN, Vedat ARGİN, Hamdi ÖZTÜRK, Davut NACAR	31-43
<i>Araştırma Makalesi / Research Article</i> <i>İnternet Haber Sitelerindeki Sağlıkla İlgili Yanlış Bilgiye Yönelik Algı ve Tutumlar: 4930 Yetişkinle Tanımlayıcı Kesitsel Bir Araştırma</i> <i>Perceptions and Attitudes Toward Health-Related Misinformation on Internet News Sites Among 4930 Adults: A Descriptive Cross-Sectional Study</i> Eray ÖNTAŞ	45-55
<i>Derleme / Literature Review</i> <i>Ürolojide Telesaglık Uygulamaları: Bir Derleme</i> <i>Telehealth Applications in Urology: A Review</i> Selim KOÇ	57-64



Adölesanlarda Tıbbi Yardım Arama Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması

Development of the Medical Help-Seeking Behavior Scale in Adolescents: A Validity and Reliability Study

Hakan AVAN^a Vedat ARGİN^b Hamdi ÖZTÜRK^b Davut NACAR^b

^aKahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Afşin Sağlık Yüksekokulu, Kahramanmaraş, Türkiye

^bKahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş, Türkiye

Özet

Amaç: Bu metodolojik çalışma, adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını değerlendirmek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmeyi hedeflemiştir.

Yöntem: Çalışma 15–21 yaş arası 368 adölesan ile yürütülmüş ve ölçek geliştirme süreci kavramsal çerçevenin oluşturulması, madde havuzunun hazırlanması, uzman görüşü, pilot uygulama ve faktör analizlerinden oluşmuştur. Öncelikle 10 adölesan ile yapılan yüz yüze görüşmeler ve literatür taramaları doğrultusunda 23 maddelik bir madde havuzu oluşturulmuştur. Uzman değerlendirmeleri sonucunda maddelerin kapsam geçerlilik oranları kabul edilebilir düzeyde bulunmuş ve tüm maddeler havuzda bırakılmıştır. Pilot uygulama sonrasında gerekli dil ve içerik düzenlemeleri yapılmıştır.

Bulgular: Açımlayıcı faktör analizi sonucunda faktör yükü düşük olan veya birden fazla boyuta yüklenen maddeler çıkarılarak ölçek 13 madde ve dört faktörden oluşan bir yapıya indirgenmiştir. Doğrulamalı faktör analizi ile ölçeğin dört faktörlü yapısı doğrulanmış ve tüm uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha=0,82) yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Geliştirilen Adölesanlar için Tıbbi Yardım Arama Davranışı Ölçeği'nin adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını değerlendirmede geçerli, güvenilir ve uygulanabilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, Sağlık davranışı, Yardım arama davranışı, Ölçek geliştirme, Psikometri, Geçerlik-güvenirlilik çalışması

Abstract

Aim: This methodological study aimed to develop a valid and reliable measurement tool to assess adolescents' medical help-seeking behaviors.

Method: The study was conducted with 368 adolescents aged 15–21, and the scale development process included the establishment of a conceptual framework, item pool generation, expert evaluation, pilot testing, and factor analyses. Initially, a 23-item pool was created based on face-to-face interviews with 10 adolescents and a review of the literature. Expert evaluations indicated that all items had acceptable content validity ratios and were therefore retained. Necessary linguistic and content revisions were made following the pilot application.

Results: Exploratory factor analysis (EFA) led to the removal of items with low factor loadings or cross-loadings, resulting in a 13-item scale with four factors. Confirmatory factor analysis (CFA) confirmed the four-factor model, demonstrating acceptable fit indices. The internal consistency coefficient of the scale (Cronbach's alpha=0.82) indicated high reliability.

Conclusion: The developed Medical Help-Seeking Behavior Scale for Adolescents was determined to be a valid, reliable, and applicable tool for assessing adolescents' medical help-seeking behaviors.

Keywords: Adolescent, Health behavior, Help-seeking behavior, Scale development, Psychometrics, Validation study

Giriş

Adölesan dönem, bireylerin çocukluktan yetişkinliğe geçiş sırasında yoğun biyolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal değişimler yaşadığı, sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde giderek daha fazla bağımsızlaştığı önemli bir gelişim evresidir (Avan, 2024). Adölesan dönem, 11–21 yaş aralığını kapsayan bir gelişim süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem, erken adölesanlık (11–14 yaş), orta adölesanlık (15–18 yaş) ve geç adölesanlık (18–21 yaş) olmak üzere üç evrede değerlendirilmektedir (Gutgesell & Payne, 2004; Irwansyah et al., 2025). Bu çalışmada özellikle geç adölesanlık ve genç yetişkinliğe geçiş dönemini kapsayan 15–21 yaş grubu ele alınmıştır. Bu yaş aralığı, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında daha yüksek düzeyde özerklik kazandıkları, dijital sağlık kaynaklarını aktif olarak kullandıkları ve tıbbi yardım arama davranışlarını daha bağımsız biçimde sergiledikleri bir dönemi yansıtmaktadır (Lupton, 2021; Park & Kwon, 2018). Tıbbi yardım arama ifadesi literatürde genellikle hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunları için profesyonel yardım arama davranışını kapsar. Yani tek başına fiziksel hastalıkları ya da sadece ruhsal sorunları ifade etmez; kişinin kendi sağlığıyla ilgili herhangi bir endişe, belirti veya sorunu için uygun sağlık hizmetine başvurmasını ifade eder (Alkholy et al., 2022; Umubyeyi et al., 2016). Dünya nüfusunun yaklaşık %16'sını oluşturan 10–19 yaş grubu Türkiye’de de benzer bir oranla toplumun anlamlı bir bölümünü oluşturmakta ve bu yaş döneminde edinilen sağlık davranışları yetişkinlikteki sağlık sonuçlarını önemli ölçüde belirlemektedir (Özdemir, 2025). Bu süreçte görülen hormonal değişiklikler, duygusal dalgalanmalar, artan akran etkisi ve bağımsızlık isteği, sağlık sorunlarını algılama ve çözme biçimlerini derinden etkilemektedir (Cherewick et al., 2021; Hawkins et al., 2025).

Dijitalleşmenin yoğun olduğu günümüz toplumunda adölesanlar, sağlık konularıyla karşılaştıklarında çoğu zaman ilk olarak çevrimiçi bilgi arayışına yönelmektedir. TikTok, Instagram, YouTube gibi sosyal medya platformları ile Google aramaları, adölesanların hem fiziksel hem de ruhsal sağlık konularında sıkça başvurduğu başlıca kaynaklar haline gelmiştir (Avan, 2024). Ancak dijital ortamların denetimsiz ve hızla değişen yapısı, yanlış, eksik veya yanıltıcı bilgilerin yayılmasını kolaylaştırarak profesyonel yardım arama davranışını geciktirebilmekte ya da engelleyebilmektedir (Shaw et al., 2021; Stauch et al., 2025). Özellikle COVID-19 dönemi, gençlerin yanlış bilgilere maruziyetini artırmış ve dijital bilgi kalitesini değerlendirme becerilerindeki yetersizliği görünür kılmıştır (Bittlingmayer et al., Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche./2020; Tangcharoensathien et al., 2020).

Türkiye’de yapılan araştırmalar da sağlık bilgisi arama davranışının dijital ortama kaydığını göstermektedir. TÜİK’in 2019 yılı verilerine göre internet kullanan bireylerin önemli bir kısmı sağlık bilgisi aramakta; bu davranış özellikle genç, eğitilmiş ve kentte yaşayan gruplarda daha belirgin görülmektedir (Özdemir, 2025). Ayrıca Ankara’da adölesanlar yapılan bir çalışma, öğrencilerin %56,1’inin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu ve bu durumun internet kullanımı, annenin eğitim düzeyi ve öz-yeterlik gibi faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, adölesanların dijital ortamdan gelen bilgileri eleştirel süzgeçten geçirmede zorlandığını göstermektedir (Haugen et al., 2022; Riiser et al., 2020).

Dijital bilgi arama davranışının yanı sıra sosyal çevre, adölesanların tıbbi yardım arama süreçlerinde önemli bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır. Aile tutumları, arkadaş desteği ve yakın çevrenin profesyonel yardıma ilişkin yaklaşımları, özellikle psikolojik destek arama niyetini güçlü biçimde etkilemektedir (Seyfi et al., 2013). Benzer biçimde ebeveynlerin sağlık bilgi arama davranışları, adölesanların dijital bilgiye duyduğu güveni ve e-sağlık okuryazarlık düzeyini şekillendirebilmektedir.

Bazı adölesanlar ise yaşadıkları sağlık belirtilerini hafife alma, hastalığı kendiliğinden geçeceğini düşünme veya doğal/alternatif yöntemlere yönelme eğilimi gösterebilmektedir (Zhao et al., 2023). Yardım aramayı geciktiren bu tutumlar, tedavi edilmesi gereken durumların ilerlemesine ve komplikasyonlara yol açabilmektedir. Literatür, adölesanların sağlık hizmeti arama süreçlerinde dijital bilgi arayışı, sosyal çevre etkisi ve erteleme davranışlarının birlikte rol oynadığını ancak bu faktörleri çok boyutlu biçimde değerlendirecek ölçme araçlarının sınırlı olduğunu göstermektedir (Zhao et al., 2023).

Bu bağlamda dijital sağlık okuryazarlığı kavramı, adölesanların çevrimiçi bilgiyle etkileşimini anlamada kritik bir yapı olarak öne çıkmaktadır. Nutbeam’ın sağlık okuryazarlığı modeline dayanan bu yaklaşım, bireylerin sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini hem bilişsel hem sosyal süreçler açısından ele almaktadır (Nutbeam, 2015; Taba et al., 2022). Ancak mevcut çalışmalar, adölesanlarda dijital sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu ve öz değerlendirme ile gerçek performansın çoğu zaman tutarsız olduğunu göstermektedir (McKinnon et al., 2020). Literatürde tıbbi yardım arama ölçekleri bulunmakla birlikte, bu ölçekler genellikle yetişkinler (Kıraç & Öztürk, 2021), engelliler (Siva et al., 2025) veya diğer savunmasız gruplar (Ghosal et al., 2023) için geliştirilmiştir.

Dolayısıyla adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını dijital etkenler, sosyal çevre etkisi ve erteleme eğilimi gibi bileşenler üzerinden sistematik biçimde değerlendirecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracına ihtiyaç

bulunmaktadır. Bu gereksinim hem akademik literatürdeki boşluğu doldurmak hem de sağlık profesyonellerinin adölesanlara yönelik müdahale programlarını daha etkili biçimde planlamasını sağlamak açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını değerlendirmek üzere geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmektir. Ölçek; dijital bilgi arama eğilimleri, sosyal çevrenin etkisi, yardım arama istekliliği ve yardım aramayı erteleme davranışları gibi temel boyutları kapsamayı hedeflemektedir.

Bu çalışma ile geliştirilecek ölçek, adölesanların sağlık davranışlarını çok boyutlu bir çerçevede değerlendirmeye olanak sağlayarak hem araştırmacılar hem de sağlık hizmeti sunan profesyoneller için önemli bir araç sunacaktır. Özellikle dijital bilgi akışının yoğun olduğu günümüzde, adölesanların sağlık hizmetine başvuru davranışlarını dijital ve sosyal etkenlerle birlikte incelemek, erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, sağlık eğitimi programlarının planlanması ve adölesanlara yönelik destek mekanizmalarının güçlendirilmesi açısından büyük katkı sağlayacaktır.

Materyal ve Metot

Araştırma Tasarımı

Bu çalışma metodolojik tipte bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını değerlendirmek üzere geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmektir. Çalışma süreci, kavramsal çerçevenin oluşturulması, madde havuzunun hazırlanması, uzman görüşü ile içerik geçerliliğinin sağlanması, ön deneme ve ana veri toplama aşamalarını kapsamaktadır.

Çalışma Alanı ve Zaman Çerçevesi

Bu çalışma, adölesan yaş grubuna yönelik olarak planlanmıştır. Çalışma, Kahramanmaraş ilinde bulunan lise ve üniversite öğrencilerini kapsamaktadır. Veri toplama süreci, 15 Ağustos 2025 – 1 Aralık 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Çalışma Evreni ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini, Kahramanmaraş ilinde bulunan 15-21 yaş adölesanlar oluşturmaktadır. Örneklem seçimi sürecinde kartopu yöntemi kullanılarak kolayda örnekleme yaklaşımı benimsenmiştir. Kartopu örnekleme yönteminin tercih edilme nedeni, hedeflenen adölesan grubuna ulaşmanın güç olması, özellikle sosyal çevre ve dijital platformlar üzerinden birbirleriyle bağlantılı bireyler aracılığıyla daha geniş bir katılımcı grubuna ulaşılabilmesi ve araştırmaya gönüllü katılımın artırılmasının amaçlanmasıdır. Ayrıca bu yöntem, zaman ve maliyet açısından araştırmacıya kolaylık sağlaması nedeniyle uygun görülmüştür. Literatürde, geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilecek ölçekler için örneklem büyüklüğünün her bir madde başına en az 5–10 katı katılımcıyı içermesi önerilmektedir (Alpar, 2020). Geliştirilen ölçek 23 maddeden oluştuğundan, her bir madde için en az 10 katı katılımcı hedeflenmiş ve örneklem büyüklüğü 230 kişi olarak belirlenmiştir ($23 \text{ madde} \times 10 = 230$). Olası veri kayıpları ve eksik doldurulan formları göz önünde bulundurarak, çalışmaya katılmayı kabul eden 368 adölesan birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Katılımcılar 15–21 yaş arası adölesan bireylerden oluşmakta olup, uygun örnekleme yöntemi ile seçilerek ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin güvenilir biçimde yürütülmesi sağlanmıştır. Çalışmaya dahil edilmeyen bireyler arasında 15 yaş altındakiler, okuyazar olmayanlar, sağlık nedeniyle formu dolduramayanlar, Türkçe konuşamayanlar, sağlık profesyonelleri ve katılmayı reddeden kişiler yer almaktadır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplamak için iki form kullanılmıştır. İlki, katılımcıların demografik ve kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilen Kişisel Bilgi Formu'dur. İkincisi ise adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını ölçmek amacıyla oluşturulan Adölesanlar için Tıbbi Yardım Arama Davranışı Ölçeği (TYADÖ)'dir.

Çalışma metodolojik bir tasarım çerçevesinde yürütülmüş ve veriler, çevrimiçi ortamda Google Formlar aracılığıyla uygulanan web tabanlı öz bildirim anketi yöntemiyle elde edilmiştir. Anketin çevrimiçi bağlantısı, katılımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak sosyal medya platformları, e-posta ve WhatsApp grupları aracılığıyla paylaşılmıştır. Bu yöntem, özellikle geniş ve erişimi kolay örneklem gruplarına ulaşmada etkili bir strateji olarak tercih edilmiştir. Katılımcıların veri toplama araçlarını tamamlaması ortalama 10–15 dakika sürmektedir.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür incelenerek (Avan, 2024; Haugen et al., 2022; Hawkins et al., 2025; Özdemir, 2025; Seyfi et al., 2013) geliştirilmiş olup yedi maddeden oluşmaktadır. Formda, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, gelir düzeyi,

eğitim durumu, sosyal güvenlik durumu ve aile tipi gibi temel demografik bilgiler yer almakta ve böylece örneklemin yapısal özelliklerinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi mümkün olmaktadır.

Adölesanlar için Tıbbi Yardım Arama Davranışı Ölçeği (TYADÖ)

TYADÖ, araştırmacılar tarafından literatür taramaları (Aguirre Velasco et al., 2020; Polat et al., 2023; Tutgun-ünal et al., 2021; van den Broek et al., 2023), benzer ölçek incelemeleri ve alan uzmanlarının görüşleri doğrultusunda geliştirilmiş bir ölçekme aracıdır. Ölçek, adölesanların sağlıkla ilgili karar alma süreçlerindeki dijital bilgi arama eğilimleri, sosyal çevrenin etkisi, sağlık profesyoneline başvurma istekliği ve tıbbi yardımı erteleme davranışları gibi çok boyutlu sağlık davranışlarını değerlendirmeye olanak sağlamaktadır.

Ölçek, toplam 23 maddeden oluşmakta ve maddeler beşli Likert tipi “1 = Kesinlikle Katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Kararsızım, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle Katılıyorum” ölçekle derecelendirilmiştir. Bunun yanı sıra olumsuz ifadeler içeren maddeler (örneğin, “Kendimi kötü hissetsem de doktora gitmeyi ertelerim”) ters puanlama yöntemiyle değerlendirilmiş, böylece ölçeğin ölçme geçerliliği ve güvenilirliği güçlendirilmiştir.

Veri Toplama Süreci

Madde Havuzu Oluşturma

TYADÖ’nün geliştirilme sürecine başlamadan önce, ölçeğin kapsamını ve madde havuzunu oluşturmaya yönelik olarak 10 adölesan ile yüz yüze görüşmeler yapılarak tıbbi yardım arama davranışlarına ilişkin görüşleri alınmıştır. Sorular “Bir sağlık sorunun olduğunda genellikle ne yaparsın? İlk adımın ne olur? Tıbbi yardım almaya ihtiyaç duyduğunu nasıl olur? Hangi durumlarda sağlık profesyoneline başvurmayı ertellersin? Sence hangi durum ‘mutlaka’ profesyonel tıbbi yardım gerektirir? Tıbbi yardım aramanı kolaylaştıran durumlar neler?” gibi yarı yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır. Bu görüşmenin neticesinde ölçek için madde havuzu oluşturulmuştur. Bu aşamada sağlık okuryazarlığı, e-sağlık davranışları, tıbbi yardım arama tutumları ve dijital medya kullanımına ilişkin literatür taramaları sistematik olarak yürütülmüştür (Aguirre Velasco et al., 2020; Polat et al., 2023; Tutgun-ünal et al., 2021; van den Broek et al., 2023). Ayrıca, Türkiye bağlamında adölesanların sağlıkla ilgili davranış eğilimleri ve dijital platformları kullanma alışkanlıkları incelenmiş, bu bilgiler doğrultusunda ölçek maddelerinin kültürel ve bağlamsal olarak uygunluğu gözlemlenmiştir. Madde havuzu hazırlanırken hem alan yazındaki mevcut ölçekler hem de güncel araştırma bulguları referans alınmış, ölçekte yer alacak her bir boyutun içerik geçerliliği temel alınarak başlangıç maddeleri oluşturulmuştur.

Uzman Görüşü

Oluşturulan madde havuzu alanında halen aktif olarak çalışan on beş akademisyenin (psikoloji, hemşirelik, halk sağlığı, psikolojik danışman, eğitim bilimleri ve sağlık iletişimi disiplinlerinden) değerlendirmesine sunulmuştur. Uzmanlardan, maddelerin içerik kapsamı, kavramsal uygunluğu ve anlaşılabilirliği ile ilgili detaylı geri bildirim alınmıştır. Bu süreçte, önerilen dilsel ve içerik düzenlemeleri titizlikle uygulanmış, maddelerin açık, anlaşılır ve güncel bilimsel bilgiye uygun bir biçimde ifade edilmesi sağlanmıştır. Böylece ölçeğin yüzey geçerliliği güçlendirilmiş ve hedef kitlenin kavrayabileceği bir dil kullanımı temin edilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için alanında uzman 15 kişiye uzman değerlendirme formları gönderilmiştir. Uzman değerlendirmeleri sonucunda ölçek maddelerine ilişkin KGO değerlerinin (0,76–1,00 aralığında) $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde, 15 uzman için belirlenen minimum kabul değeri olan 0,49’un üzerinde olduğu görülmüştür. Bu nedenle tüm maddeler madde havuzunda tutulmuştur. KGI değeri her boyut için ayrı ayrı değerlendirilmiş (KGI=0,76-0,95 arasında) ve KGI değerlerinin 0.67’den büyük olduğu için ölçeğin kapsam geçerliliği sağlanmıştır (Alpar, 2020).

Pilot Uygulama

Ölçeğin uygulanabilirliğini ve maddelerin anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla örneklem dışı 15–21 yaş arası 30 kişilik bir adölesan örneklem üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama sırasında, katılımcıların maddeleri anlama düzeyi, yanıt verirken karşılaştıkları zorluklar ve genel geri bildirimleri sistematik olarak toplanmıştır. Alınan geri bildirimler doğrultusunda, bazı maddelerde ifade sadeleştirmeleri ve kavramsal netleştirmeler yapılmıştır. Ayrıca, maddelerin sıralaması ve ölçek formatı gözden geçirilmiş, yanıtlayıcı deneyimini iyileştirecek düzenlemeler uygulanmıştır. Bu aşama sonucunda ölçek maddelerinin hem içerik hem de dil açısından hedef kitleye uygun hâle getirildiği doğrulanmıştır.

Veri Analizi

Çalışmada öncelikle kapsam geçerliliğini sağlamak için 15 uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Her bir maddenin kapsam geçerlilik oranı ve tüm maddeler için kapsam geçerlilik indeksi 0.70 üstü olduğu bulunmuş olup ölçeğin kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Tanımlayıcı (ortalama, standart sapma, çarpıklık basıklık) istatistiksel analizler yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını görmek amacıyla normallik testi yapılmış

olup verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Normallik testi sonrasında madde analizi yapılmıştır ve madde toplam korelasyon değeri 0,30'un altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Maddelerin çıkarılmasından sonra Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmıştır. Verilerin faktör analizi için örneklem uygunluğunun belirlenmesi amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik Testi yapılmıştır.

KMO katsayısı ve Barlett Küresellik Testi sonrasında ölçeğin boyutlarının özdeğerleri ve açıkladıkları varyanslar değerlendirilmiştir. Özdeğeri 1'den daha büyük faktörler analize dâhil edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılarak ölçeğin kaç boyuttan oluştuğu ve boyutların maddelerinin neler olduğu tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinin uyum iyiliği değerleri incelenmiş ve tüm değerlerin (χ^2/df , CFI, RMSEA, SRMR, NFI, IFI, AGFI, GFI, TLI) kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Son olarak boyutların isimlendirilme işlemi gerçekleştirilmiştir.

Etik Hususlar

Çalışmanın yürütülebilmesi amacıyla, Türkiye'deki bir devlet üniversitesinden 01.08.2025 tarih ve 441914 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmış ve katılımcıların gizliliği sağlanmıştır. Her bir adölesan ve velisinden, çalışmaya katılmadan önce onam alınmıştır. Özellikle 15–18 yaş grubundaki katılımcılar için ebeveyn onamı çevrimiçi ortamda alınmış; bu kapsamda veri toplama formuna erişim öncesinde ebeveynlere yönelik bilgilendirilmiş onam formu sunulmuş ve ebeveynlerin elektronik onayı (onay kutucuğu işaretleme ve formu onaylama) alınmadan adölesanların ankete erişimine izin verilmemiştir. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütülmüş olup, katılımcılara elde edilen verilerin yalnızca analizlerde veri toplama amacıyla kullanılacağı ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı bildirilmiştir. Çalışmaya yalnızca katılım için onay veren adölesanlar dahil edilmiştir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bulguları yorumlanırken bazı sınırlılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Öncelikle, örneklem seçiminin kartopu ve kolayda örnekleme yöntemine dayanması, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Ayrıca, veri toplamanın çevrimiçi öz bildirim anketleri aracılığıyla gerçekleştirilmesi, yanıtların katılımcıların öznel algılarına ve sosyal beklentilere bağlı olarak değişebilme olasılığını artırmakta ve dolayısıyla ölçüm tutarlılığını sınırlayabilmektedir. Son olarak, dijital bilgi arama ve sosyal destek faktörlerinin ölçümü, katılımcıların bireysel özellikleri ve kültürel bağlamdan etkilenebileceğinden, bu durum çalışmanın bulgularının genellenebilirliğini dolaylı olarak sınırlamaktadır. Bununla birlikte, çalışmada test-tekrar test güvenirliğinin değerlendirilmemiş olması, ölçüm aracının zamana karşı tutarlılığının belirlenmesini sınırlandıran önemli bir faktördür. Ayrıca, katılımcıların başlangıç sağlık durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülmemiş olması, elde edilen bulguların yorumlanmasında potansiyel karıştırıcı değişkenlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır. Tüm bu unsurlar, çalışmanın yorumlanmasında ve bulguların genelleştirilmesinde dikkatle ele alınması gereken sınırlılıklar olarak değerlendirilmektedir.

Bulgular

Araştırmaya katkıda bulunan katılımcıların %74,2'sinin (n=273) kadın, %76,7'sinin (n=282) 19-21 yaş arası, %88'inin (n=328) aile tipinin çekirdek aile, %68,8'sinin (n=253) gelirinin giderine eşit olduğu ve %53'ünün (n=195) ise sağlığını iyi olarak tanımladığı görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik veriler

Değişkenler	N	%
Cinsiyet	Kadın	273
	Erkek	95
Yaş	15-18 yaş	86
	19-21 yaş	282
Aile Tipi	Çekirdek aile	324
	Geniş aile	27
	Parçalanmış aile	17
Ailenin Gelir Durumu	Gelir giderden az	80
	Gelir giderine eşit	253
	Gelir giderden fazla	35
Kendi Sağlığını Tanımlama	Çok iyi	36
	İyi	195
	Orta	121
	Kötü	13
	Çok Kötü	3

Analize başlamadan önce verilerde herhangi bir kayıp ya da yanlış kodlama olup olmadığı (ver temizliği ve düzeni) kontrol edilmiştir. Ters yönde kodlanmış olan maddeler (4, 22 ve 23. maddeler) düzenlenmiştir. Verilerde aykırı gözlem oluşturacak uç değerlerin kontrolü yapılmış olup en düşük 2,5 en yüksek 3,00'ün üzerinde herhangi bir değere rastlanmamıştır.

Tablo 2. Tanımlayıcı istatistikler

	N	$\bar{X}$	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Min	Max
1. Bir sağlık sorunu olduğunda önce dijital ortamda (Google, TikTok, Instagram vb.) bilgi ararım.	368	2,88	1,108	0,068	-0,488	1	5
2. TikTok, Instagram veya YouTube gibi sosyal medyada sağlıkla ilgili videolar izlerim.	368	2,73	0,973	0,127	-0,022	1	5
3. Sağlık problemlerimle ilgili ne yapmam gerektiğine dijital ortamlarda öğrendiğim bilgilerle karar veririm.	368	1,92	0,970	0,974	0,487	1	5
4. Belirtiler çok ciddi değilse sağlık kurumuna gitmem.	368	3,08	1,161	-0,049	-0,745	1	5
5. Rahatsızlandığımda yakınlarıma haber veririm.	368	3,44	1,170	-0,265	-0,832	1	5
6. Uzun süren sağlık sorunu varsa doktora gitmek isterim.	368	4,38	0,862	-1,377	1,407	1	5
7. Kendimi iyi hissetmediğimde bir sağlık çalışanına danışmayı düşünürüm.	368	3,54	1,041	-0,270	-0,509	1	5
8. Sağlıkla ilgili bir konuda yardım istemekten çekinmem.	368	4,09	0,961	-0,927	0,262	1	5
9. Dijital ortamdan edindiğim sağlık bilgileri, doktora gitme kararımı etkiler.	368	2,52	1,188	0,348	-0,697	1	5
10. Sağlıkla ilgili dijital ortamdaki forumları ve yorumları takip ederim.	368	2,67	1,082	0,313	-0,449	1	5
11. Sağlık sorunlarımı ciddiye alırım.	368	4,01	0,993	-0,682	-0,271	1	5
12. Sağlık hizmetlerine başvurmak benim için önceliklidir.	368	3,93	0,962	-0,529	-0,468	1	5
13. Sağlık belirtilerim hafif olsa bile hekime danışmayı tercih ederim.	368	2,82	1,013	0,213	-0,280	1	5
14. Sağlık sorunlarım hakkında ailemle konuşurum.	368	3,78	1,030	-0,474	-0,603	1	5
15. Sağlık sorunlarımı zamanla geçer diye düşünürüm.	368	3,03	1,077	0,001	-0,398	1	5
16. Hastaneye başvurmadan önce doğal yöntemleri denerim.	368	3,03	1,131	-0,064	-0,563	1	5
17. Doktora gitmeden önce genellikle kendi yöntemlerimi denerim.	368	2,85	1,177	0,025	-0,766	1	5
18. Sağlık kararlarımda sosyal çevrem etkisi büyüktür.	368	2,37	1,038	0,425	-0,429	1	5
19. Ailem doktor ziyaretlerini destekliyorsa ben de daha çok giderim.	368	3,18	1,227	-0,191	-0,861	1	5
20. Tıbbi yardım aramadan önce çevremdekilerin fikrini alırım.	368	2,73	1,064	0,224	-0,556	1	5
21. Yakın çevrem tavsiyesi, doktora gidip gitmemi etkiler.	368	2,56	1,170	0,259	-0,798	1	5
22. Kendimi kötü hissetsem de doktora gitmeyi ertelerim.	368	2,23	1,116	0,550	-0,544	1	5
23. Gerekli olduğunda doktora gitmeyi ertelerim.	368	2,20	1,134	0,692	-0,263	1	5

Toplamda 368 gönüllü katılımcı üzerinde gerçekleştirilen araştırmanın tanımlayıcı verilerine (ortalama, standart sapma, çarpıklık, basıklık değerleri ile minimum ve maksimum değerler) ilişkin değerler Tablo 2'de verilmiştir. Çarpıklık ve Basıklık değerlerinin +1,5 ve -1,5 değerleri arasında olduğu görülmektedir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,5 ve -1,5 arasında olması verilerin normal dağılımı sağladığının bir göstergesidir (Tabachnick & Fidell, 2013).

Normallik testi yapıldıktan sonra madde analizi yapılmıştır. Madde analizinde maddeyle ölçeğin puanı arasındaki korelasyon değeri ölçülmektedir. Büyüköztürk (2017) madde toplam korelasyonu için 0,30 ve üstündeki değerlerin "kabul edilebilir" olarak ifade edilebileceğini belirtmiştir. Buna göre madde toplam korelasyon değeri 0,30'un altında olan maddeler (Item 5, Item 6, Item 7, Item 8, Item 11, Item 12, Item 13, Item 14 ve Item 19) ölçekten çıkarılmıştır. (Tablo 3). Güvenilirlik analizi sonucu Cronbach's alpha güvenilirlik katsayısı 0,824'tür.

Tablo 3. Tıbbi yardım arama davranışı ölçeği düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ve güvenirlik katsayısına ilişkin göstergeler

	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Cronbach's Alpha
1. Bir sağlık sorunun olduğunda önce dijital ortamda (Google, TikTok, Instagram vb.) bilgi ararım.	,467	,812
2. TikTok, Instagram veya YouTube gibi sosyal medyada sağlıkla ilgili videolar izlerim.	,302	,823
3. Sağlık problemlerimle ilgili ne yapmam gerektiğine dijital ortamlarda öğrendiğim bilgilerle karar veririm.	,509	,810
4. Belirtiler çok ciddi değilse sağlık kurumuna gitmem.	,345	,821
9. Dijital ortamdan edindiğim sağlık bilgileri, doktora gitme kararımı etkiler.	,478	,811
10. Sağlıkla ilgili dijital ortamdaki forumları ve yorumları takip ederim.	,335	,821
15. Sağlık sorunlarımı zamanla geçer diye düşünürüm.	,487	,811
16. Hastaneye başvurmadan önce doğal yöntemleri denerim.	,433	,814
17. Doktora gitmeden önce genellikle kendi yöntemlerimi denerim.	,565	,805
18. Sağlık kararlarımda sosyal çevrem etkisi büyüktür.	,553	,806
20. Tıbbi yardım aramadan önce çevremdekilerin fikrini alırım.	,490	,811
21. Yakın çevrem tavsiyesi, doktora gidip gitmemi etkiler.	,531	,807
22. Kendimi kötü hissetsem de doktora gitmeyi ertelerim.	,442	,814
23. Gerekli olduğunda doktora gitmeyi ertelerim.	,401	,817

Verilerin faktör analizi için örneklem uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı ve Bartlett Küresellik Testi ile tespit edilebilmektedir. KMO Katsayısının 0,60'tan yüksek olması, Bartlett Küresellik Testinin ise anlamlı çıkması elde edilen verilerin faktör analizi için örneklem uygunluğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2017).

Yapılan ilk faktör analizinde KMO değeri 0,782 olarak bulunmuş olup Bartlett Küresellik Testi'nin sonucu da ($\chi^2=1365,790$; $p<0,001$) anlamlı çıkmıştır. Bu değerlere göre verilerin faktör analizi için örneklem uygunluğuna sahip olduğu söylenebilir. Ancak, ölçeğin faktör yükünün belirlenmesinde 9 numaralı madde uygun istatistikî sonucu vermediği için ölçekten çıkarılmış ve 23 maddeden oluşan taslak ölçeğin madde sayısı 13'e düşmüştür.

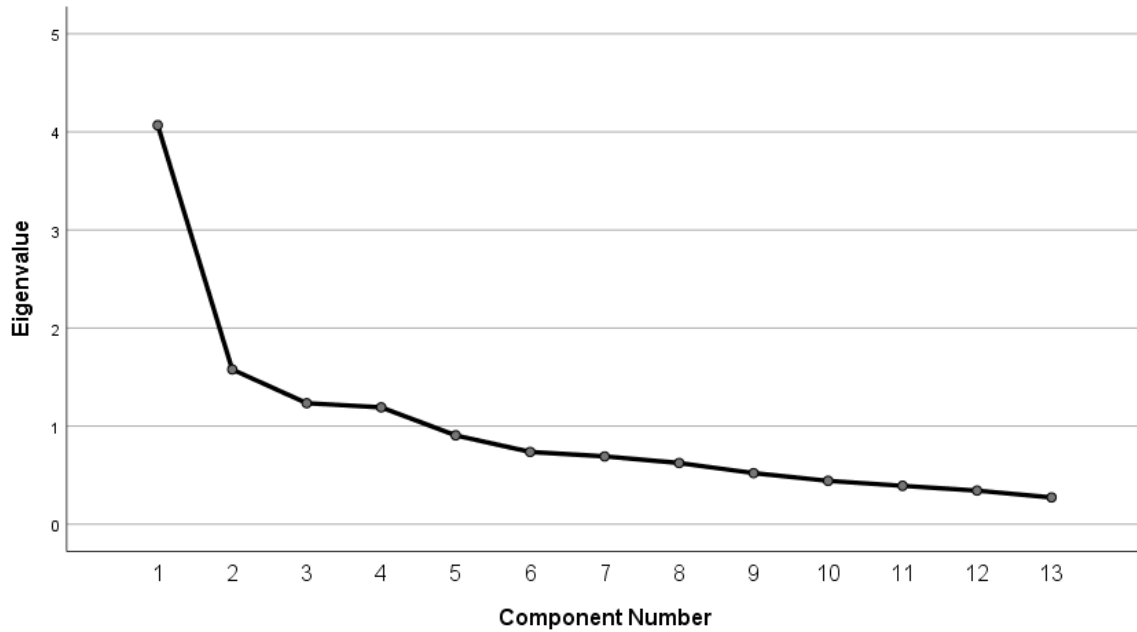
Tablo 4. Tıbbi yardım arama davranışı ölçeğinin boyutlarının özdeğerleri ve açıkladıkları varyans yüzdeleri

Faktör	Başlangıç Özdeğerleri			Açıklanan Varyans		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1. Sosyal Etki	4,348	31,054	31,054	2,118	16,294	16,294
2. Tedavi Arayışını Erteleme	1,692	12,087	43,141	2,074	15,952	32,246
3. Dijital Sağlık Arayışı	1,254	8,954	52,095	1,983	15,257	47,503
4. Geleneksel Yönelim	1,194	8,526	60,621	1,896	14,584	62,088

Özdeğer, bir faktör tarafından açıklanan toplam varyansı gösterir (Karagöz & Kösterelioğlu, 2008). Bu yaklaşımda genellikle özdeğeri 1'den daha büyük faktörler analize dâhil edilecek uygunlukta görülür (Altunışık et al., 2007). Tablo 4'teki özdeğer analizi sonucunda, birinci boyutun 4,348, ikinci boyutun 1,692, üçüncü boyutun 1,254 ve dördüncü boyutun ise 1,194 değer aldığı ve ölçeğin özdeğeri 1'den büyük dört boyuttan oluştuğu tespit edilmiştir. Özdeğer analizinden sonra faktör yapısını tespit etmek için dikkat edilmesi gereken bir başka husus da açıklanan varyanstır. Birinci boyutun toplam varyansın %16,294'ünü, ikinci boyutun %15,952'sini, üçüncü boyutun toplam varyansın %15,257'sini, dördüncü boyutun ise toplam varyansın %14,584'ünü açıkladığı tespit edilmiş olup bu dört boyutun ölçekteki toplam varyansın %62,088'ini açıklamakta olduğu görülmektedir.

Birinci boyut olan sosyal etki boyutu bireylerin çevrelerinin (toplum, aile, arkadaş vb.) beklentileri, davranışları ve görüşlerinden ne ölçüde etkilendiğini açıklamaktadır. İkinci boyut olan tedavi arayışını erteleme davranışı bireylerin bir sağlık sorunu yaşaması durumunda (hastane, doktor vb.) yardım alma davranışını ne ölçüde ertelediği veya geciktirdiğini açıklamaktadır. Üçüncü alt boyut olan dijital sağlık arayışı sağlıkla ilgili bilgi edinmek, öneri almak ve çözüm aramak için dijital platformları kullanmayı derecesini açıklamaktadır. Son boyut olan geleneksel yönelim boyutu ise bireylerin sağlık sorunlarına karşı profesyonel sağlık hizmeti almak yerine geleneksel yöntemlere (bitkisel çözümler, aile önerileri, alternatif uygulamalar) yönelmesini açıklamaktadır.

Ölçek boyutlarının özdeğerleri ve varyans yüzdeleri kadar çizgi grafiğine de dikkat edilmelidir.



Şekil 1. Tıbbi yardım arama davranışı ölçeği özdeğer çizgi grafiği

Tıbbi yardım arama davranışı ölçeği özdeğer çizgi grafiği incelendiğinde başlangıçta çizginin net bir şekilde düşüşe geçtiği ve özdeğerlerin daha dengeli azalmaya başladığı kırılma noktası 4'tür. Özdeğer ve varyans analizi sonuçları ile çizgi grafiği sonuçlarının örtüştüğü görülmekte olup ölçeğin dört faktörden oluştuğu söylenebilir (Grafik 1).

Faktör Maddelerinin Belirlenmesi

Tablo 5. Tıbbi yardım arama davranışı ölçeğinin madde faktör yük değerleri

Madde Numarası	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Cronbach's alpha
21.Yakın çevremizin tavsiyesi, doktora gidip gitmemi etkiler.	,857				,763
20. Tıbbi yardım aramadan önce çevremdekilerin fikrini alırım.	,773				
18. Sağlık kararlarımda sosyal çevremizin etkisi büyüktür.	,721				
22. Kendimi kötü hissetsem de doktora gitmeyi ertelerim.		,810			,687
23. Gerekli olduğunda doktora gitmeyi ertelerim.		,805			
4. Belirtiler çok ciddi değilse sağlık kurumuna gitmem.		,532			
15. Sağlık sorunlarımı zamanla geçer diye düşünürüm.		,514			
2. TikTok, Instagram veya YouTube gibi sosyal medyada sağlıkla ilgili videolar izlerim.			,838		,663
10. Sağlıkla ilgili dijital ortamdaki forumları ve yorumları takip ederim.			,686		
1. Bir sağlık sorunu olduğunda önce dijital ortamda (Google, TikTok, Instagram vb.) bilgi ararım.			,632		
3. Sağlık problemlerimle ilgili ne yapmam gerektiğine dijital ortamlarda öğrendiğim bilgilerle karar veririm.			,544		,827
16. Hastaneye başvurmadan önce doğal yöntemleri denerim.				,881	
17. Doktora gitmeden önce genellikle kendi yöntemlerimi denerim.				,835	
Toplam					,824

Ölçeğin faktör yük değerlerinin belirlenmesi için Varimax dik döndürme işlemi gerçekleştirilmiştir (Tablo 5). Bu doğrultuda 13 maddenin (İtem 1, İtem 2, İtem 3, İtem 4, İtem 10, İtem 15, İtem 16, İtem 17, İtem 18, İtem 20, İtem 21, İtem 22, İtem 23) faktör yükünün 0.30'dan yüksek olduğu görülmüştür.

Tıbbi yardım arama davranışı ölçeğine uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda 1. boyutun 3, 2. boyutun 4, 3. boyutun 4 ve 4. boyutun 2 maddeden oluştuğu saptanmıştır. Ölçek boyutları ve söz konusu boyutların maddelerinin belirlenmesinden sonra güvenilirlik çalışmasına geçilmiştir.

Cronbach's Alpha İç Tutarlılık Katsayısı ve Tabakalı Alpha Katsayısı

Durmuş vd., (2013) faktör analizi yapıldıktan sonra ölçekteki boyutların her birinin güvenilirliğinin tespit edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu nedenle güvenilirlik belirleme aracı olan Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı her bir boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

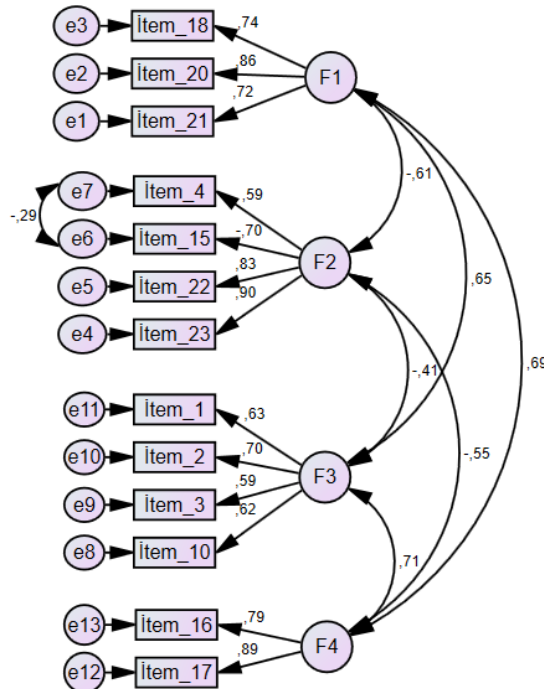
Tıbbi yardım arama davranışı ölçeğinin boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 5'te verilmiştir. Dört boyutu bulunan ölçeğin 1. boyutu $\alpha=0,763$, 2. boyutu $\alpha=0,687$, 3. boyutu $\alpha=0,663$, 4. boyutu $\alpha=0,827$ olarak hesaplanmıştır. Tüm boyutlar için hesaplanan güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=0,824$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6. DFA uyum iyiliği indeksleri ve eşik değerler

Uyum İyiliği İndeksi	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Doğrulayıcı Faktör Analizi
χ^2/df	< 3	< 5	2,087
CFI	>0.95	>0.90	,947
RMSEA	<0.05	<0.08	,072
SRMR	<0.05	<0.08	,054
NFI	>0.95	>0.90	,905
IFI	>0.95	>0.90	,948
AGFI	>0.90	>0.85	,875
GFI	>0.95	>0.90	,921
NNFI (TLI)	>0.95	>0.90	,929

Kaynak: Gürbüz, S. (2019). *AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi*, Ankara: Seçkin Yayıncılık. (Gürbüz, 2019)

Açımlayıcı faktör analizi ile ölçeğin toplamda 4 faktör ve 13 maddeden oluştuğu saptanmıştır. Bu sonuç Doğrulayıcı faktör analizi ile uyum iyiliği indeksleri incelenmiştir (Tablo 6).



Şekil 2. Tıbbi yardım arama davranışı ölçeğinin doğrulayıcı faktör analiz sonucu

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda uyum iyiliği indekslerine göre ölçeğin 4 faktör ve 13 maddeden oluştuğu doğrulanmıştır (Şekil 2). Doğrulamalı faktör analizi sonrasında faktör adlandırma işlemi yapılmıştır. 1. boyut “Sosyal Etki”, 2. Boyut “Tedavi Arayışını Erteleme”, 3. Boyut “Dijital Sağlık Arayışı” ve 4. boyut “Geleneksel Yönelim” olarak adlandırılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Adölesan dönemde bireyler riskli sağlık davranışlarını kolayca benimseyebilmekte ve bu durum önemli düzeyde morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle adölesanların sağlıklı bir şekilde büyüyüp gelişebilmeleri için yaşlarına uygun, adil ve etkili sağlık hizmetlerine erişimleri büyük önem taşımaktadır. Adölesanlarda riskli davranışların azaltılması, sağlığın korunması ve gerekli hizmetlere erişimin desteklenmesi açısından dijital teknoloji temelli müdahaleler günümüz koşullarında öne çıkan yaklaşımlardan biridir. Sürekli gelişen dijital teknoloji insan yaşamına pek çok olumlu katkı sunarak vazgeçilmez bir konuma gelmiş; aynı şekilde dijital medya ve teknoloji adölesanların günlük yaşamlarının da ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Özdemir, 2025).

Bu çalışmada adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarını belirlemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır. İlk aşamada 17 maddeden oluşan ölçek taslağı, ön uygulama ve uzman görüşleri doğrultusunda genişletilerek 23 maddelik bir forma dönüştürülmüştür. Bu form ilk örneklem grubuna uygulanmış ve yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda bazı maddelerin birden fazla faktörde benzer yük değerlerine sahip olması, bazı maddelerin faktör yük değerlerinin düşük olması ve bazı faktörlerde yeterli madde sayısının sağlanamaması nedeniyle ilgili maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Böylece ölçeğin 13 madde ve 4 faktörden oluşan nihai yapısı elde edilmiştir.

Elde edilen faktör yapısı doğrulamalı faktör analizi ile test edilmiş ve model uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alpha = 0,82 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin genel olarak iyi düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir (Özdamar, 1999).

Alt boyutlara ilişkin güvenilirlik katsayıları incelendiğinde birinci boyutun $\alpha=0,763$, ikinci boyutun $\alpha=0,687$, üçüncü boyutun $\alpha=0,663$ ve dördüncü boyutun $\alpha=0,827$ olduğu görülmüştür. Özellikle ikinci ve üçüncü boyutların iç tutarlılık katsayılarının 0,79’un altında kalması, bu alt boyutların güvenilirliğinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçek geliştirme çalışmalarında özellikle yeni geliştirilen ölçeklerde bazı alt boyutların görece düşük güvenilirlik değerlerine sahip olması mümkündür. Literatürde keşifsel araştırmalarda 0,60 ve üzerindeki Cronbach alpha değerlerinin kabul edilebilir düzeyde güvenilirlik göstergesi olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir (Hair et al., 2019; Nunnally & Bernstein, 1994). Bu nedenle mevcut çalışmada elde edilen değerlerin ölçeğin geliştirme aşaması açısından kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu söylenebilir. Bununla birlikte ilgili alt boyutların psikometrik özelliklerinin daha güçlü biçimde ortaya konulabilmesi için ölçeğin daha geniş ve farklı örneklem üzerinde yeniden test edilmesi önerilmektedir (DeVellis, 2017).

Açımlayıcı ve doğrulamalı faktör analizleri sonucunda ölçeğin dört boyuttan oluştuğu görülmüştür. Bu boyutlar Sosyal Etki, Tedavi Arayışını Erteleme, Dijital Sağlık Arayışı ve Geleneksel Yönelim olarak adlandırılmıştır. Bu boyutlar adölesanların tıbbi yardım arama süreçlerinde sosyal çevre etkisi, sağlık hizmetine başvuruyu geciktirme eğilimleri, dijital ortamlarda sağlık bilgisi arama davranışı ve geleneksel sağlık yönelimleri gibi farklı yönleri kapsamlı biçimde ele almaktadır. Ölçeğin beşli likert tipinde yapılandırılması katılımcıların bu davranışlara ilişkin tutumlarını daha ayrıntılı biçimde değerlendirmeye olanak sağlamaktadır.

Bu çalışmanın önemli sınırlılıklarından biri örneklem yapısıyla ilgilidir. Araştırma örnekleminin yaklaşık %70’inin kadın katılımcılardan oluşması ve katılımcıların yaklaşık %60’nının 19–21 yaş aralığında bulunması, örneklem dağılımında belirli bir dengesizliğe işaret etmektedir. Bu durum elde edilen bulguların tüm adölesan nüfusu için genellenebilirliğini sınırlayabilecek potansiyel bir örneklem yanlılığı oluşturabilir. Bu nedenle mevcut çalışma, geliştirilen ölçeğin ilk psikometrik özelliklerini ortaya koyan bir pilot / ön çalışma (preliminary study) olarak değerlendirilmelidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik özelliklerinin daha güçlü biçimde ortaya konulabilmesi için farklı sosyodemografik özelliklere sahip, daha geniş ve temsili ulusal örneklem üzerinde yeniden test edilmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen bulguların, ölçek daha geniş ve temsili örneklemde doğrulanıncaya kadar yalnızca bu araştırmaya katılan örneklem grubu bağlamında yorumlanması gerektiği dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte geliştirilen ölçek, adölesanların tıbbi yardım arama davranışlarının dijital faktörler ve sosyal destek bağlamında değerlendirilmesine yönelik önemli bir ölçme aracı sunmaktadır. Özellikle dijital ortamda yer

alan yanlış sağlık bilgileri, yetersiz çevrimiçi yönlendirmeler veya sosyal destek eksikliği adölesanların sağlık hizmetlerine zamanında ve doğru şekilde ulaşmalarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle geliştirilen ölçme aracının adölesanların sağlık hizmeti arama davranışlarının daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma kapsamında geliştirilen Adölesanlar İçin Tıbbi Yardım Arama Davranışı Ölçeği, geçerlik ve güvenirlik açısından kabul edilebilir psikometrik özellikler göstermektedir. Ölçeğin ilerleyen araştırmalarda farklı örneklemelerde uygulanması ve özellikle dijital sağlık davranışları, sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişim konularıyla ilişkilendirilerek kullanılması araştırmacılar açısından yararlı olabilir. Ayrıca bu ölçek, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılar tarafından adölesanların sağlık hizmetlerine başvurma süreçlerinde karşılaştıkları dijital ve sosyal engellerin belirlenmesinde de kullanılabilecek potansiyele sahiptir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi amacıyla, Türkiye'deki bir devlet üniversitesinden 01.08.2025 tarih ve 441914 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmış ve katılımcıların gizliliği sağlanmıştır. Her bir adölesan ve velisinden, çalışmaya katılmadan önce onam alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütülmüş olup, katılımcılara elde edilen verilerin yalnızca analizlerde veri toplama amacıyla kullanılacağı ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı bildirilmiştir. Çalışmaya yalnızca katılım için onay veren adölesanlar dahil edilmiştir.

Yazar Katkı Oranı

Fikir/Kavram: HA; Tasarım: HA, HÖ, DN; Veri toplama: HA, VA, HÖ, DN; Veri işleme: HÖ, DN; Analiz ve/veya yorum: HA, HÖ, DN; Kaynak tarama: HA, VA, HÖ, DN; Makalenin yazımı: HA, VA, HÖ, DN; Eleştirel inceleme: HA, VA, HÖ, DN.

Çıkar Çatışması

Yazarlarla diğer kişi ya da kurumlarla herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Bu çalışma mali açıdan desteklenmemiştir.

KAYNAKLAR

- Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Alpar, R. (Ed.). (2020). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenirlik*. Ankara, Türkiye: Detay Yayıncılık.
- Avan, H. (2024). Adölesanlarda Sosyal Medya Kullanım Amaçları ve Bağımlılığının Fiziksel Aktivite, Beslenme, Stres Yönetimi ve Kişilerarası İletişim Üzerine Etkisinin Belirlenmesi [Determination of the Effects of Social Media Use Purposes and Addiction on Physical Activity, Nutrition, Stress Management and Interpersonal Relationships in Adolescents]. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 977–989.
- Bittlingmayer, U. H., Dadaczynski, K., Sahrai, D., van den Broucke, S., & Okan, O. (2020). [Digital health literacy- conceptual contextualization, measurement, and promotion]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 63(2), 176–184. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03087-6> (Original work published Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche.)
- Cherewick, M., Lebu, S., Su, C., Richards, L., Njau, P. F., & Dahl, R. E. (2021). Promoting gender equity in very young adolescents: targeting a window of opportunity for social emotional learning and identity development. *BMC Public Health*, 21(1), 2299. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12278-3>
- Haugen, A. L. H., Riiser, K., Esser-Noethlichs, M., & Hatlevik, O. E. (2022). Developing Indicators to Measure Critical Health Literacy in the Context of Norwegian Lower Secondary Schools. *Int J Environ Res Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19053116>
- Hawkins, A., Taba, M., Caldwell, P. H. Y., Kang, M., Skinner, S. R., McCaffery, K., & Scott, K. M. (2025). Enhancing digital health literacy in adolescents: evaluation of a co-designed educational app. *BMC Public Health*, 25(1), 3869. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25022-y>
- McKinnon, K. A., P, H. Y. C., & Scott, K. M. (2020). How adolescent patients search for and appraise online health information: A pilot study. *J Paediatr Child Health*, 56(8), 1270–1276. <https://doi.org/10.1111/jpc.14918>
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *総合健診*, 42(4), 450–456.
- Özdemir, S. (2025). ADOLESAN DÖNEM VE DİJİTAL SAğLIK HİZMETLERİ. *Hitit Sağlık Dergisi*(5), 9–17. <https://doi.org/10.69563/hititsaglikderg.1599029>
- Polat, T., Özcan, M., & Alkan Polat, B. (2023). Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığının Sağlığı Geliştirme Davranışına Etkisi [The Effect of E-Health Literacy on Health Promotion Behavior in Adolescents]. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1060–1071. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1094351>
- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torbjørnsen, A., & Richardsen, K. R. (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS One*, 15(8), e0238161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238161>
- Seyfi, F., Poudel, K. C., Yasuoka, J., Otsuka, K., & Jimba, M. (2013). Intention to seek professional psychological help among college students in Turkey: influence of help-seeking attitudes. *BMC Research Notes*, 6(1), 519. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-519>
- Shaw, E., Walpole, S., McLean, M., Alvarez-Nieto, C., Barna, S., Bazin, K., Behrens, G., Chase, H., Duane, B., El Omrani, O., Elf, M., Faerron Guzmán, C. A., Falceto de Barros, E., Gibbs, T. J., Groome, J., Hackett, F., Harden, J., Hothersall, E. J., Hourihane, M.,...Woollard, R. (2021). AMEE Consensus Statement: Planetary health and education for sustainable healthcare. *Med Teach*, 43(3), 272–286. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1860207>
- Stauch, L., Renninger, D., Rangnow, P., Hartmann, A., Fischer, L., Dadaczynski, K., & Okan, O. (2025). Digital Health Literacy of Children and Adolescents and Its Association With Sociodemographic Factors: Representative Study Findings From Germany. *J Med Internet Res*, 27, e69170. <https://doi.org/10.2196/69170>
- Taba, M., Allen, T. B., Caldwell, P. H. Y., Skinner, S. R., Kang, M., McCaffery, K., & Scott, K. M. (2022). Adolescents' self-efficacy and digital health literacy: a cross-sectional mixed methods study. *BMC Public Health*, 22(1), 1223. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13599-7>
- Tangcharoensathien, V., Calleja, N., Nguyen, T., Purnat, T., D'Agostino, M., Garcia-Saiso, S., Landry, M., Rashidian, A., Hamilton, C., AbdAllah, A., Ghiga, I., Hill, A., Hougendobler, D., van Andel, J., Nunn, M., Brooks, I., Sacco, P. L., De Domenico, M., Mai, P.,...Briand, S. (2020). Framework for Managing the COVID-19 Infodemic: Methods and Results of an Online, Crowdsourced WHO Technical Consultation. *J Med Internet Res*, 22(6), e19659. <https://doi.org/10.2196/19659>
- Tutgun-Ünal, A., Ekinçi, Y., & Tarhan, N. (2021). Dijital Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Alanyazın İncelemesi [A Literature Review on Digital Health Literacy]. *Bayterek Uluslararası Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 148–165. <https://doi.org/10.48174/buaad.42.1>

- van den Broek, M., Gandhi, Y., Sureshkumar, D. S., Prina, M., Bhatia, U., Patel, V., Singla, D. R., Velleman, R., Weiss, H. A., Garg, A., Sequeira, M., Pusdekar, V., Jordans, M. J. D., & Nadkarni, A. (2023). Interventions to increase help-seeking for mental health care in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(9), e0002302. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002302>
- Zhao, Y., Li, Y., & Zhao, J. (2023). A qualitative study of the reasons for delayed medical treatment in adolescents with depression based on the health ecology model. *Front Public Health*, 11, 1124397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1124397>



İnternet Haber Sitelerindeki Sağlıkla İlgili Yanlış Bilgiye Yönelik Algı ve Tutumlar: 4930 Yetişkinle Tanımlayıcı Kesitsel Bir Araştırma

Perceptions and Attitudes Toward Health-Related Misinformation on Internet News Sites Among 4930 Adults: A Descriptive Cross-Sectional Study

 Eray ÖNTAŞ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 06590, Türkiye

Özet

İnternet haber sitelerinde yer alan sağlıkla ilgili yanlış bilgilerin (SİYB) toplum sağlığına etkisine dair görüşlerin değerlendirilmesi, SİYB'nin kaynakları, yayılma nedenleri, mücadele unsurları ve denetim-yaptırım beklentilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı kesitsel tasarımı bu araştırma, 21 Kasım 2020 -11 Aralık 2020 tarihleri arasında Facebook ve Google reklamları aracılığıyla ulaşılan Türkiye'den 18 yaş ve üzeri 4930 bireyle çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi, Cramer's-V etki büyüklüğü ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı 53 (IQR=43-60), %57,6'sı kadın, %41,2'si en az lisans mezunudur. Katılımcıların %91,8'i SİYB'nin toplum sağlığı açısından risk oluşturduğunu düşünmektedir. SİYB'nin en önemli kaynağı olarak haber editörleri (%24,7) ve medyada tanınırlığı yüksek kişiler (%24,7) gösterilmiş, bunları kamu yetkilileri (%16,0) izlemiştir. Denetim sorumluluğu öncelikle Sağlık Bakanlığı (%55,0) ve Türk Tabipleri Birliği'ne (%40,9) atfedilmiş; katılımcıların %77,1'i yanlış bilgi üretenin, %41,0'ı yayımlayanın sorumlu tutulmasını belirtmiştir. Yayılma nedeni olarak kamunun yeterince bilgilendirilmemesi (%46,3) ve medyanın ekonomik kaygılarla içerik belirlemesi (%39,1); mücadele unsuru olarak eğitim (%34,3) ve teyit mekanizmaları (%23,2) öne çıkmıştır. Haberlerde en çok beklenen kriterler yazarın adı ve yetkinliğinin paylaşılması (%57,0) ile atıfta bulunma (%37,7); bilgi aramada en sık başvurulan kaynaklar hastane siteleri (%42,5); tercih nedeni kolay erişilebilirliktir (%54,2). Eğitim düzeyinin en güçlü ilişkisi bilgi arama davranışları (tıbbi veritabanı kullanımı: $V=0,212$) ve haberlerde beklenen niteliksel kriterlerdedir (atıfta bulunma: $V=0,201$). Eğitim, beklenen niteliksel kriter sayısı ve yetkin kaynak kullanımıyla güçlü ilişki göstermiş; iki gösterge korele bulunmuştur ($p=0,435$, $p<0,001$). Eğitim düzeyi risk algısından çok bilgi arama davranışları ve nitelik beklentileriyle ilişkilidir. Bulgular, farklı eğitim düzeylerine yönelik katmanlı müdahale stratejileri tasarlanması gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *infodemi, sağlık okuryazarlığı, sağlık iletişimi, risk iletişimi, internet haberleri*

Abstract

This study evaluated online survey participants' views on the public-health impact of health-related misinformation (HRM) on internet news sites and identified its sources, reasons for spread, elements for combating it, and oversight–enforcement expectations. This descriptive cross-sectional online study included 4930 adults (≥ 18 years) from Türkiye, recruited via Facebook and Google advertisements in 21.11.2020-11.12.2020. Descriptive statistics, the chi-square test, Cramer's-V effect size, and multivariable logistic regression were used. Median age was 53 (IQR: 43–60); 57.6% were female and 41.2% held at least a bachelor's degree. Among respondents ($n=4916$), 91.8% considered HRM a public-health risk. The most important source was news editors (24.7%) and high-profile media figures (24.7%), followed by public officials (16.0%). Oversight was primarily attributed to the Ministry of Health (55.0%) and the Turkish Medical Association (40.9%); 77.1% held producers and 41.0% publishers accountable. Main reasons for spread were insufficient public information (46.3%) and economically driven media content (39.1%); key elements for combating it were education (34.3%) and verification mechanisms (23.2%). The most valued quality criteria in health news were disclosure of author name/expertise (57.0%) and attribution (37.7%); the most consulted source was hospital websites (42.5%), chosen mainly for ease of access (54.2%). Education showed its strongest associations with information-seeking behaviours (medical database use: $V=0.212$) and expected quality criteria (attribution: $V=0.201$). In composite indices, education was strongly associated with the number of expected quality criteria and authoritative-source use, which correlated ($p=0.435$, $p<0.001$). Education is associated more with information-seeking behaviours and quality expectations than with risk perception. Findings indicate that stratified interventions tailored to different education levels among those with online access should be designed.

Keywords: *infodemic, health literacy, health communication, risk communication, internet news*

Giriş

Dijital çağda internet, toplumun sağlık bilgisine erişiminde birincil kaynaklardan biri haline gelmiştir. Ancak bu erişim kolaylığı, beraberinde sağlıkla ilgili yanlış bilginin (SİYB) hızla yayılması sorununu getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 pandemisiyle birlikte doğru bilgi kadar yanlış bilginin de hızla yayıldığı durumu tanımlamak üzere “infodemi” kavramını gündeme getirmiş ve bunu halk sağlığını tehdit eden bağımsız bir sorun alanı olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2020). Suárez-Lledo ve Alvarez-Galvez'in (2021) sistematik derlemesi, sosyal medyada sağlıkla ilgili yanlış bilginin yaygınlığının özellikle aşılarda (%43), sigara ürünleri ve ilaçlar konularında yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021).

Sağlıkla ilgili yanlış bilginin anlaşılması için çeşitli kavramsal çerçeveler önerilmiştir. DSÖ'nün 2021 yılında yayımladığı infodemik yönetim yetkinlik çerçevesi, sağlık otoritelerinin kanıta dayalı risk analizi yaklaşımlarıyla yanlış bilgiyi sistematik olarak yönetmesini öngörmektedir (Rubinelli et al., 2022). Alvarez-Galvez ve arkadaşları (2025) 51 derlemeyi kapsayan sistematik bir derleme ile SİYB'nin altı temel bileşenini, “kaynak, etkenler, içerik, yayılım kanalları, hedef kitleler ve sağlıkla ilgili etkiler” üzerinden bütünleştiren bir kavramsal çerçeve geliştirmiştir (Alvarez-Galvez et al., 2025). Bu çerçevedeki “hedef kitleler” bileşeni, bireylerin sosyodemografik özelliklerinin SİYB'ye duyarlılık ve yanıt örüntülerini nasıl şekillendirdiğini anlamayı gerektirmektedir. Mevcut çalışma, Alvarez-Galvez çerçevesinin “hedef kitleler” ve “etkenler” bileşenleri çerçevesinde, Türkiye'de çevrimiçi ankete katılan yetişkinlerin SİYB'ye yönelik algı, tutum ve davranışlarını sosyodemografik belirleyiciler üzerinden incelemektedir. Söz konusu çerçeve, veri toplandığı 2020 döneminde henüz yayımlanmamış olup analiz ve tartışma bu çerçeveye sonradan (retrospektif olarak) ilişkilendirilmiştir.

Küresel ölçekte SİYB'ye duyarlılığın bireysel belirleyicilerini inceleyen sistematik derleme (Nan ve ark., 2022; 47 yayın, 61 ampirik çalışma), yüksek eğitim düzeyinin, bilgi okuryazarlığının ve analitik düşünmenin SİYB'ye karşı koruyucu faktörler olduğunu; sosyal medya kullanımının ise artırıcı bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Nan et al., 2022). Amerika Birleşik Devletleri'nde 6252 kişiyle gerçekleştirilen Sağlık Bilgisi Ulusal Eğilimler Anketi-6 (Health Information National Trends Survey, HINTS-6) verilerine dayanan bir araştırmada, sosyal medya kullanıcılarının üçte birinden fazlasının (%35,6) yüksek düzeyde SİYB'ye maruz kaldığını algıladığı ve yaklaşık üçte ikisinin (%66,6) yüksek düzeyde ayırt etme güçlüğü bildirdiği, eğitim düzeyinin ve dijital okuryazarlığın algıyı bağımsız olarak yordadığı saptanmıştır (Gaysynsky et al., 2024). Avrupa Birliği'nde Eurobarometer araştırmaları, AB vatandaşlarının %66'sının son bir hafta içinde sıklıkla dezenformasyona ve sahte haberlere maruz kaldığını hissettiğini göstermektedir (European Parliament, 2025).

Türkiye, SİYB açısından dikkat çekici bir konumdadır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması'na (2020) göre, son üç ay içinde internet kullanan bireylerin %64,4'ü interneti çevrimiçi haber okuma, %65,4'ü sağlıkla ilgili bilgi arama amacıyla kullanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020). Reuters Institute Digital News Report (2020) verilerine göre internet, Türkiye'de habere erişmek için en sık kullanılan kaynaktır (%85) (Newman N, 2020). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyi de bu bağlamda belirleyici bir etkidir. Sağlık Bakanlığı'nın 2023 ulusal araştırmasına göre nüfusun %46,1'inin sağlık okuryazarlığı yeterli veya daha yüksek saptanmıştır (2017 çalışmasında %31,1); nüfusun yarısından fazlasının sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Sağlıkla ilgili yanlış bilgi sorununu yalnızca talep (kamu algısı) boyutuyla değil, arz (içerik üretimi ve yayılımı) boyutuyla da ele almak gerekmektedir. Öntaş ve arkadaşları (2024), Türkiye'deki 11 internet haber sitesinden derlenen 846 sağlık haberinin içerik analizini ve 78 paydaşla yapılan karma yöntemli bir araştırmayı raporlamıştır (Öntaş et al., 2024). Bu çalışmada, haberlerin %63'ünde yazar bilgisinin bulunmadığı, yalnızca %16,4'ünde bilimsel kaynağa atıf yapıldığı ve paydaşların %96,2'sinin yanlış sağlık haberinin halk sağlığı açısından risk oluşturduğunu ifade ettiği belirlenmiştir (Öntaş et al., 2024). Dijital sağlık okuryazarlığını değerlendiren güncel sistematik derlemeler, düşük e-sağlık okuryazarlığının çevrimiçi sağlık bilgisini değerlendirme kapasitesiyle olumsuz ilişkili olduğunu tutarlı biçimde göstermektedir (Diviani et al., 2015; Wiener & Abuhlimeh, 2025).

Mevcut literatürde SİYB'ye ilişkin kamusal algı çalışmaları büyük ölçüde ABD (Amerika Birleşik Devletleri) ve Avrupa bağlamında, çoğunlukla maruziyet ve inanç düzeylerini ölçen tasarımlarla yürütülmüştür. Ancak kamunun SİYB'nin kaynakları, yayılma etkenleri, mücadele unsurları ve denetim beklentileri hakkındaki görüşlerini bütünsel olarak değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Türkiye'de ise büyük örneklemli popülasyon düzeyinde çalışmalar eksiktir. Bu araştırma, COVID-19 pandemisinin ikinci dalgası sırasında Türkiye'de çevrimiçi ankete katılan 4930 yetişkinin görüşlerini Alvarez-Galvez çerçevesinin bileşenleri doğrultusunda değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Alvarez-Galvez et al., 2025). Çalışmanın amaçları: (1) SİYB'nin risk olarak algılanma düzeyinin değerlendirilmesi, (2) SİYB'nin kaynakları ve yayılma etkenleri hakkındaki görüşlerin belirlenmesi, (3) denetim ve yaptırım beklentilerinin saptanması, (4) sağlık bilgisi arama davranışları ve

haberlerde beklenen nitelik kriterlerinin ortaya konulması, (5) bu değişkenlerin sosyodemografik özelliklerle bağımsız ilişkisinin tek değişkenli ve çok değişkenli düzeyde incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tasarımı

Bu çalışma, tanımlayıcı kesitsel tasarımda, çevrimiçi bir anket araştırmasıdır. Kesitsel tasarım, verinin tek bir zaman noktasında toplanmasına; “tanımlayıcı” nitelime ise çalışmanın hipotez sınamaktan çok bir grubun özelliklerini betimlemeyi amaçlamasına işaret eder. Kolayda örnekleme kullanıldığından bulgular evrene genellenemez; bu nedenle çalışma, çevrimiçi ankete katılan yetişkinleri betimleyen tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak konumlandırılmıştır. Veri toplama, 21 Kasım-11 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar ve Örnekleme Stratejisi

Hedef evren, Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzeri internet kullanıcılarıdır; TÜİK 2020 verilerine göre 16-74 yaş grubunda internet kullanım oranı %79,0 olup evren büyüklüğü kesin biçimde tanımlanamamaktadır. Kolayda örnekleme (convenience sampling) yöntemi kullanılmıştır; bu yöntem evrenin tamamını temsil etmediğinden bulgular yalnızca ankete katılan bireyleri betimler. Facebook Ads ve Google Ads ile 18 yaş ve üzeri Türkiye’de ikamet eden kullanıcılar hedef seçilmiştir. Reklam hizmeti sunan ilgili sistemlerin belirlediği sağlık haberleri ile ilgili anahtar kelimelerle arama yapanlara araştırmaya katılım daveti, reklam görseli olarak gösterilmiştir. Görsellere ilgi gösteren ve tıklayan katılımcılar, çevrimiçi anket formuna yönlendirilmiş, aydınlatılmış onamı kabul eden katılımcılar 14 soruluk anketi yanıtlamıştır. Toplam 4930 geçerli yanıt elde edilmiştir. Ön güç analizi yapılmamıştır; ancak post-hoc güç hesabı, $n=4930$ örneklem büyüklüğünün Ki-kare testinde $\alpha=0,05$ ve $df=3$ koşullarında küçük etki büyüklüklerini ($w=0,05$) bile %99 üzerinde güçle saptayabildiğini göstermektedir; bu durum, istatistiksel anlamlılığın pratik anlamlılık anlamına gelemeyebileceğinin dikkate alınmasını gerektirmektedir.

Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, yaş (sürekli ve kategorik: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+), cinsiyet (kadın, erkek), eğitim düzeyi (lise ve altı, ön lisans, lisans, lisansüstü), katılım kaynağı (Facebook, Google, ana sayfa)’dır. Bağımlı değişkenleri, birincil sonuç ölçütü için SİYB’nin toplum sağlığı açısından risk oluşturduğuna dair algıdır (evet/hayır). İkincil sonuç ölçütleri, SİYB kaynağı, denetim sorumluluğu, yaptırım görüşleri, yayılma nedenleri, mücadele unsurları, haberlerde beklenen kriterler, arama amacı, bilgi edinme aracı, kaynak seçim nedenidir.

Yaş değişkeni hem sürekli (ortanca ve IQR ile raporlanan) hem de kategorik formda kullanılmıştır. Kategorik yaş değişkeni 10 yıllık bantlara (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+) ayrılmış ve bu bantlar hem çapraz tablolarda hem de lojistik regresyon modelinde kullanılmıştır. Her bandın hücre sayısı çok değişkenli model için yeterlidir (en küçük band $n=234$).

Veri Toplama Aracı ve Geçerlik

Bu çalışma için geliştirilen 14 soruluk çevrimiçi form kullanılmıştır. Veri toplama aracının geliştirilmesinde şu adımlar izlenmiştir: (a) literatür taramasına dayalı madde havuzu oluşturulmuş, (b) halk sağlığı ve iletişim bilimlerinden üçer uzmanın görüşü alınarak içerik geçerliği değerlendirilmiş, (c) 30 kişilik bir grupla pilot uygulama yapılarak anlaşılabilirlik ve tamamlanma süresi test edilmiştir. Ölçüm aracının soru metinleri, yanıt seçenekleri, hangi soruların çoklu yanıt formatında olduğu, “en önemli kaynak” gibi tek seçimli maddelerin kodlanması ve “diğer/bilmiyorum/yanıtsız” kategorilerinin ele alınışı makale ekinde ayrıntılı olarak verilmiştir. Formun iç tutarlılık veya yapısal geçerlik değerlendirmesi yapılamamıştır; bu durum bir sınırlılık olarak kabul edilmektedir.

Yanlılık Değerlendirmesi

Çalışmada tanımlanan potansiyel yanlılıklar: (a) Seçim yanlılığı: Katılımcıların %88,2’sine Facebook aracılığıyla ulaşılmıştır; bu durum belirli bir yaş, eğitim ve dijital erişim profiline sahip bireylerin aşırı temsil edilmesine yol açmış olabilir. (b) Gönüllü yanıt yanlılığı: Sağlık bilgisine duyarlı bireyler katılıma daha yatkın olabilir (motivation bias). (c) Sosyal arzu edilebilirlik yanlılığı: Katılımcılar, SİYB’nin toplum sağlığı için risk oluşturup oluşturmadığı gibi toplumsal açıdan “doğru” yanıtı olan sorularda, kendi gerçek görüşlerinden bağımsız olarak beklenen yanıtı verme eğilimi gösterebilir; bu durum risk algısı oranını olduğundan yüksek göstermiş olabilir.

İstatistiksel Analiz

Veriler üç aşamada analiz edilmiştir. Birinci aşamada tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortanca, IQR) raporlanmıştır. İkinci aşamada, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare bağımsızlık testi ile, sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi ile incelenmiş; etki büyüklüğü Cramer’s V ile raporlanmıştır (küçük: $V<0,10$;

orta: 0,10–0,30; büyük: $V \geq 0,30$). Yaklaşık 50 ikili karşılaştırma (Ki-kare/Mann-Whitney U) yapıldığı göz önüne alınarak bu iki değişkenli analizlere Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, düzeltilmiş anlamlılık düzeyi $\alpha=0,001$ olarak belirlenmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon modeli tek bir önceden tanımlanmış birincil hipotezi test ettiğinden, regresyon katsayıları için geleneksel $\alpha=0,05$ eşiği kullanılmış ve bu ayırım metinde açıkça belirtilmiştir. Tüm ikili karşılaştırmalara ait tam χ^2 , serbestlik derecesi, p ve Cramer's-V değerleri makale ekinde sunulmuştur.

Üçüncü aşamada, birincil sonuç ölçütü olan risk algısı (evet/hayır) için çoklu (multivariable) lojistik regresyon modeli kurulmuştur. Modele yaş grubu (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+), cinsiyet ve eğitim düzeyi eş zamanlı olarak dahil edilerek düzeltilmiş olasılıklar oranı (adjusted OR) ve %95 güven aralıkları hesaplanmıştır. Bu model, tek değişkenli analizde gözlenen ilişkilerin karıştırıcı kontrolü sonrasında sürüp sürmediğini test etmektedir. Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği testi uygulanmıştır. Eksik veriler için complete-case analizi kullanılmıştır. Analizler IBM SPSS v30 ve Python 3.10 (SciPy 1.11, statsmodels 0.14) ile gerçekleştirilmiştir.

Etik Onay

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (22.05.2020 tarih, Karar No:2020/10-19, Proje No: GO20/458). Aydınlatılmış onam alınmış, veriler anonim olarak toplanmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine ve araştırma-yayın etiği kurallarına uygun olarak yürütülmüştür. Temel bulgular I. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi'nde (10.12.2021) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Bulgular

Katılımcı Akışı ve Eksik Veri

Toplam 4930 geçerli yanıt elde edilmiştir. Eksik veri oranları: doğum yılı %2,5 (n=122), cinsiyet %0,7 (n=35), eğitim %0,6 (n=29). Eksik verisi bulunmayan katılımcılar (complete cases) analize dahil edilmiş, lojistik regresyon modeli 4655 katılımcı üzerinden kurulmuştur.

Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların ortalama yaşı 53 (IQR: 43–60; ort±SS: 51,5±12,0) olup %57,6'sı (n=2819) kadın, %40,9'u (n=2003) erkektir. Eğitim düzeyi: %40,6 lise ve altı, %18,2 ön lisans, %31,9 lisans, %9,4 lisansüstü. Katılımcıların %88,2'si Facebook Ads yönlendiriciliğiyle ankete katılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=4930)

Değişken	n	%*
Yaş (yıl), n=4808, Ortanca (IQR) = 53 (43-60)		
18–29	237	4,9
30–39	556	11,6
40–49	1159	24,1
50–59	1505	31,3
60–69	1118	23,3
70+	233	4,8
Cinsiyet, n=4895		
Kadın	2819	57,6
Erkek	2003	40,9
Belirtmek istemiyor/diğer	73	1,5
Eğitim Düzeyi, n=4901		
Lise ve altı	1990	40,6
Ön lisans	890	18,2
Lisans	1562	31,9
Lisansüstü	459	9,4
Katılım Kaynağı, n= 4930		
Facebook Ads reklamı yönlendirmesi	4349	88,2
Doğrudan anket sayfası	509	10,3
Google Ads reklamı yönlendirmesi	72	1,5

*Yüzde her değişken için geçerli yanıt sayısı (n) üzerinden hesaplanmıştır.

Sağlıkla İlgili Yanlış Bilgi Risk Algısı: Tek değişkenli ve Çok değişkenli Analiz

Ankette ilgili soruyu (Soru-1) yanıtlayan katılımcıların %91,8'i (n=4515) SiYB'nin toplum sağlığı açısından risk oluşturduğunu düşünmektedir. Birincil sonuç değişkeni "Evet" (n=4515) ve "Hayır" (n=355) yanıtlarıyla ikili olarak modellenmiştir; kavramsal olarak belirsiz olan "Bazen" (n=42), "Kararsızım" (n=2) ve "Bilmiyorum" (n=2) yanıtları (toplam 46 kişi, %0,9) ikili sonuç tanımına uymadığı için analizden çıkarılmıştır; bu dışlamanın küçük hacmi nedeniyle bulguları etkilemesi beklenmemektedir. Tek değişkenli düzeyde: Eğitim düzeyi ile risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($\chi^2=25,50$; $sd=3$; $p<0,001$); ancak Cramer's V=0,073 olup etki büyüklüğü ihmal edilebilir düzeydedir. Bu durum, büyük örneklem hacminin (n=4930) küçük farklılıkları bile istatistiksel olarak anlamlı kılmasından kaynaklanmaktadır. Risk algısını "evet" olarak bildirenlerin oranı tüm eğitim gruplarında yüksek ve birbirine yakındır: lise ve altı %90,5, ön lisans %93,8, lisans %94,4 ve lisansüstü %94,7. Diğer bir deyişle, eğitim düzeyi arttıkça risk algısı yalnızca çok küçük bir artış göstermektedir. Cinsiyet ile risk algısı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır; risk algısı kadın ve erkeklerde benzerdir ($\chi^2=1,46$; $sd=1$; $p=0,227$). Yaş, 10 yıllık bantlarla incelendiğinde risk algısıyla ilişkisi zayıf ve düzensizdir ($\chi^2=15,71$; $sd=5$; $p=0,008$; $V=0,057$; en yüksek %95,5 [30-39], en düşük %91,2 [50-59]). Çok değişkenli lojistik regresyon modeli (Tablo 2), yaş grubu, cinsiyet ve eğitim düzeyini eş zamanlı olarak kontrol etmiştir (n=4655 eksik verisi olmayan katılımcı). Modelde eğitim düzeyinin risk algısı üzerindeki etkisi, yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde de sürmüştür. Lise ve altına göre lisansüstü eğitim düzeyinin düzeltilmiş olasılıklar oranı 1,87 (%95 GA: 1,18-2,96; $p=0,008$) olarak hesaplanmıştır. Lisans (aOR=1,76; %95 GA: 1,34-2,31; $p<0,001$) ve ön lisans (aOR=1,63; %95 GA: 1,17-2,26; $p=0,004$) düzeyleri de anlamlıdır. Cinsiyet ile risk algısı arasında bağımsız ilişki saptanmamıştır ($p=0,147$). Hosmer-Lemeshow testi model uyumunun yeterli olduğunu göstermiştir ($\chi^2=5,47$; $sd=8$; $p=0,706$). Modelin pseudo-R² değeri 0,017 olup açıklanan varyans oldukça düşüktür; bu düşüklük, ilerleyen bölümlerde tartışıldığı gibi büyük ölçüde bağımlı değişkendeki tavan etkisinden (yanıtların %91,8'inin "Evet" olması) kaynaklanmaktadır.

Tablo 2. Sağlıkla ilgili yanlış bilgi risk algısının belirleyicileri: çok değişkenli lojistik regresyon modeli (n=4655)

Değişken	aOR	%95 GA	p
Yaş grubu (ref: 18-29)			
30-39	1,45	0,72-2,92	0,301
40-49	0,85	0,46-1,56	0,593
50-59	0,75	0,41-1,35	0,333
60-69	1,02	0,55-1,88	0,960
70+	1,26	0,55-2,89	0,582
Cinsiyet (ref: Kadın)			
Erkek	0,84	0,67-1,06	0,147
Eğitim (ref: Lise ve altı)			
Ön lisans	1,63	1,17-2,26	0,004
Lisans	1,75	1,33-2,30	<0,001
Lisansüstü	1,87	1,18-2,96	0,008

aOR: düzeltilmiş olasılıklar oranı; GA: güven aralığı. Pseudo-R²=0,017; Hosmer-Lemeshow $\chi^2=5,47$, $sd=8$, $p=0,706$. Model yaş grubu (10 yıllık bant), cinsiyet ve eğitim düzeyini eş zamanlı içerir; regresyon için $\alpha=0,05$ kullanılmıştır. Risk yanıtı: "Evet" vs "Hayır" (Bazen/Kararsızım/Bilmiyorum [n=46] çıkarılmıştır). (Geniş-bant alternatifi: 40-59 aOR=0,61 [0,42-0,88], $p=0,009$; 60+ aOR=0,82 [0,54-1,23]; pseudo-R²=0,016; HL $\chi^2=2,93$, $sd=7$, $p=0,891$.)

Sağlıkla İlgili Yanlış Bilgi Kaynakları, Denetim, Yaptırım, Yayılma ve Mücadele

SiYB'nin en önemli kaynağı olarak haber editörleri ve medyada tanınırlığı yüksek kişiler eşit oranda (%24,7) gösterilmiştir (Tablo 3). Cinsiyete göre kadınlar medyada tanınırlığı yüksek kişileri (%28,3 vs %19,7; $p<0,001$; $V=0,097$), erkekler kamu yetkililerini (%21,5 vs %12,1; $p<0,001$; $V=0,126$) daha sık işaret etmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça uzmanlık dernekleri tercihi artmaktadır (lise altı %12,9; lisansüstü %30,3; $p<0,001$; $V=0,130$). Mücadelenin en önemli unsuru eğitimidir (%34,3); lisansüstü katılımcılarda bu oran %49,2'dir ($p<0,001$; $V=0,143$).

Tablo 3. Sağlıkla ilgili yanlış bilgi kaynakları, denetim, yaptırım, yayılma nedenleri ve mücadele (n=4930)

Değişken	n	%*
SİYB'nin En Önemli Kaynağı		
Haber editörleri	1219	24,7
Medyada tanınırlığı yüksek kişiler	1216	24,7
Kamu yetkilileri	788	16,0
Sağlık profesyonelleri	510	10,3
Haber ajansları	449	9,1
Sağlık hizmeti alanların grupları	281	5,7
Muhabirler	221	4,5
Sivil Toplum Örgütleri	87	1,8
Denetim Sorumluluğu - çoklu yanıt		
Sağlık Bakanlığı	2711	55,0
Türk Tabipleri Birliği	2017	40,9
Tüm vatandaşların şikayetlerini değerlendirecek Bağımsız Bir Kuruluş	850	17,2
Konuya göre yetkilendirilmiş Uzmanlık Dernekleri	814	16,5
Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK)	771	15,6
Radio ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)	472	9,6
Kullanıcının kendisi	288	5,8
Sivil Toplum Örgütleri	276	5,6
Basın/Gazeteciler	221	4,5
Tüketici Hakem Heyeti	220	4,5
Ticari internet platformları	165	3,3
Denetim olmamalı	38	0,8
Yaptırım Görüşleri - çoklu yanıt		
Üreten sorumlu olmalı	3802	77,1
Yayımlayan sorumlu olmalı	2023	41,0
Paylaşan sorumlu olmalı	973	19,7
Yaptırım olmamalı	214	4,3
Yayılma Nedenleri - çoklu yanıt		
Kamu: Kamu kuruluşları tarafından doğru ve anlaşılabilir sağlık bilgisinin yetersiz verilmesi	2284	46,3
Medya: Örn. Medyada neyin yer alacağına karar veren editör - muhabir vs kamu yararı yerine ekonomik kaygılarla seçim yapması	1928	39,1
İnternet Kullanıcısı: Örn. Sağlık bilgisi arama davranışına duyulan ihtiyaç - Hizmet alanın karşılanmamış bilgi açığı ile oluşan talebe karşılık eleştirel becerilerindeki eksiklik	1720	34,9
İçerik Oluşturanlar: Örn. Yetkin kişi ve kuruluşların kamu yararına bilgi üretiminde yetersizlik - talebin karşılanamaması	1573	31,9
Sağlık Hizmetleri: Örn. Sağlık hizmeti alan ve sağlık çalışanı arasındaki yetersiz iletişim	1100	22,3
Yanlış sağlık bilgisiyle mücadelede en önemli unsur		
Eğitim / Sağlık okuryazarlığı	1691	34,3
Teyit-doğrulama mekanizmaları	1145	23,2
Sistem değişikliği / Yaptırım	960	19,5
Sistem değişikliği / Denetim	771	15,6

* Çoklu yanıt sorularında toplamlar %100'ü aşabilir. Kaynak Soru2 n=4929; Soru3–Soru6 n=4930, çoklu yanıt

Sağlıkla ilgili haberlerde Beklenen Kriterler

Katılımcılara sağlıkla ilgili bir haber okuduklarında belirtilen kriterlerden hangilerinin standart olarak bulunmasını istedikleri sorulduğunda, %57,0'si yazarın adı ve yetkinliğini, %37,7'si atıfta bulunma ve doğrulanabilirliği, %27,3'ü sorumluluk beyanını, %26,0'sı güncelliği ve %24,0'ı anlaşılabilirliği belirtmiştir (Tablo 4). Eğitim düzeyine göre beklenen kriterlerdeki farklılaşma incelendiğinde, en güçlü eğitim gradyanı atıfta bulunma (lise altı %27,8; lisansüstü %58,6; $p<0,001$; $V=0,201$) ve güncellik (lise altı %20,2; lisansüstü %41,9; $p<0,001$; $V=0,142$) kriterlerinde gözlenmiştir. Bu ilişkiler orta düzeyde etki büyüklüğü göstermekte olup pratik açıdan anlamlıdır.

Tablo 4. Sağlıkla ilgili haberlerde beklenen standart kriterler (çoklu yanıt, n=4890)

Kriter	n	%
Yazarın Adı ve Konuyla İlgili Yetkinliği: Haberi kimin yazdığını ve hangi uzmanlıkla/yetkinlikle yazdığını bilmek isterim	2787	57,0
Atıfta Bulunma ve Doğrulanabilirlik: Haberdeki bilgilerin kaynağının herkesin ulaşabileceği referanslarla desteklenmesini; konuyu farklı yönleriyle ele alan dengeli kanıtlar sunulmasını isterim	1844	37,7
Sorumluluk Beyanı: Haberle ilgili oluşabilecek olumsuz durumlarda sorumluluğun yazara ait olduğunun beyan edilmesini isterim	1333	27,3
Güncellik: Bilgilerin edinildiği tarih ve son güncellenme tarihinin verilmesini isterim	1270	26,0
Anlaşılabilirlik: Sade ve anlaşılır ifadelerin; açıklayıcı görseller (infografik ve tablolar) ile zenginleştirilmesini isterim	1175	24,0
Etik Beyan: Yazarın haberle ilgili herhangi bir maddi ve manevi çıkarının olup olmadığını beyan etmesini isterim	1163	23,8
Yönlendiricilik: Haberle ilgili ileri destek ve güncel bilgi arayan okuyucular için detaylı kaynak veya iletişim bilgileri sunulmasını isterim	906	18,5
Tamamlayıcılık Beyanı: Sunulan bilginin okuyucuya uygunluğu için hekime danışılması gerektiğinin; danışan-doktor ilişkilerinin yerine değil de bunu desteklemek için sunulduğunun beyan edilmesini isterim	812	16,6
Hukuki Yönlendiricilik: Okuyucunun sahip olduğu haklarla ilgili kolay ulaşılabilir bilginin bulunmasını isterim.	789	16,1
İletişim Adresleri ve Geri Bildirim Mekanizması: Haberle ilgili bir görüşüm olduğunda ulaşabileceğim iletişim bilgileri verilmesini isterim.	744	15,2
Gizlilik Beyanı: Kişisel verilerin korunması açısından okuyucudan toplanan bilginin kullanımı ve güvenliğiyle ilgili şeffaflığın basitçe sunulmasını isterim.	501	10,2

Sağlık Bilgisi Arama Davranışları

Katılımcıların en sık başvurduğu bilgi kaynağı hastane/klinik siteleri (%42,5) olup bunu Google ilk sonuçları (%35,2), tıbbi veritabanları (%26,2), üniversite siteleri (%24,4) ve kamu kurum siteleri (%19,4) izlemektedir (Tablo 5). İnternet ansiklopedileri (%18,1) ve haber siteleri (%14,7) de önemli bir paya sahiptir. Eğitim düzeyi arttıkça tıbbi veritabanları kullanımı artmaktadır (lise altı %17,9; lisansüstü %50,0; $p<0,001$; $V=0,212$). Üniversite siteleri tercihi için de benzer bir gradyan görülmektedir ($V=0,213$). Bu ilişkiler çalışmadaki en yüksek etki büyüklüklerine sahiptir ve pratik açıdan anlamlıdır.

Tablo 5. Sağlık bilgisi arama davranışları

Değişken	n	%
Arama Amacı (n=4906)		
Sağlıkla ilgili değişiklikler/belirtiler	2581	52,6
Haberlerde görülen bilgi için	1881	38,3
Bilgi/merak	1812	36,9
Doktor/kurum bulma	1461	29,8
Bilgi Edinme Aracı (n=4898)		
Hastane/klinik siteleri	2081	42,5
Google ilk sonuçları	1723	35,2
Tıbbi veritabanları	1281	26,2
Üniversite siteleri	1195	24,4
Kamu kurum siteleri	948	19,4
Kaynak Seçim Nedeni (n=4904)		
Kolay erişilebilirlik	2660	54,2
Kolay anlaşılabilirlik	1595	32,5
Farklı görüşlere yer verilmesi	1529	31,2
Sağlık profesyoneli tavsiyesi	1013	20,7

Tartışma

Temel Bulgular ve Teorik Çerçeveyle İlişkilendirme

Bu tanımlayıcı kesitsel araştırma, COVID-19 pandemisinin ikinci dalgası sırasında Türkiye'de 4930 yetişkinin internet haber sitelerindeki SiYB'ye yönelik görüşlerini incelemiştir. Alvarez-Galvez ve arkadaşlarının (2025) kavramsal çerçevesi doğrultusunda değerlendirildiğinde (Alvarez-Galvez et al., 2025), üç temel bulgu öne çıkmaktadır. Birincisi, katılımcıların büyük çoğunluğu (%91,8) SiYB'yi halk sağlığı riski olarak algılamakta; bu bulgu, çerçevenin “hedef kitleler” bileşeninde yüksek düzeyde toplumsal farkındalığa işaret etmektedir. İkincisi, eğitim düzeyi çok sayıda değişkenle ilişki göstermekle birlikte, bu ilişkilerin büyüklüğü değişken tipine göre belirgin farklılık göstermektedir: risk algısı için mütevazı (aOR=1,87 lisansüstü; pseudo- $R^2=0,017$), bilgi arama davranışları için ise orta düzeydedir ($V=0,21$). Üçüncüsü, kamu birincil denetim sorumluluğunu kamu kurumlarına (Sağlık Bakanlığı, %55,0) yüklemekte olup bu durum çerçevenin “etkenler” bileşenindeki kurumsal güven boyutuna karşılık gelmektedir.

Risk Algısı: Yüksek Oran, Küçük Farklar

Çalışmamızdaki %91,8'lik risk algısı oranı, Öntaş ve arkadaşlarının (2024) paydaşlarla yaptığı çalışmadaki (Öntaş et al., 2024) %96,2'lik orana veya Gaysynsky ve arkadaşlarının (2024) ABD'de HINTS 6 verileriyle buldukları %35,6'lık maruz kalma algısından ve %66,6'lık ayırt etme güçlüğü (Gaysynsky et al., 2024) ile karşılaştırılabilir. Ancak bu karşılaştırmalar dikkatli yapılmalıdır: ölçülen kavramlar farklıdır (maruz kalma algısı vs. risk algısı); ayrıca bu çalışmadaki yüksek oran, birkaç bağlamsal faktörle açıklanabilir (1): veriler COVID-19'un ikinci dalgasında toplanmıştır (2), gönüllü katılımcılar sağlık konularına daha duyarlı olabilir (3), sosyal arzu edilirlilik etkisi risk algısını olumlu yönde şişirmiş olabilir. Reuters Institute Digital News Report (2020) verilerine göre Türkiye'de internetin habere erişmek için en sık kullanılan kaynak olması (%85) (Newman N, 2020), bu yüksek oranın bağlamsal bir açıklamasını sunmaktadır.

Önemli bir metodolojik nokta olarak, eğitim düzeyi ile risk algısı arasındaki tek değişkenli ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte ($p<0,001$), Cramer's $V=0,073$ ile pratik açıdan ihmal edilebilir düzeydedir. Tüm eğitim gruplarında risk algısı %90–95 aralığındadır; yani tavan etkisi (ceiling effect) söz konusudur. Bu tavan etkisi doğrudan yorumsal önem taşımaktadır: modelin düşük açıklayıcı gücü (pseudo- $R^2=0,017$), yalnızca modele dahil edilmeyen değişkenlerin eksikliğinden değil, öncelikle bağımlı değişkenin varyansının çok sınırlı olmasından (yanıtların %91,8'inin tek bir kategoride (“Evet”) toplanmasından) kaynaklanmaktadır. Katılımcıların neredeyse tamamı SiYB'yi risk olarak gördüğünden, herhangi bir belirleyicinin açıklayabileceği varyans yapısal olarak kısıtlıdır. Lojistik regresyon modeli, karıştırıcı kontrolü sonrasında eğitimin bağımsız etkisini doğrulamış (lisansüstü: aOR=1,87; lisans: aOR=1,76), ancak modelin açıklayıcı gücü düşük kalmıştır (pseudo- $R^2=0,016$). Bu durum, risk algısının büyük ölçüde sosyodemografik özelliklerden bağımsız olarak yüksek olduğunu göstermektedir; müdahale tasarımı açısından aslında olumlu bir bulgudur.

Eleştirel Sağlık Bilgisi Tüketimi: Bileşik Göstergeler

Ölçüm aracındaki maddelerden iki bileşik gösterge türetilmiştir: (a) haberlerde beklenen nitelik kriterlerinin toplam sayısı (0–11; “nitelik-beklenti skoru”) ve (b) yetkin kaynak kullanım skoru (hastane/klinik siteleri, tıbbi veritabanları, üniversite siteleri ve kamu kurum sitelerinden kaçının kullanıldığı; 0–4). Her iki gösterge de eğitim düzeyiyle güçlü ve tutarlı bir gradyan sergilemiştir. Nitelik-beklenti skorunun medyanı lise ve altında 1 iken lisansüstünde 3'e yükselmektedir (Kruskal-Wallis $H=201,3$; $p<0,001$; $\varepsilon^2=0,041$). Benzer biçimde, ortalama yetkin kaynak kullanım skoru lise ve altında 0,86 iken lisansüstünde 1,69'a çıkmaktadır ($H=244,9$; $p<0,001$; $\varepsilon^2=0,050$). Bu örüntü, sağlık bilgisini değerlendirmede eğitimin belirleyici rolüne ilişkin uluslararası bulgularla tutarlıdır (Daraz et al., 2024; Liu et al., 2024).

İki gösterge orta düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir (Spearman $p=0,435$; $p<0,001$; $n=4863$): daha fazla nitelik kriteri bekleyen katılımcılar aynı zamanda daha fazla yetkin kaynak kullanmaktadır; bu birliktelik, bir “eleştirel sağlık bilgisi tüketicisi” örüntüsüne işaret etmektedir. Buna karşılık, yetkin-olmayan kaynakların (sosyal medya, video platformları, forumlar, bloglar) kullanımı eğitim düzeyine göre neredeyse hiç farklılaşmamaktadır ($\varepsilon^2=0,002$) — yani eğitim, yetkin kaynak kullanımını artırmakta ancak riskli kaynaklardan uzaklaşmayı beraberinde getirmemektedir. Ayrıca, yaptırım isteyen katılımcılar denetim sorumluluğunu daha sık Sağlık Bakanlığı'na atfetmiştir (%56,0 vs %37,0; $\chi^2=25,3$; $sd=1$; $p<0,001$; $V=0,072$); bu bulgu, cezalandırıcı tutum ile devlet-merkezli düzenleme beklentisinin birlikte hareket ettiğini göstermektedir.

Eğitim Düzeyinin Farklılaşan Etkisi

Eğitim düzeyi, incelenen değişkenlerin çoğunluğuyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir; ancak etki büyüklüklerinin değişken tipine göre belirgin farklılık göstermesi dikkat çekicidir. Risk algısı için ihmal

edilebilir ($V=0,073$), SİYB kaynağı ve denetim tercihi için küçük-orta ($V=0,10-0,13$), bilgi arama davranışları ve nitelik beklentileri için ise orta düzeyde ($V=0,20-0,21$) etki büyüklükleri saptanmıştır. Bu örüntü, Nan ve arkadaşlarının (2022) sistematik derlemesiyle tutarlıdır: eğitim düzeyi, yanlış bilgiye inanç düzeyinden çok, bilgi değerlendirme becerilerini yordamaktadır (Nan et al., 2022).

Pratik açıdan en anlamlı eğitim gradyanları bilgi arama davranışlarında görülmektedir: tıbbi veritabanı kullanımı ($V=0,212$), üniversite siteleri tercihi ($V=0,213$) ve atıfta bulunma beklentisi ($V=0,201$). Bu ilişkiler, Türkiye'de nüfusun yarısından fazlasının sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024) düşünüldüğünde, sağlık bilgisine erişimde yapısal eşitsizliğe işaret etmektedir. Dijital sağlık okuryazarlığını değerlendiren güncel sistematik derleme, yetişkinlerin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta sınırdaki olduğunu ve çevrimiçi sağlık bilgisini değerlendirme kapasitesinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Wiener & Abuhalmeh, 2025). Bileşik göstergelerle yapılan analiz (bkz. Bölüm 4.3) bu tabloyu derinleştirmektedir: eğitim hem nitelik beklentilerini hem de yetkin kaynak kullanımını birlikte yükseltmekte ($p=0,435$), ancak yetkin olmayan kaynak kullanımını azaltmamaktadır. Bu, eğitimin “eleştirel sağlık bilgisi tüketimi” becerilerini güçlendirdiğini, fakat bireyleri riskli kaynaklardan tümüyle uzaklaştırmadığını düşündürmektedir. Bulgu, algılanan bilgi kalitesinin çevrimiçi bilgi arama ile sağlık davranışı arasında aracı rol oynadığı ve e-sağlık okuryazarlığının sosyodemografik gruplara göre belirgin biçimde farklılaştığı yönündeki kanıtlarla tutarlıdır (Liu et al., 2024). Kamunun en çok yazar adı ve yetkinliğini talep etmesi (%57,0) da, çevrimiçi sağlık bilgisinde “yazarlık” ölçütünü en önemli güvenilirlik göstergelerinden biri olarak belirleyen nitel çalışmalarla örtüşmektedir (Daraz et al., 2024).

Dikkat çekici bir bulgu, mücadelede birincil unsur olarak eğitimi tercih etme oranının lisansüstü katılımcılarda %49,2 iken lise ve altında %28,8 olmasıdır ($V=0,143$). Düşük eğitim düzeyindeki bireylerin yaptırım ve denetim gibi daha somut müdahaleleri tercih etmesi, Alvarez-Galvez çerçevesindeki “etkenler” bileşeninin farklı sosyal gruplar için farklı işleyebileceğini düşündürmektedir. (Alvarez-Galvez et al., 2025)

Arz Tarafıyla Bütünleştirme: İçeriğin Niteliği

Kamunun haberlerde en çok talep ettiği kriter yazarın adı ve yetkinliğidir (%57,0). Bu talep, Öntaş ve arkadaşlarının (2024) içerik analizinde haberlerin %63'ünde yazar bilgisinin bulunmadığı bulgusunu (Öntaş et al., 2024) çarpıcı biçimde tamamlamaktadır. Benzer şekilde, kamunun atıfta bulunma beklentisi (%37,7) ile haberlerin yalnızca %16,4'ünde bilimsel kaynak atfı yapılması arasındaki uçurum, sağlık haberciliğinde yapısal bir arz-talep uyumsuzluğunu ortaya koymaktadır. AB'nin yürürlüğe giren Dijital Hizmetler Yasası (DSA), büyük platformlardan sistematik risk değerlendirmesi istemektedir (European Parliament and Council, 2022). Çalışmada katılımcılar, denetim sorumluluğunu öncelikle Sağlık Bakanlığı'na (%55,0) ve Türk Tabipleri Birliği'ne (%40,9) atfetmiş; bunları bağımsız bir kuruluş (%17,2), uzmanlık dernekleri (%16,5), Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) (%15,6) ve Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) (%9,6) izlemektedir; ticari internet platformları (%3,3) çok daha düşük oranlarda belirtilmektedir. Ticari platformlara atfedilen düşük oran, bu katılımcı grubun platform düzenlemesinden ziyade kamu kurumlarına güvendiğini düşündürmektedir. Denetimin öncelikle Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütlerine atfedilmesi, Türkiye'de kurumsal güvenin sağlık iletişimindeki merkezi rolüne işaret eden önceki bulgularla uyumludur; nitekim kamu kurumlarına ve sağlık profesyonellerine duyulan güvenin sağlıkla ilgili tutum ve davranışların güçlü bir belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (Karabela Ş et al., 2021). Yaptırım isteyen katılımcıların denetimi daha sık kamu otoritesine yüklemesi (bkz. 4.3), cezalandırıcı tutum ile devlet-merkezli düzenleme beklentisinin birlikte hareket ettiğini düşündürmektedir. Bu örüntü, bazı Batı bağlamlarında kamuoyunun içerik denetimini devlet düzenlemesinden çok ticari platformlardan talep ettiği yönündeki gözlemlerle (Newman N, 2020) karşıtık göstermektedir ve düzenleyici müdahalelerin kültürel-kurumsal güven bağlamına duyarlı tasarlanması gerektiğine işaret etmektedir.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın altı temel sınırlılığı bulunmaktadır. Birincisi, kolayda örnekleme kullanılmış olup sonuçlar Türkiye geneline genellenemez; bulgular yalnızca çevrimiçi ankete katılan bu 4930 yetişkini betimler. Katılımcıların %88,2'sine Facebook aracılığıyla ulaşılması, belirli bir demografik profili beraberinde getirmiştir. Türkiye'de Facebook kullanıcı profili, genel popülasyona göre daha yaşlı (ortanca yaş: 53 vs. ulusal medyan yaş: 33) ve daha eğitilmiş bir kitleyi temsil etmektedir. Bu durum, risk algısını yukarı yönde şişirmiş olabilir; çünkü Nan ve arkadaşlarının (2022) sistematik derlemesine göre yüksek eğitim düzeyi ve ileri yaş, yanlış bilgiye duyarlılığı azaltmaktadır (Nan et al., 2022). Öte yandan, genç ve düşük eğitilmiş bireylerin, yani yanlış bilgiye daha duyarlı olabilecek alt grupların, yetersiz temsili, ilişki büyüklüklerini küçültmüş olabilir. İkincisi, öz bildirim verilerinde sosyal arzu edilirlilik yanlılığı mevcuttur. Risk algısı gibi normatif sorularda olumlu yönde şişirme riski göz önüne alınmalıdır; %91,8'lik oran bu etkiyi içerecek şekilde bir üst sınır tahmini olarak yorumlanmalıdır. Üçüncüsü,

veriler COVID-19 pandemisinin ikinci dalgasında (Kasım-Aralık 2020) toplanmıştır ve dolayısıyla bugünün kamu algısını değil, o dönemin koşullarını yansıtır. Bu dönemde sağlık bilgisine duyarlılığın zirve yaptığı bilinmektedir; risk algısı oranları pandemi dışı dönemde daha düşük olabilir. Analizin ilişkilendirildiği Alvarez-Galvez (2025) çerçevesi de veri toplandığında henüz mevcut olmadığından, teorik yorum retrospektif niteliktedir. Ancak eğitim düzeyiyle görülen gradyanların pandemi bağlamından bağımsız yapısal faktörleri yansıttığı düşünülmektedir. Dördüncüsü, büyük örneklem hacmi ($n=4930$) küçük farklılıkların bile istatistiksel olarak anlamlı çıkmasına yol açmıştır. Bu nedenle tüm ilişkiler Cramer's V etki büyüklüğü ile yorumlanmış, ihmal edilebilir düzeydeki ilişkiler ($V<0,10$) açıkça belirtilmiştir. Beşincisi, veri toplama aracının psikometrik özellikleri (iç tutarlılık, yapısal geçerlik) sistematik olarak değerlendirilmemiştir. İçerik geçerliği uzman görüşüne, kullanılabilirlik ise pilot uygulamaya dayanmakla birlikte, ölçüm aracının güçlü psikometrik kanıtı bulunmamaktadır. Altıncısı, çevrimiçi reklamlarla toplanan veride reklam gösterim/tıklama sayıları ve yanıt oranı gibi süreç göstergeleri kayıt altına alınamamış, aynı kişinin yinelenen yanıtını tümüyle önleyecek doğrulama uygulanamamıştır.

Genellenebilirlik

Bulgular yalnızca araştırmanın çevrimiçi anket formunu dolduran 4930 yetişkin için geçerlidir; internet erişimi olan herkesi kapsamamakta ve evren büyüklüğü bilinmediğinden ulusal düzeyde genellenememektedir. Katılımcılar ağırlıklı olarak orta yaş ve üzeri, nispeten eğitilmiş bireylerdir. Bununla birlikte, büyük örneklem hacmi, tutarlı iç örüntüler ve Öntaş ve arkadaşlarının (2024) sağlık iletişimi paydaşlarıyla yaptıkları çalışmayla örtüşen bulgular, (Öntaş et al., 2024) çalışmanın aktarılabilirlik (transferability) değerini artırmaktadır. Benzer çevrimiçi anket yöntemlerinin farklı ülkelerde başarıyla uygulandığı göz önüne alındığında, kullanılan yöntemin kültürlerarası karşılaştırmalı çalışmalara uyarlanabilir olduğu değerlendirilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma, çevrimiçi ankete katılan yetişkinlerin sağlıkla ilgili yanlış bilginin eğitim düzeyinden bağımsız olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olarak algıladığını, ancak bilgi arama davranışları ve nitelik beklentilerinin eğitim düzeyine göre belirgin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Alvarez-Galvez çerçevesinin bileşenleriyle uyumlu olarak, müdahale stratejileri: (a) farklı eğitim düzeylerine yönelik katmanlı sağlık okuryazarlığı programları, (b) haber sitelerinde yazar bilgisi, kaynak atfı ve sorumluluk beyanı gibi minimum nitelik standartları, (c) Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütlerinin denetim kapasitesinin güçlendirilmesi olarak değerlendirilebilir. Bu öneriler, kesitsel ve kolayda örneklemli bir çalışmadan kaynaklandığı için dikkatli yorumlanmalıdır. Öntaş ve arkadaşlarının (2024) arz tarafı bulgularıyla (Öntaş et al., 2024) birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de sağlık iletişimi ekosisteminin hem üretim hem tüketim boyutunda kanıta dayalı müdahaleye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Nitekim infodemi ile mücadelede sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve güvenilir kamu kaynaklarının merkezî rolü, güncel politika derlemelerinde de vurgulanmaktadır (Saleem & Jan, 2023). Gelecek çalışmalar, temsili örneklerle ve doğrulanmış ölçüm araçlarıyla bu bulguları teyit etmelidir.

Etik Kurul Onayı

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (2020/10-19, GO20/458).

Onam: Aydınlatılmış onam alınmış, veriler anonim olarak toplanmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Bu çalışma, NewsLab Türkiye Akademi programı kapsamında sağlanan hibe ile desteklenmiştir. NewsLab Türkiye yalnızca eğitim desteği ve araştırma hibesi sağlamış olup çalışmanın tasarımı, veri analizi, bulguların yorumlanması ve yayın kararı üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Yazar, bu çalışma ile ilgili beyan edilmesi gereken herhangi bir mali ilişki veya çıkar çatışması olmadığını bildirmektedir.

Teşekkür

Eğitim ve maddi destek sunan NewsLab Türkiye'ye teşekkür ederim. Bu çalışmanın temelini oluşturan "İnternet Haber Sitelerinde Sağlıkla İlgili İçeriklerin Oluşturulma, Yayınlanma ve Yayılma Süreçleri: Sağlık İletişimindeki Aktörlerin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada danışman olarak katkı sunan Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış'a ve eş danışman olarak katkı sunan Doç. Dr. Burcu Şimşek'e teşekkürlerimi sunarım.

Bilgilendirme

Bu çalışmanın temel bulguları, 10 Aralık 2021 tarihinde I. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

- Alvarez-Galvez, J., Carretero-Bravo, J., Lagares-Franco, C., Ramos-Fiol, B., & Ortega-Martin, E. (2025). Development of a Conceptual Framework of Health Misinformation During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Reviews. *JMIR Public Health and Surveillance*, 11, e62693. <https://doi.org/10.2196/62693>
- Daraz, L., Dogu, C., Houde, V., Bouseh, S., & Morshed, K. G. (2024). Assessing Credibility: Quality Criteria for Patients, Caregivers, and the Public in Online Health Information-A Qualitative Study. *J Patient Exp*, 11, 23743735241259440. <https://doi.org/10.1177/23743735241259440>
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res*, 17(5), e112. <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>
- European Parliament (2025). Eurobarometer Social Media Survey 2025. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3592>.
- European Parliament and Council. (2022). Regulation (EU) 2022/2065 on a Single Market For Digital Services (Digital Services Act). Official Journal of the European Union. 2022;L277:1–102.
- Gaysynsky, A., Senft Everson, N., Heley, K., & Chou, W. S. (2024). Perceptions of Health Misinformation on Social Media: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Infodemiology*, 4, e51127. <https://doi.org/10.2196/51127>
- Karabela Ş, N., Coşkun, F., & Hoşgör, H. (2021). Investigation of the relationships between perceived causes of COVID-19, attitudes towards vaccine and level of trust in information sources from the perspective of Infodemic: the case of Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1195. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11262-1>
- Liu, D., Yang, S., Cheng, C. Y., Cai, L., & Su, J. (2024). Online Health Information Seeking, eHealth Literacy, and Health Behaviors Among Chinese Internet Users: Cross-Sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 26, e54135. <https://doi.org/10.2196/54135>
- Nan, X., Wang, Y., & Thier, K. (2022). Why do people believe health misinformation and who is at risk? A systematic review of individual differences in susceptibility to health misinformation. *Soc Sci Med*, 314, 115398. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115398>
- Newman N, F. R., Schulz A, Andi S, Nielsen RK. (2020). Reuters Institute Digital News Report 2020. Oxford: Reuters Institute for the Study of Journalism.
- Öntaş, E., Bahar-Özvarış, Ş., & Şimşek, B. (2024). Creating, publishing, and spreading processes of health-related contents in internet news sites: evaluation of the opinions of actors in health communication. *Front Public Health*, 12, 1370343. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1370343>
- Rubinelli, S., Purnat, T. D., Wilhelm, E., Traicoff, D., Namageyo-Funa, A., Thomson, A., Wardle, C., Lamichhane, J., Briand, S., & Nguyen, T. (2022). WHO competency framework for health authorities and institutions to manage infodemics: its development and features. *Hum Resour Health*, 20(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00733-0>
- Saleem, S. M., & Jan, S. S. (2023). Navigating the infodemic: strategies and policies for promoting health literacy and effective communication. *Front Public Health*, 11, 1324330. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1324330>
- Suarez-Lledo, V., & Alvarez-Galvez, J. (2021). Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 23(1), e17187. <https://doi.org/10.2196/17187>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması 2023. Yayın No: 1298. Ankara, Aralık 2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2020. Ankara: TÜİK; 2020. Erişim: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679).
- Wiener, R. C., & Abuhalmeh, B. J. (2025). Evaluating adult digital health literacy, 2020–2025: A systematic review. *PLOS Digital Health*, 4(11), e0001075. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0001075>
- World Health Organization. (2020). Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. Geneva: WHO.



Ürolojide Telesaglık Uygulamaları: Bir Derleme

Telehealth Applications in Urology: A Review

 Selim KOÇ

Sağlık Bakanlığı Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

Özet

Telesaglık, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulmasını sağlayan ve son yıllarda özellikle üroloji pratiğinde giderek daha fazla kullanılan bir yaklaşımdır. Bu derlemede prostat kanseri, hematüri, üriner taş hastalığı, üriner inkontinans, üriner sistem enfeksiyonları ve diğer benign ürolojik hastalıklarda telesaglık uygulamalarına ilişkin güncel kanıtlar özetlenmiştir. Mevcut çalışmalar, uygun hasta seçimi yapıldığında telesaglığın hasta memnuniyeti, klinik etkinlik ve takip başarısı açısından yüz yüze değerlendirmeye benzer sonuçlar sağlayabildiğini; yolculuk süresi, maliyet ve iş gücü kaybını azaltarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdığını göstermektedir. Bununla birlikte fizik muayene gerektiren durumlar, teknolojik altyapı gereksinimleri, mahremiyet ve hukuki düzenlemeler ile uzun dönem sonuçlara ilişkin kanıtların sınırlı olması önemli kısıtlılıklardır. Telesaglık, uygun endikasyonlarda geleneksel ürolojik bakımın tamamlayıcı bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir. Uzun dönem etkinliğini ortaya koyacak ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Telesaglık, Teleüroloji, Uzaktan sağlık hizmetleri, Dijital sağlık, Prostat kanseri, Üriner inkontinans

Abstract

Telehealth is an approach that enables the remote delivery of healthcare services through information and communication technologies and has been increasingly used in urology practice in recent years. This review summarizes current evidence on telehealth applications in prostate cancer, hematuria, urinary stone disease, urinary incontinence, urinary tract infections, and other benign urological conditions. Available studies indicate that, with appropriate patient selection, telehealth can achieve outcomes comparable to in-person evaluation in terms of patient satisfaction, clinical effectiveness, and follow-up success, while facilitating access to care by reducing travel time, cost, and productivity loss. However, important limitations remain, including conditions that require physical examination, technological infrastructure requirements, privacy and legal regulations, and limited evidence on long-term outcomes. Telehealth should be regarded as a complementary component of conventional urological care in appropriate indications. Further studies are needed to demonstrate its long-term effectiveness.

Keywords: Telehealth; Teleurology, Remote patient monitoring, Digital health, Prostate cancer, Urinary incontinence

Giriş

Telesaglık, telekomünikasyon teknolojileri aracılığıyla sunulan tüm sağlık hizmeti faaliyetlerini kapsayan geniş bir kavramdır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı uygulamalarının ve sağlık eğitiminin uzaktan sunulmasını ya da desteklenmesini mümkün kılar. Günümüzde Telesaglık uygulamaları yalnızca tanı ve izlem süreçleriyle sınırlı değildir. Hasta, toplum ve sağlık profesyonellerine yönelik eğitim faaliyetlerini de kapsamaktadır (1).

Telesaglığın başlıca uygulama alanları arasında canlı video görüşmeleri, kayıtlı verilerin eş zamanlı olmayan biçimde iletilmesi, uzaktan hasta izlemi ve mobil sağlık uygulamaları yer alır. Mobil sağlık, cep telefonu, tablet bilgisayar ve giyilebilir cihazlar gibi mobil teknolojilerle desteklenen sağlıkla ilişkili hizmetleri ifade eder (1).

Pandemi öncesinde telesaglığın geliştirilmesindeki temel amaç, özellikle kırsal bölgeler, askerî alanlar ve cezaevleri gibi sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu koşullarda bakım olanaklarını artırmaktır. Ancak internet tabanlı platformların yaygınlaşması ve mobil cihaz kullanımının artması, telesaglığın daha geniş bir potansiyele sahip olduğunu göstermiştir. Bu nedenle telesaglık, yalnızca erişim sorunu yaşayan gruplar için değil, geleneksel sağlık sistemine düzenli erişimi olan bireyler için de daha kolay, esnek ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunum modeli olarak değerlendirilmektedir (2).

Yöntem

Bu yazı, önceden tanımlanmış bir arama protokolü, standart bir veritabanı taraması ve sistematik dahil edilme/dışlanma ölçütleri içermeyen, kapsayıcı nitelikte bir derlemedir (narrative review). Değerlendirilen çalışmalar 2003-2020 yılları arasında yayımlanmıştır. Sistematik bir derleme olmadığından literatürün bütüncül bir yansıması olmaması bir sınırlılıktır. Değerlendirilen çalışmalar; randomize kontrollü çalışmalar, prospektif/retrospektif kohortlar, telefon anketleri ve olgu serileri gibi farklı tasarımları içermekte olup kanıt düzeyleri birbirinden farklıdır. Değerlendirilen çalışmaların ürolojik alan, tasarım ve ana bulgularına ilişkin özet bilgi Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Derlemede değerlendirilen başlıca çalışmaların özeti

No	Yazar (Yıl)	Ürolojik Alan	Çalışma Tasarımı	Odak / Bulgu
3	Schaffert ve ark. (2018)	Prostat kanseri	Müdahale çalışması (pilot)	Karar hazırlığı yüksek, karar pişmanlığı düşük bulundu (n=87 davet edilen, 56 kullanıcı)
4	Leahy ve ark. (2013)	Prostat kanseri	Kohort çalışması (karşılaştırmalı, randomize olmayan)	İki kohort arasında memnuniyette anlamlı fark saptanmadı (n=169)
5	Viers ve ark. (2015)	Prostat kanseri	Randomize kontrollü çalışma	Görüntülü ziyaret yüz yüze ile eşdeğer etkinlik sağladı, maliyet ve yolculuk süresini azalttı (n=55)
6	Belarmino ve ark. (2019)	Prostat kanseri	Müdahale çalışması (tek kollu)	Mobil uygulamayla ameliyat sonrası takibin uygulanabilir olduğu gösterildi (n=20)
7	Parsons ve ark. (2008)	Prostat kanseri	Randomize kontrollü çalışma (pilot)	Telefon temelli beslenme danışmanlığı sebze/domates/baklagil alımını artırdı, yağ alımını azalttı (n=74)
8	Sener ve ark. (2018)	Hematüri	Kesitsel çalışma (prospektif, karşılaştırmalı)	WhatsApp ile değerlendirme yüz yüze muayeneye yüksek uyum gösterdi (n=212)
9	Safir ve ark. (2016)	Hematüri	Tanımlayıcı çalışma (program uygulaması, anket)	Telefon değerlendirmesinden yüksek hasta memnuniyeti bildirildi (n=150)
10	Zholudev ve ark. (2018)	Hematüri	Kesitsel çalışma (maliyet analizi)	Teleüroloji ile encounter başına anlamlı maliyet tasarrufu sağlandı (n=400)
11	Connor ve ark. (2019)	Üriner taş hastalığı	Kohort çalışması (prospektif)	Sanal klinik ile tedavi kararına ulaşma süresi kısaldı; maliyet ve karbon ayak izi azaldı (n=1008)
12	Johnston ve ark. (2005)	Üriner taş hastalığı	Olgu serisi	Renal kolik olgularında kablosuz teleradyoloji uygulamasını tanımladı
13	Aydogdu ve ark. (2019)	Üriner taş hastalığı	Randomize kontrollü çalışma	Ek telerounding ile yüksek hasta ve cerrah memnuniyeti sağlandı (n=80)
14	Rodrigues Netto ve ark. (2003)	Üriner taş hastalığı	Olgu serisi	İki olguda transkontinental telementoring başarıyla ve komplikasyonsuz uygulandı (n=2)
15	Hui ve ark. (2006)	Üriner inkontinans	Randomize kontrollü çalışma	Videokonferans, geleneksel yönetimle karşılaştırıldığında benzer etkinlik gösterdi (n=58)

16	Yu ve ark. (2014)	Üriner inkontinans	Müdahale çalışması (tek kollu)	Huzurevi ortamında telemonitoring sisteminin etkilerini inceledi
17	Schimpf ve ark. (2016)	Üriner inkontinans	Kesitsel çalışma (anket)	Hemşire telefon takibinden yüksek hasta memnuniyeti bildirildi (n=83)
18	Jones ve ark. (2018)	Üriner inkontinans	Randomize kontrollü çalışma	Sanal klinik bazı deneyim alanlarında üstün bulundu; maliyet farkı minimaldi (n=195)
19	Lee DD ve ark. (2019)	Üriner inkontinans	Kesitsel çalışma (anket)	Yaş arttıkça teknolojiye isteklilik azaldı; genelde çoğunluk istekliydirdi (n=200)
20	Davis ve ark. (2020)	Üriner inkontinans	Müdahale çalışması (tek kollu)	Olumlu değerlendirildi; örneklem çok küçüktü (n=3 bakıcı-hasta çifti)
21	Schauberg ve ark. (2007)	Üriner sistem enfeksiyonu	Kohort çalışması (retrospektif)	Olguların çoğunda ek işlem gerekmedi, ciddi komplikasyon nadirdi (n=273)
22	Vinson ve Quesenberry (2004)	Üriner sistem enfeksiyonu	Kohort çalışması (retrospektif)	Ciddi komplikasyon (piyelonefrit, sepsis) oranı çok düşüktü (n=4249)
23	Blozik ve ark. (2011)	Üriner sistem enfeksiyonu	Kohort çalışması (prospektif)	Olguların çoğunda semptomlarda gerileme, ciddi kötüleşme nadirdi (n=526)
24	Mehrotra ve ark. (2013)	Üriner sistem enfeksiyonu	Kohort çalışması (retrospektif, karşılaştırmalı)	E-vizit ile poliklinik vizitini karşılaştırdı; test istem oranı daha düşük bulundu
25	Chu ve ark. (2015)	Diğer ürolojik alanlar	Tanımlayıcı çalışma (retrospektif)	Hasta memnuniyeti yüksek bulundu (%95); ortalama 277 mil ve 193 dolar tasarruf sağlandı (n=97 vizit)
26	Sherwood ve ark. (2018)	Diğer ürolojik alanlar	Kohort çalışması (retrospektif)	Tanı uyumu %90, ciddi komplikasyon gözlenmedi; olguların çoğunda yüz yüze vizit gereksinimi ortadan kalktı
27	Park ve ark. (2006)	Diğer ürolojik alanlar (BPH)	Tanımlayıcı çalışma	BPH hastaları için uzaktan takip sistemini tanımladı
28	Krhut ve ark. (2016)	Diğer ürolojik alanlar (AAM)	Kesitsel çalışma (doğrulama)	Elektronik günlük kağıt forma üstün bulunmadı; ancak eşdeğer doğruluk ve benzer uyum sağladı (n=29)
29	van Lankveld ve ark. (2009)	Diğer ürolojik alanlar (cinsel işlev)	Randomize kontrollü çalışma (pilot)	İnternet temelli seks terapisinin etkilerini değerlendirdi (n=98)

Klinik Kullanım Alanları

Prostat Kanseri

Lokalize prostat kanserinde çevrim içi eğitim içeriklerinin kullanıldığı bir çalışmada hastaların bu yöntemlerden memnun kaldığı, karar verme sürecine daha hazırlıklı hissettiği ve karar pişmanlığının düşük olduğu bildirilmiştir (3). Küratif tedavi sonrası takipte görüntülü görüşmelerin yüz yüze poliklinik kontrollerine benzer sonuçlar verdiği gösterilmiştir (4,5,6). Radikal prostatektomi sonrası izlenen hastalarda yapılan karşılaştırmalarda hasta-hekim görüşme süresi, bekleme süresi, mahremiyet algısı, hekime güven, bilgi paylaşımı ve genel memnuniyet açısından iki yöntem arasında belirgin fark saptanmamış; uzaktan görüşmeler randomize kontrollü bir çalışmada yolculuk süresi, iş günü kaybı ve maliyet açısından hastalara önemli kolaylık sağlamıştır (5). Radyoterapi alan düşük ve orta riskli hastalarda hemşire tarafından yapılan telefon görüşmelerinin standart izleme benzer memnuniyet sağladığı, randomize kontrollü bir çalışmada telefon temelli beslenme danışmanlığının sebze, domates ve baklagil tüketimini artırıp yağ alımını azalttığı gösterilmiştir (4,7).

Bu bulgular, uzaktan sağlık uygulamalarının metastatik olmayan prostat kanserinde tanı sonrası karar verme ve tedavi seçimi süreçlerini desteklemek, küratif tedavi sonrası izlemi sürdürmek ve androjen baskılama tedavisi alan hastalarda fiziksel aktivite/beslenme davranışlarını izlemek amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir.

Radikal prostatektomi sonrası Kegel egzersizleri ve psikososyal destek gibi daha özgül alanlarda kanıtlar sınırlıdır (6). Bu alanda iki randomize kontrollü çalışma (5, 7) bulunmakta; diğer çalışmalar (3, 4, 6) müdahale çalışması veya kohort tasarımıdır.

Hematüri

Sener ve arkadaşlarının çalışmasında, idrarda kanama şiddetinin değerlendirilmesinde yüz yüze muayene ile hastanın gönderdiği idrar görüntülerinin büyük ölçüde uyumlu olduğu gösterilmiştir (8). Safir ve arkadaşları,

idrarda kanama yakınmasıyla başvuran 150 hastayı yapılandırılmış telefon görüşmeleriyle değerlendirmiş; hastaların telefonla değerlendirmeden yüksek düzeyde memnun kaldığını bildirmiştir (9). Teleüroloji ile geleneksel yüz yüze kliniklerin maliyet karşılaştırmasında ulaşım giderleri ve zaman kaybının belirgin biçimde azaldığı gösterilmiştir (10).

Teleüroloji, hematüri ile başvuran hastaların ilk değerlendirmesinde ve risk sınıflamasında uygulanabilir, hasta memnuniyeti yüksek ve maliyet açısından avantajlı bir yaklaşımdır; ancak telesağlık hematürinin kesin tanısının yerine geçmez. Makroskopik hematüri, yüksek riskli hasta profili veya görüntüleme/sistoskopi gerektiren durumlarda yüz yüze değerlendirme ve invaziv tanısall işlemler geciktirilmemelidir; telesağlık bu tabloda esas olarak doğru yönlendirme, hızlı randevu organizasyonu ve gereksiz klinik temasların azaltılması işlevi görür.

Bu alandaki üç ana çalışmanın hiçbirisi randomize kontrollü değildir; kanıt tabanı kesitsel (8, 10) ve tanımlayıcı (9) düzeyde çalışmalarla sınırlıdır.

Üriner Taş Hastalığı

Komplike olmayan akut üreterik kolikte sanal klinik uygulamalarının; radyolojik sonuçların değerlendirilmesi, ağrı ve enfeksiyon bulgularının sorgulanması, konservatif izlem ile girişim gereksiniminin ayrılması açısından uygulanabilir olduğu ve sağlık sistemi maliyetlerini, hasta yolculuklarını ve buna bağlı çevresel yükü azalttığı prospektif bir çalışmada gösterilmiştir (11). Taş rekürrensini önlenmesinde diyet eğitimi, metabolik değerlendirme, 24 saatlik idrar sonucunun yorumlanması, medikal tedavi uyumu ve periyodik takibin telefon veya dijital platformlar üzerinden yürütülebildiği bildirilmiştir (12). Perkütan nefrolitotomi sonrası uzaktan vizit uygulamalarında, randomize bir çalışmada hasta ve cerrah memnuniyetinin yüksek olduğu belirtilmiş, ancak klinik sonuçlara etkisini gösterecek veriler sınırlı kalmıştır (13); cerrahi sırasında uzaktan danışmanlık (telementoring) uygulamalarının da başarıyla kullanılabildiği bildirilmiştir (14).

Üriner taş hastalığında telesağlık, akut/subakut taş atağının ön değerlendirilmesinde ve rekürrensi önlemeye yönelik uzun dönem izlemde olmak üzere iki ana eksen, özellikle komplike olmayan olgularda tanı, tedavi planlama ve izlem süreçlerini destekleyebilir.

Ateşli renal kolik, obstrüksiyon şüphesi, kontrol edilemeyen ağrı, sepsis bulguları veya böbrek fonksiyon bozukluğu olasılığında yüz yüze acil değerlendirme gerekir; bu alandaki çalışmalar büyük ölçüde kohort ve olgu serisi düzeyindedir; tek istisna olarak randomize kontrollü bir çalışma bulunmaktadır (13).

Üriner İnkontinans ve Pelvik Taban Tedavileri

Üriner inkontinansın uzaktan sağlık uygulamalarıyla değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar, bu yöntemin hasta memnuniyeti, zaman ve maliyet açısından avantaj sağlayabileceğini; telefon ve görüntülü görüşmelerin yüz yüze değerlendirmelerle benzer klinik sonuçlar sağladığını; davranışsal tedavilerin ve pelvik taban kas egzersizlerinin uzaktan güvenli ve etkili biçimde uygulanabildiğini göstermektedir (15,16,17,18,19,20). Bu bulgular arasında randomize kontrollü çalışmalar (15, 18) ile müdahale ve kesitsel tasarımlı çalışmalar (16, 17, 19, 20) bir arada değerlendirilmiş olup kanıt düzeyleri ve güçleri birbirinden farklıdır. Stres üriner inkontinansda internet destekli pelvik taban kas egzersizi programları standart programlarla benzer klinik iyileşme sağlamış, bazı çalışmalarda hasta deneyimi ve inkontinans pedi kullanımında daha iyi sonuçlar bildirilmiştir; mobil uygulama temelli tedaviler de semptom iyileşmesi ve kendi kendine yönetim açısından umut verici bulunmuştur (15,19,20).

Cerrahi sonrası izlemde telefon görüşmeleri, nüks semptomlarını ve hasta memnuniyetini değerlendirmek için kullanılabilir; ancak vajinal muayene gerektiren komplikasyonlar, mesh veya tape erozyonu şüphesi, ağrı, kanama veya enfeksiyon bulguları varlığında uzaktan takip yeterli değildir ve yüz yüze değerlendirme gerekir.

Bazı çalışmalarda yeniden başvuru gereksiniminin artması maliyet etkinliğini sınırlamıştır; kanıt tabanı randomize kontrollü çalışmalardan müdahale ve kesitsel tasarımlı çalışmalara kadar geniş bir yelpazeye dayanmaktadır ve bu heterojenlik sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Üriner Sistem Enfeksiyonları

Komplike olmayan üriner sistem enfeksiyonları, algoritma temelli değerlendirmeye uygun olmaları nedeniyle telesağlıkla yönetilebilen klinik tablolar arasındadır. Kadın hastalarda tipik semptomların sorgulanması, alarm bulgularının dışlanması, uygun antibiyotik seçimi, tedavi yanıtının izlenmesi ve gerektiğinde idrar testi planlanmasının telefon veya e-vizit üzerinden yapılabildiği; uzaktan değerlendirme sonrasında hastaların büyük bölümünde belirtilerin gerilediği, kötüleşme, ek sağlık hizmeti başvurusu ve yüz yüze değerlendirme gereksiniminin düşük olduğu gösterilmiştir (21,22,23). Elektronik görüşmelerde idrar incelemesi

ve kültür gibi tetkiklerin daha az istendiği, buna karşın antibiyotik reçeteleme oranının yüz yüze başvurulara göre daha yüksek olduğu; takip başvuruları bakımından iki yöntem arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (24).

Uygun hasta seçimi yapıldığında komplikasyonsuz idrar yolu enfeksiyonları uzaktan sağlık hizmetleriyle etkili ve güvenli biçimde yönetilebilir.

Bu alandaki çalışmaların tamamı kohort tasarımıdır (retrospektif: 21, 22, 24; prospektif: 23); antibiyotik reçeteleme oranındaki artış, gereksiz antibiyotik kullanımı ve antimikrobiyal direnç açısından izlenmesi gereken bir bulgudur.

Diğer Ürolojik Alanlar

Telesaglık uygulamaları genel ürolojik değerlendirme, alt üriner sistem belirtileri ve erkek cinsel işlev bozukluklarında da incelenmiştir (25). Genel üroloji hastalarında uzaktan değerlendirme, özellikle uzak kliniklere ürolojik hizmet götürme veya özel popülasyonlarda (örn. cezaevi, veteran) bakımı sürdürme açısından uygulanmış; uzaktan görüşmelerin yüz yüze değerlendirmeyle büyük ölçüde uyumlu olduğu, hasta memnuniyetini artırdığı ve yolculuk süresi ile maliyetleri azalttığı bildirilmiştir (25, 26). Benign prostat hiperplazisinde belirtilerin izlenmesi ve kontrol sıklığının belirlenmesi amacıyla uzaktan takip sistemlerinden yararlanılmış (27). Aşırı aktif mesanede elektronik ve basılı işleme günlüklerinin benzer kullanılabilirliğe sahip olduğu bir doğrulama çalışmasıyla gösterilmiştir (28). Cinsel işlev bozukluklarında internet üzerinden uygulanan psikoseksüel tedavi randomize kontrollü bir pilot çalışmada erektil işlev, cinsel istek, öz güven ve genel memnuniyette iyileşme sağlamış, ancak erken boşalmada etkili bulunmamıştır (29).

Bulgular, uygun hastalarda uzaktan üroloji hizmetlerinin genel değerlendirme, BPH takibi, aşırı aktif mesane semptom izlemi ve cinsel işlev bozukluğu tedavisinde güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir.

Bu başlık altındaki çalışmalar konu ve tasarım açısından heterojendir (tanımlayıcı çalışmalar, bir kohort değerlendirmesi, bir kesitsel doğrulama çalışması ve tek bir pilot randomize kontrollü çalışma); alan özgü kanıt tabanı sınırlı olduğundan bulgular temkinli yorumlanmalıdır.

Türkiye'de Telesaglık Uygulamaları

Türkiye'de uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu, Sağlık Bakanlığı tarafından 10.02.2022 tarihli ve 31746 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik ile yasal çerçeveye kavuşturulmuştur; bu düzenleme, uzaktan sağlık hizmeti vermek isteyen sağlık kuruluşlarına faaliyet izni alma zorunluluğu getirmekte ve muayene, danışmanlık, reçete düzenleme ile klinik parametrelerin uzaktan izlemi gibi hizmetleri kapsamaktadır (30). Geri ödeme açısından, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) 09.05.2024 tarihli ve 32541 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan değişiklikle, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde uzman hekimler tarafından verilen uzaktan hasta değerlendirme hizmetleri (muayene, tetkik sonucu değerlendirmesi, e-reçete ve e-rapor düzenlenmesi dahil) MEDULA sistemi üzerinden geri ödeme kapsamına alınmış ve e-Nabız sistemiyle entegre biçimde izlenmeye başlanmıştır (31). Bununla birlikte özel sağlık kuruluşlarında uzaktan sağlık hizmeti sunumu için ayrı faaliyet izni gerekliliği, kırsal alanlarda internet altyapısı ve dijital okuryazarlık farklılıkları ile hasta mahremiyeti ve veri güvenliğine ilişkin düzenlemelerin uygulamada standardizasyonu, telesaglığın üroloji pratiğinde yaygınlaşmasının önündeki güncel engeller arasında yer almaktadır.

Sonuç

Telesaglık hizmetleri, prostat kanseri, idrar kaçırma, pelvik organ sarkması, komplikasyonsuz üriner sistem taşları ve idrar yolu enfeksiyonlarının belirli aşamalarında kullanılabilir. Özellikle ileri yaşta veya eşlik eden hastalıkları bulunan kişilerde sağlık kuruluşuna başvuru gereksinimini azaltarak güvenli bir seçenek sunabilir. Ayrıca yolculuk süresi, iş gücü kaybı ve hasta maliyetlerini azaltabileceği, ulaşım kaynaklı çevresel etkileri sınırlandırabilir. Bununla birlikte çalışmaların çoğu seçilmiş hasta gruplarında ve kısa izlem süreleriyle gerçekleştirilmiştir. Böbrek, mesane ve testis kanserleri ile benign prostat hiperplazisi, aşırı aktif mesane ve cinsel işlev bozuklukları gibi alanlarda kanıtlar sınırlıdır. Bu alanlara ilişkin yayımlanmış çalışma sayısının az olması nedeniyle derlemede ayrı bir başlık altında ele alınmamıştır; ancak özellikle kas invaziv olmayan mesane kanseri izleminin yüksek hasta yükü ve sık sistoskopik kontrol gerektirmesi, bu alanda uzaktan semptom takibi ve randevu önceliklendirmesi gibi destekleyici telesaglık uygulamalarının araştırılmasını önemli bir ihtiyaç haline getirmektedir. Fizik muayene gereksinimi, ileri yaşta hastaların teknoloji kullanımındaki güçlükleri, altyapı maliyetleri ile hukuki düzenleme, mahremiyet sorunları da uygulamanın önündeki temel engellerdir. Uzun dönem etkinlik, güvenlik ve maliyet sonuçlarının daha kapsamlı çalışmalarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarın diğer kişi ya da kurumlarla herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Bu çalışma mali açıdan desteklenmemiştir.

Kaynaklar

- Center for Connected Health Policy. What is telehealth? [https:// www.cchpca.org/about/about-telehealth](https://www.cchpca.org/about/about-telehealth).
- Boehm K, Ziewers S, Brandt MP, Sparwasser P, Haack M, Willems F, Thomas A, Dotzauer R, Höfner T, Tsaur I, Haferkamp A, Borgmann H. Telemedicine Online Visits in Urology During the COVID-19 Pandemic-Potential, Risk Factors, and Patients' Perspective. *Eur Urol.* 2020 Jul;78(1):16-20. doi: 10.1016/j.eururo.2020.04.055. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32362498; PMCID: PMC7183955.
- Schaffert R, Dahinden U, Hess T, Bänziger A, Kuntschik P, Odoni F, Spörri P, Strebel RT, Kamradt J, Tenti G, Mattei A, Müntener M, Subotic S, Schmid HP, Rüesch P. Evaluation eines Online-Tutorials zum Prostatakarzinom : Entwicklung und Überprüfung der Seite prostata-information.ch [Evaluation of a prostate cancer E-health tutorial : Development and testing of the website prostata-information.ch]. *Urologe A.* 2018 Feb;57(2):164-171. German. doi: 10.1007/s00120-017-0552-8. PMID: 29209755.
- Leahy M, Krishnasamy M, Herschtal A, et al. Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(2):162-169. doi:10.1016/j.ejon.2012.04.003
- Viers BR, Lightner DJ, Rivera ME, et al. Efficiency, satisfaction, and costs for remote video visits following radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Eur Urol.* 2015;68(4):729-735. doi:10.1016/j.eururo.2015.04.002
- Belarmino A, Walsh R, Alshak M, Patel N, Wu R, Hu JC. Feasibility of a Mobile Health Application To Monitor Recovery and Patient-reported Outcomes after Robot-assisted Radical Prostatectomy. *Eur Urol Oncol.* 2019;2(4):425-428. doi:10.1016/j.euo.2018.08.016
- Parsons JK, Newman V, Mohler JL, Pierce JP, Paskett E, Marshall J; Cancer and Leukemia Group B. The Men's Eating and Living (MEAL) study: a Cancer and Leukemia Group B pilot trial of dietary intervention for the treatment of prostate cancer. *Urology.* 2008 Sep;72(3):633-7. doi: 10.1016/j.urology.2007.11.050. Epub 2008 Feb 15. PMID: 18280560.
- Sener TE, Butticiè S, Sahin B, Netsch C, Dragos L, Pappalardo R, Magno C. WhatsApp Use In The Evaluation of Hematuria. *Int J Med Inform.* 2018 Mar;111:17-23. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.12.011. Epub 2017 Dec 17. PMID: 29425629.
- Safir IJ, Gabale S, David SA, Huang JH, Gerhard RS, Pearl J, Lorentz CA, Baumgardner J, Filson CP, Issa MM. Implementation of a Tele-urology Program for Outpatient Hematuria Referrals: Initial Results and Patient Satisfaction. *Urology.* 2016 Nov;97:33-39. doi: 10.1016/j.urology.2016.04.066. Epub 2016 Jul 19. PMID: 27450940.
- Zholudev V, Safir IJ, Painter MN, Petros JA, Filson CP, Issa MM. Comparative Cost Analysis: Teleurology vs Conventional Face-to-Face Clinics. *Urology.* 2018 Mar;113:40-44. doi: 10.1016/j.urology.2017.07.034. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28780298.
- Connor, M.J., Miah, S., Edison, M.A., Brittain, J., Smith, M.K., Hanna, M., El-Husseiny, T. and Dasgupta, R. (2019), Clinical, fiscal and environmental benefits of a specialist-led virtual ureteric colic clinic: a prospective study. *BJU Int*, 124: 1034-1039. <https://doi.org/10.1111/bju.14847>
- Johnston WK 3rd, Patel BN, Low RK, Das S. Wireless teleradiology for renal colic and renal trauma. *J Endourol.* 2005 Jan-Feb;19(1):32-6. doi: 10.1089/end.2005.19.32. PMID: 15735379.
- Aydogdu, O., Sen, V., Yarimoglu, S., Aydogdu, C., Bozkurt, I. H., & Yonguc, T. (2019). The effect of additional telerounding on postoperative outcomes, patient and surgeon satisfaction rates in the patients who underwent percutaneous nephrolithotomy. El efecto de televisitas adicionales sobre los resultados postoperatorios y la satisfacción de pacientes y cirujanos tras Nefrolitotomía percutánea. *Archivos espanoles de urologia*, 72(1), 69–74.
- Rodrigues Netto N Jr, Mitre AI, Lima SV, Fugita OE, Lima ML, Stoianovici D, Patriciu A, Kavoussi LR. Telementoring between Brazil and the United States: initial experience. *J Endourol.* 2003 May;17(4):217-20. doi: 10.1089/089277903765444339. PMID: 12816583.
- Hui E, Lee PS, Woo J. Management of urinary incontinence in older women using videoconferencing versus conventional management: a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare.* 2006;12(7):343-7. doi: 10.1258/135763306778682413. PMID: 17059650.
- Yu P, Hailey D, Fleming R, Traynor V. An exploration of the effects of introducing a telemonitoring system for continence assessment in a nursing home. *J Clin Nurs.* 2014 Nov;23(21-22):3069-76. doi: 10.1111/jocn.12538. Epub 2014 Jan 31. PMID: 24479697.
- Schimpf MO, Fenner DE, Smith TM, Tucker J, Berger MB. Patient Satisfaction With Nurse-Led Telephone Follow-up in an Ambulatory Setting. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016 Nov/Dec;22(6):430-432. doi: 10.1097/SPV.0000000000000305. PMID: 27636210; PMCID: PMC6446234.

18. Jones G, Brennan V, Jacques R, Wood H, Dixon S, Radley S. Evaluating the impact of a 'virtual clinic' on patient experience, personal and provider costs of care in urinary incontinence: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2018 Jan 18;13(1):e0189174. doi: 10.1371/journal.pone.0189174. PMID: 29346378; PMCID: PMC5773012.
19. Lee DD, Arya LA, Andy UU, Sammel MD, Harvie HS. Willingness of Women With Pelvic Floor Disorders to Use Mobile Technology to Communicate With Their Health Care Providers. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019 Mar/Apr;25(2):134-138. doi: 10.1097/SPV.0000000000000668. PMID: 30807415; PMCID: PMC6392070.
20. Davis NJ, Clark PC, Johnson TM 2nd, Wyman JF. Feasibility of Tele-Prompt: A tablet-based prompted voiding intervention to support informal caregivers of older adults with urinary incontinence. *Geriatr Nurs*. 2020 Jul-Aug;41(4):411-420. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.01.002. Epub 2020 Jan 25. PMID: 31987698.
21. Schauburger, C. W., Merkitch, K. W., & Prell, A. M. (2007). Acute cystitis in women: experience with a telephone-based algorithm. *WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 106(6), 326–329.
22. Vinson, D. R., & Quesenberry, C. P., Jr (2004). The safety of telephone management of presumed cystitis in women. *Archives of internal medicine*, 164(9), 1026–1029. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.9.1026>
23. Blozik E, Sommer-Meyer C, Cerezo M, von Overbeck J. Effectiveness and safety of telemedical management in uncomplicated urinary tract infections. *J Telemed Telecare*. 2011;17(2):78-82. doi: 10.1258/jtt.2010.100406. Epub 2010 Nov 19. PMID: 21097562.
24. Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. *JAMA Intern Med*. 2013 Jan 14;173(1):72-4. doi: 10.1001/2013.jamainternmed.305. PMID: 23403816; PMCID: PMC3889474.
25. Chu S, Boxer R, Madison P, Kleinman L, Skolarus T, Altman L, Bennett C, Shelton J. Veterans Affairs Telemedicine: Bringing Urologic Care to Remote Clinics. *Urology*. 2015 Aug;86(2):255-60. doi: 10.1016/j.urology.2015.04.038. Epub 2015 Jul 11. PMID: 26168998.
26. Sherwood BG, Han Y, Nepple KG, Erickson BA. Evaluating the Effectiveness, Efficiency and Safety of Telemedicine for Urological Care in the Male Prisoner Population. *Urol Pract*. 2018 Jan;5(1):44-51. doi: 10.1016/j.urpr.2017.01.001. Epub 2017 Jan 8. PMID: 29435485; PMCID: PMC5806697.
27. Park MS, Ha YS, Lee KM, Kim WJ, Lee HL. The Distant Management System of BPH Patients using the Telecommunications. *Korean J Urol*. 2006 May;47(5):489-492. <https://doi.org/10.4111/kju.2006.47.5.489>
28. Krhut J, Gärtner M, Zvarová K, Desarno M, Zvara P. Validating of a Novel Method for Electronically Recording Overactive Bladder Symptoms in Men. *Low Urin Tract Symptoms*. 2016 Sep;8(3):177-81. doi: 10.1111/luts.12093. Epub 2015 Mar 9. PMID: 27619783.
29. van Lankveld JJ, Leusink P, van Diest S, Gijs L, Slob AK. Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *J Sex Med*. 2009 Aug;6(8):2224-36. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01321.x. Epub 2009 Jun 2. PMID: 19493295.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, 10.02.2022, Sayı: 31746. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>
31. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Resmi Gazete, 09.05.2024, Sayı: 32541.