



**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI KULLANIMININ
SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

SEMA DALKILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Mahmut KILIÇ

TEMMUZ – 2025

YOZGAT

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI KULLANIMININ
SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

SEMA DALKILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Mahmut KILIÇ

TEMMUZ – 2025

YOZGAT



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Sema Dalkılıç'ın hazırladığı “**Mobil Sağlık Uygulamaları Kullanımının Sağlığı Koruma Davranışlarına Etkisi**” başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince .../.../.... günü saat ...:...'da yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan :

Jüri Üyesi :

(Danışman)

Jüri Üyesi :

Jüri Üyesi :

Jüri Üyesi :

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../ 20.....

İmza

Prof. Dr.

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan eder, aksi bir durumda aleyhine doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğini beyan ederim.

İmza

Sema Dalkılıç

04/08/2025

ÖN SÖZ

Bu tez çalışması, mobil sağlık uygulamalarının bireylerin sağlığı koruma davranışları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Günümüzde dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu giderek artmakta, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında mobil araçların rolü önemli bir hale gelmektedir. Bu bağlamda, tez süreci boyunca hem bireylerin dijital sağlık uygulamalarına yönelik tutumlarını hem de bu uygulamaların koruyucu sağlık davranışları üzerindeki etkilerini değerlendirmek hedeflenmiştir.

Sağlık Yönetimi alanında görev yapmakta olan bir öğretim üyesi olarak, bu çalışmayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yaparak gerçekleştirmiş olmam, benim için önemli bir akademik dönüşüm ve zenginleşme süreci olmuştur. Bu süreçte bana destek olan, katkı sağlayan ve halk sağlığı alanında gelişmemi teşvik eden Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli hocalarına içtenlikle teşekkür ederim.

Tez danışmanım Prof. Dr. Mahmut Kılıç'a bilimsel rehberliği, yönlendirmeleri ve her aşamada gösterdiği destek için en içten şükranlarımı sunarım. Ayrıca, veri toplama sürecinde desteğini esirgemeyen kurumlara ve gönüllü katılımcılara da teşekkür ederim.

Akademik hayatım boyunca bana her zaman güç veren aileme ve sevdiklerime verdikleri moral ve destek için minnettarım...

.

Sema Dalkılıç

08/07/2025

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI KULLANIMININ SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

SEMA DALKILIÇ

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. MAHMUT KILIÇ

Bu araştırmanın amacı, mobil sağlık uygulamaları kullanım durumlarının bireylerin sağlığı koruma davranışları üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmanın evrenini Yozgat il merkezinde yaşayan bireyler oluşturmuştur. Örneklem, kamu kurumlarında çalışan memurlar ile Organize Sanayi Bölgesi'nde çalışan işçilerden oluşan toplam 454 kişiden meydana gelmiştir. Veriler, literatürde geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmış olan Sağlığı Koruyucu Davranışlar Ölçeği ile Mobil Sağlık Uygulaması Kullanım Anketi aracılığıyla toplanmış; analizlerde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ANOVA ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

Elde edilen bulgular, mobil sağlık uygulamalarını düzenli olarak kullanan bireylerin, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde sağlığı koruma davranışları sergilediğini göstermiştir. Ayrıca eğitim düzeyi, genel sağlık algısı, telefona indirilen uygulama sayısı ve uygulama kullanım amacı gibi değişkenlerin de sağlığı koruma davranışları ile anlamlı ilişkiler içinde olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, mobil sağlık uygulaması kullanımı, kadın cinsiyet, olumlu sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, memur olma, yaş ve ailede sağlık çalışanı bulunması, sağlığı koruma davranışlarını anlamlı biçimde artıran faktörler arasında yer almaktadır.

Bu çalışmanın bulguları, mobil sağlık uygulamalarının bireylerin sağlık bilincini artırmada ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerinde etkili bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır. Elde edilen veriler, halk sağlığını geliştirmeye yönelik politika ve stratejilere katkı sağlayabilecek nitelikte olup, dijital sağlık teknolojilerinin etkin kullanımını destekleyecek çalışmalara da zemin oluşturmaktadır.

2025,xi+66 sayfa

Anahtar Kelimeler: Mobil Sağlık Uygulamaları, Sağlığı Koruma Davranışları, Dijital Sağlık

ABSTRACT

MASTER THESIS

THE EFFECT of MOBILE HEALTH APPLICATION USE on HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS

SEMA DALKILIÇ

YOZGAT BOZOK UNIVERSITY

SCHOOL of GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT of PUBLIC HEALTH

SUPERVISOR: PROF. DR. MAHMUT KILIÇ

The aim of this study is to examine the impact of mobile health application usage on individuals' health-protective behaviors.

The population of the research consists of individuals residing in the city center of Yozgat. The sample includes a total of 454 participants, composed of public servants working in government institutions and workers employed in the Organized Industrial Zone. Data were collected using the Health-Protective Behavior Scale and the Mobile Health Application Usage Questionnaire, both of which have established validity and reliability in the literature. Descriptive statistics, t-tests, ANOVA, and regression analyses were utilized for the data analysis.

The findings revealed that individuals who regularly use mobile health applications exhibit higher levels of health-protective behaviors compared to those who do not. Additionally, variables such as education level, general health perception, the number of applications downloaded to the phone, and the purpose of using the applications were found to be significantly associated with health-protective behaviors. According to the regression analysis results, factors such as the use of mobile health applications, being female, having a positive health perception, presence of chronic disease, being a public servant, age, and having a family member working in healthcare significantly contribute to the enhancement of health-protective behaviors.

These findings indicate that mobile health applications can be effective tools in raising individuals' health awareness and promoting healthy lifestyle behaviors. The data obtained from this study may contribute to policies and strategies aimed at improving public health and provide a foundation for further research that supports the effective use of digital health technologies.

2025, xi + 67 Pages

Keywords: Mobile Health Applications, Health-Protective Behaviors, Digital Health

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BEYANI.....	iv
ÖN SÖZ.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Önemi	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.4. Sınırlılıklar	5
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Mobil Sağlık (m-Health) Kavramı.....	6
2.2. Mobil Sağlık Uygulamaları ve Türleri.....	7
2.3. Sağlığın Korunması ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
2.4. Sağlığı Koruma Davranışları	14
2.5. Mobil Sağlık Uygulamaları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki.....	16
3. Gereç ve Yöntem.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Evren ve Örneklem	19
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı.....	19

3.3.1. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi	19
3.3.2. Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği	20
3.4. Verilerin Analizi	20
3.5.Araştırma İzinleri	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	35
6. Sonuç ve Öneriler	40
7. KAYNAKLAR.....	42
EKLER.....	52
EK -1 Etik Kurul Onayı	52
EK -2 Araştırma Soru Formu.....	53

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo</u>		<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1.	Katılımcıların Demografik ve Sağlıkla İlgili Özelliklerine İlişkin Dağılım.....	22
Tablo 4.2.	Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanımına İlişkin Özellikler.....	24
Tablo 4.3.	Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi Sonuçları.....	25
Tablo 4.4.	Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	25
Tablo 4.5.	Sağlığı Koruma Davranışı Toplam Puanının Demografik ve Sağlıkla İlgili Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.6.	Mobil Sağlık Uygulaması Türlerine Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.7.	Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Tercihini Etkileyen Faktörlere Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.8.	Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanmama Nedenlerine Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.9.	Mobil Sağlık Uygulamalarının Kullanım Amaçlarına Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.10.	Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgi Edindikleri Kaynaklara Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.11.	Sağlığı Koruma Davranışları ve Diğer Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyonlar.....	33
Tablo 4.12	Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon ileriye doğru ilerle modeli ile analizi.....	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sekil

Sayfa

Şekil 2.1. Sağlık Hizmeti Türleri 10



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Bu çalışmada kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-Nabız	: Bireylerin kişisel sağlık verilerine erişimini sağlayan dijital sağlık platformu.
E-Sağlık	: Elektronik Sağlık
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MSUKA	: Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)
M-Sağlık	: Mobil Sağlık
SKDÖ	: Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
WHO	: World Health Organization(Dünya Sağlık Örgütü)
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

1. GİRİŞ

DSÖ'nün Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde, sağlığın geliştirilmesi "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci" olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 1998). Sağlığın korunması kavramı ise, hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi, erken teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi gibi geniş bir spektrumu kapsamaktadır. Bu kavram, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarını iyileştirmek, sürdürmek ve geliştirmek için yapılan tüm faaliyetleri içermektedir. Sağlığın korunması hem bireysel yaşam tarzı seçimleri hem de sosyal ve çevresel faktörlere bağlıdır (Akyıldız, 2024; WHO, 2025).

Sağlığı koruma davranışları, bireylerin hastalıklardan korunmak, sağlıklarını sürdürmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla gerçekleştirdikleri bilinçli ve gönüllü eylemleri ifade eder (WHO, 2025). Bu davranışlar, dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanımından kaçınma, düzenli sağlık kontrollerine gitme, hijyen kurallarına uyma gibi çeşitli alanları kapsar (Glanz, Rimer & Viswanath, 2015).

Gelişen sağlık teknolojileri ve artan bilgi erişimi, bireylerin sağlık koruma davranışlarına yaklaşımını önemli ölçüde etkilemiştir. Özellikle dijital çağda mobil sağlık uygulamaları gibi araçlar, sağlık bilgisine ulaşmayı kolaylaştırmakta, bireyleri bilinçlendirmekte ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesini desteklemektedir (Free vd., 2013; Qudah & Luetsch, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü mobil sağlığı e-sağlığın alt bileşeni olarak cep telefonları, kişisel dijital asistanlar, hasta izleme cihazları ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından desteklenen tıbbi ve halk sağlığı uygulaması olarak tanımlamıştır (WHO, 2011). Mobil sağlık 'kablosuz iletişim cihazlarının halk sağlığını ve klinik uygulamaları desteklemek için kullanılmasıdır'. Mobil sağlık uygulamaları, bireyler ve sağlık sistemleri arasındaki iletişimden (çağrı merkezleri, randevu hatırlatmaları, tedaviye uyum gibi) sağlık izleme ve gözetimine (anketler, hasta izleme cihazları dahil) ve bakım noktasında bilgilere erişime (sağlık kayıtları, karar desteği) kadar uzanır (Barton, 2012).

Mobil teknolojilerin hızla yayılması, insanların günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma ve sağlık davranışlarını yönetme konusunda büyük bir potansiyel sunmaktadır. Mobil sağlık uygulamaları, kullanıcıların sağlık durumunu takip etmelerine, sağlıklı yaşam

alışkanlıkları geliştirmelerine ve sağlıkla ilgili bilgi alışverişinde bulunmalarına yardımcı olabilir.

Günümüzde cep telefon kullanımı ve internete erişimin artması ile birlikte mobil uygulamalara olan ilgi de artmıştır., İnternet üzerinden, çevrimiçi uygulama mağazalarında (örneğin Google Play ve iTunes çevrimiçi mağazası) farklı kategorilerle indirilebilen mobil uygulamaların en büyük pazar payından sorumlu iki platform Android işletim sistemi (Google) ve iOS işletim sistemidir (Apple) (Pires vd. 2020). Elektronik sağlık (e-sağlık) uygulamaları, bu uygulamaları destekleyecek araçlar, süreçler ve iletişim araçları sağlayan sağlıkla ilgili yazılım uygulamalarını ifade eder ve akıllı cep telefonlarının ve diğer mobil cihazların donanım kapasitesi geliştikçe, mobil sağlık (m-sağlık) uygulamalarını e-sağlık uygulamalarının önemli bir alt kümesi haline getirmiştir (Liu vd. 2012).

Han ve Lee (2018) mobil sağlık uygulamalarının hedeflenen sağlık davranışları veya klinik sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye ve sağlık uygulaması kullanıcılarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bir memnuniyete sahip olduğunu ifade etmektedir. Mobil sağlık uygulamalarının kullanımı, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi ve ilişkileri olumlu yönde etkileyerek ilişki merkezli sağlık hizmetlerini kolaylaştırabilir (Qudah & Luetsch, 2019).

Diğer tarafta Milne-Ives vd. (2020) 52 araştırma makalesinin sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada mobil uygulamaların sağlık davranışlarını veya sonuçlarını iyileştirmedeki etkinliğini destekleyen güçlü bir kanıt olmadığını ifade etmiş ve bunu ortaya çıkarabilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

Türkiye’de konu ile ilgili alan yazın incelendiğinde;

Dönmez (2021) yaptığı literatür taraması sonuçlarına göre mobil sağlık uygulamalarının kişilerin sağlıklarını geliştirmek için olumlu sağlık davranışı geliştirmelerine etkisinin oldukça büyük olduğunu ifade etmiştir. Özdemir ve Şendir’in (2020) sağlık davranışı değişikliği ve mobil sağlık uygulamaları üzerine yayınladıkları çalışmada mobil uygulamalarının insanlarda olumlu davranış değişikliklerine yol açtığı ve daha çeşitli mobil sağlık uygulamalarının olması gerektiği vurgulanmıştır. Karakuş ve Özer (2022) ise mobil sağlık uygulamalarının işitme, görme ve algılama kayıpları olan yaşlı bireyler gözetilmeden oluşturulduğunda dezavantaj oluşturabileceğinin altını çizmiş, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin yaşa bağlı fiziksel değişimleri dikkate alınarak sürdürülebilir

ve etkin mobil sağlık uygulamaları geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Ülke Şimdi vd. (2024) yaptığı araştırma sonucunda elde edilen bulgular, mobil sağlık uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda stratejik bir potansiyele sahip olduğunu göstermekte; hastane yöneticileri, politika yapıcılar ve ilgili tüm paydaşların bu doğrultuda uzun vadeli stratejiler geliştirmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmaların yanı sıra ileri yaşı turizminde, hemşirelikte, psikoterapide, ebelikte, sağlık yöneticiliğinde, sağlık turizminde, iş sağlığı ve güvenliğinde mobil sağlığın önemi (Ardahan, 2019; Demir ve Aslan, 2017; Bektaş ve Şimşek, 2016; Şencan, 2021; Çabuk vd., 2025, Yıldırım vd.,2023), mobil sağlık uygulaması geliştirilmesi (Değerli, 2021; Cissé ve Yılmaz, 2022;) mobil uygulamalarda kullanıcı değerlendirmesi ve yorumları (Korkmaz ve Arıkan, 2021; Akbolat vd.,2019; Demir ve Uslu,2022; Arslan ve Demir, 2017; İnal ve Çağıltay, 2019; Kıracı ve Göde, 2024; Avcı,2018), çeşitli hastalıklarda kullanımı (Özdemir ve Şendir, 2020; Yüksel ve Bektaş, 2021) konuları üzerine çalışılmıştır. Güner vd. (2018) üniversite öğrencilerinin mobil sağlık uygulaması kullanım durumunu incelediği araştırmasında katılımcıların %34,2 sinin uygulama kullandığını belirtmiştir. Bireylerin mobil sağlık kullanım durumu ve e-sağlık okuryazarlık arasındaki ilişkiyi inceleyen Kaya ve Eke (2023) katılımcıların %93,51'i mobil sağlık uygulamasını kullandığını ve e-sağlık okuryazarlığının genel olarak 3,76 ortalama ile yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ozan ve Kılıç (2023), kamu çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ile e-sağlık uygulamaları kullanma arasında bir ilişkinin bulunmadığı, e-sağlık uygulamaları arasında en fazla e-Nabız uygulamasının (%84,9) kullanıldığını tespit etmiştir. Şentürk ve Şahin (2023) gençlerde mobil sağlık uygulaması kullanımının fiziksel aktivite ve sağlık algısı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Karaçadır ve Sezgin 'in (2022) kamu internet ve mobil sağlık uygulamalarını kullanımına yönelik tutum boyutlarını ve bu boyutlar altında yer alan faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada çaba beklentisi, performans beklentisi, sosyal etki, gizlilik endişesi, teknoloji kaygısı ve sağlık bilinci faktörleri saptanmıştır.

Genel anlamda Türkiye'de konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında; bu uygulamaların doğrudan sağlık koruma davranışları ile ilişkisini ele alan kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamış, sağlığın geliştirilmesi gibi koruyucu sağlık ile ilişkilendiren çalışmalara ise nadiren rastlanmıştır. Bu durum, mobil sağlık uygulamaları ile bireylerin sağlık koruma davranışları arasındaki ilişkiyi doğrudan ve bütüncül biçimde inceleyen araştırmalara olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Bu tez çalışması, söz konusu boşluğu doldurmayı ve mobil

sağlık uygulamalarının sağlık koruma davranışlarına etkisini Yozgat ili örneği üzerinden değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Bu tezin potansiyel katkıları aşağıda belirtildiği şekilde olabilir.

Sağlık Teknolojisi Gelişimine Katkı: Mobil sağlık uygulamaları her geçen gün artan bir ilgiyle toplum tarafından kabul görmektedir. Bu tez çalışması, mobil sağlık uygulamalarının etkinliğini değerlendirerek sağlık teknolojisinin gelişimine ve değişimine katkıda bulunabilir. Uygulama geliştiriciler kullanıcıların daha çok yararlandığı ve kullanıcı dostu olan uygulama tasarlaması aşamasında tezden faydalanabilirler.

Halk Sağlığını İyileştirme: Mobil sağlık uygulamaları, sağlık tehditleriyle başa çıkmak ve hastalıkların önlenmesi için güçlü araçlar sunabilir. Tez, bu uygulamaların sağlık koruma davranışlarına olan olumlu etkilerini vurgulayarak, halk sağlığının iyileştirilmesine yönelik politika ve programların oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca sağlığa koruma davranışlarına farkındalığın da artmasına sebep olacaktır. Sağlık davranışlarını anlama ve sağlık eğitime katkı: Tezde toplumun sağlığı koruma davranışlarının neler olduğu anlaşılacak, bu davranışlarda mobil sağlık uygulamalarının rolü olup olmadığı araştırılacaktır. Böylece toplumun sağlığı korumak adına ihtiyaç duyduğu alanlar saptanabilir ve eğitim programları oluşturulabilir.

Sağlık sistemine erişim ve memnuniyetin artması: Tezde toplumun mobil sağlık uygulamalarından hangilerini kullandığına dair sorular yer almakta ve katılımcılar kullanmadıkları uygulamaları bu sayede öğrenebilecektir. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ve E-Nabız gibi uygulamalardan haberdar olmaları onların hizmetlere erişimini kolaylaştıracak ve memnuniyetlerini artıracaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu tezin temel amacı, mobil sağlık uygulamalarının bireylerin sağlık koruma davranışları üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Araştırmada, kullanıcıların hangi mobil sağlık uygulamalarını, hangi amaçlarla ve hangi sıklıkta kullandıkları; bu uygulamaların sağlık bilinci oluşturma, sağlık bilgisine erişim, sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirme ve sağlık hizmetlerine erişim gibi alanlarda ne ölçüde katkı sağladığı incelenmektedir. Ayrıca, mobil sağlık uygulamalarına yönelik tutumlar, kullanım motivasyonları, kullanım engelleri, güven düzeyi ve kullanıcı deneyimleri detaylı olarak analiz edilerek, bu uygulamaların

sağlığı koruma davranışlarıyla ilişkisi ortaya konulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Mobil sağlık uygulamaları, bireylerin sağlığını koruma, sağlık bilgilerine erişim sağlama ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmede önemli bir araçtır. Ancak Türkiye’de, bu uygulamaların sağlığı koruma davranışları üzerindeki etkilerini doğrudan inceleyen kapsamlı araştırmalar sınırlı sayıdadır.

Bu tez, mobil sağlık uygulamalarının bireylerin sağlık koruma davranışları üzerindeki etkilerini ortaya koyarak, sağlık alanına yeni bilimsel bilgiler kazandırmayı ve toplumda sağlık bilincini artırmayı hedeflemektedir. Çalışma, halk sağlığı politikalarının geliştirilmesine, mobil uygulama tasarım süreçlerine ve sağlık eğitime katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Elde edilecek bulgular, halk sağlığının geliştirilmesi ve dijital sağlık çözümlerinin daha etkin kullanılması açısından değerli bilgiler sunacaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Mobil sağlık uygulamaları kullanmak bireylerin sağlığı koruma davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.

H0: Mobil sağlık uygulamaları kullanmak ile bireylerin sağlığı koruma davranışları arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

1.4. Sınırlılıklar

Hemen her araştırma belirli sınırlılıklara sahiptir. Araştırmacının, çalışmasını sınırlayan bütün faktörleri (dönem, akım, teknik, malzeme vb.) rapor etmesi gereklidir. Sınırlamalar kavramsal (tanımsal) ve yöntemsel olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde tez konusu ile ilgili temel bilgilere ve kavramlara yer verilmiştir.

2.1. Mobil Sağlık (m-Health) Kavramı

Mobil sağlık, e sağlığın bir bileşenidir. Bu sebeple öncelikle e-sağlığı tanımlamak daha yerinde olacaktır. E-sağlık, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetlerinde kullanılmasıyla ortaya çıkan dijital sağlık uygulamalarının bütünüdür. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), e-sağlığı "sağlık alanında bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) kullanımı" olarak tanımlar ve buna elektronik sağlık kayıtları, uzaktan sağlık hizmetleri (tele-tıp), mobil sağlık uygulamaları (m-sağlık), karar destek sistemleri gibi dijital araçlar da dahildir. E-sağlık sistemleri; hastaların tanı, tedavi ve takibini kolaylaştırarak hem bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırır hem de sağlık sistemlerinin etkinliğini ve maliyet etkinliğini artırma potansiyeline sahiptir (WHO, 2016; European Commission, 2022).

Eysenbach (2001) de e-sağlığı şu şekilde tanımlamıştır. “e-sağlık, tıbbi bilişim, halk sağlığı ve iş dünyasının kesiştiği noktada ortaya çıkan bir alandır ve internet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla sunulan veya geliştirilen sağlık hizmetleri ve bilgileri ifade eder. Daha geniş anlamda, terim yalnızca teknik bir gelişmeyi değil, aynı zamanda bir zihin durumunu, bir düşünme biçimini, bir tutumu ve bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak yerel, bölgesel ve dünya çapında sağlık hizmetlerini iyileştirmek için ağ tabanlı, küresel düşünme taahhüdünü de tanımlar.” Aynı zamanda Eysenbach (2001) e-sağlık kavramının 10 temel “e” ilkesi etrafında şekillendiğini belirtmiştir. İlk olarak, etkinlik (efficiency) ilkesine göre e-sağlık, sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürerek verimliliği artırmayı amaçlar. İkinci olarak, güçlendirme (empowerment) sayesinde hastalar ve vatandaşlar, kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olur. Üçüncü olarak, kanıta dayalı olma (evidence-based) ilkesi, uygulamaların bilimsel temellere dayanmasını ve etkili sonuçlar üretmesini sağlar. Dördüncü ilke olan eşitlik (equity), herkesin sağlık hizmetlerine adil ve eşit şekilde erişebilmesini hedefler. Beşinci olarak, eğitim (education) boyutu hem sağlık profesyonellerinin hem de halkın sağlık okuryazarlığını dijital ortamda artırmayı ifade eder. Altıncı olarak, genişletme (extension) ilkesi, e-sağlığın coğrafi ve yapısal sınırları aşarak ulaşılması zor bölgelere sağlık hizmeti sunmasını sağlar. Yedinci olarak, değişim mühendisliği (enabling exchange), sağlık kurumları arasında veri alışverişini mümkün

kılar. Sekizinci ilke olan kanıta dayalı karar desteği (evidence-enabled decision-making), hasta ve sağlık profesyoneli arasında daha bilinçli kararlar alınmasına zemin hazırlar. Dokuzuncu ilke etik (ethics), hasta gizliliği, veri güvenliği ve dijital haklar gibi temel etik sorumlulukların gözetilmesini içerir. Son olarak, eğlence (entertainment) unsuru, kullanıcıların sağlık uygulamalarını daha sürdürülebilir ve motive edici şekilde kullanmalarına olanak tanır. Bu on “e”, e-sağlığın yalnızca dijital değil, aynı zamanda sosyal, kültürel ve etik bir dönüşüm sunduğunu ortaya koyar (Eysenbach, 2001).

M- sağlık ise; cep telefonları, hasta izleme cihazları, kişisel dijital asistanlar (PDA’lar) ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından desteklenen tıbbi ve halk sağlığı uygulamaları olarak tanımlamıştır (WHO, 2011).

2.2. Mobil Sağlık Uygulamaları ve Türleri

WHO (2011) tarafından ülkeler arasında yapılan bir araştırmada, mobil sağlık uygulamaları kapsamında en sık kullanılan girişimler belirli kategoriler altında sınıflandırılmıştır. Bunlardan ilki, bireylerle sağlık hizmetleri arasındaki iletişimi kapsamaktadır. Bu kapsamda sağlık çağrı merkezleri, telefon destek hatları ve acil durumlara yönelik ücretsiz telefon hizmetleri öne çıkmaktadır. İkinci olarak, sağlık hizmetlerinden bireylere yönelik iletişim türleri arasında tedaviye uyum desteği, randevu hatırlatmaları, toplumun sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi ve sağlık konularında farkındalık artırıcı mesajların iletilmesi yer almaktadır. Üçüncü kategori, sağlık profesyonelleri arasındaki danışma süreçlerini kapsamaktadır; bu alanda mobil tele-tıp uygulamaları ön plana çıkmaktadır. Dördüncü kategori, acil durumlarda sektörler arası iletişimi içermekte olup acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamayı amaçlamaktadır. Beşinci olarak, sağlık izleme ve sürveyans faaliyetleri kapsamında mobil anketlerin uygulanması, gözetim sistemleri ve bireylerin sağlık durumlarının sürekli olarak izlenmesi yer almaktadır. Son olarak, sağlık profesyonellerinin bakım sırasında bilgiye erişimini kolaylaştıran uygulamalar arasında karar destek sistemleri ve mobil hasta kayıtlarına erişim olanakları bulunmaktadır. Bu sınıflandırma, mobil sağlık uygulamalarının hem bireyler hem de sağlık sistemi açısından çok yönlü bir etkileşim sunduğunu ve kapsamlı bir hizmet aracı haline geldiğini göstermektedir.

Mobil sağlık uygulamaları, dünya çapında bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yaygınlığı ve ekonomik maliyetleriyle hastaları ve sağlık bakım sistemlerini desteklemede büyük bir

potansiyel göstermektedir (Jacob vd., 2022). Mobil teknolojiler, hasta iletişimi, izleme ve eğitim için sağlık hizmetlerinde ve halk sağlığı uygulamalarında giderek daha fazla kullanılmakta ve kronik hastalık yönetimine uyumu kolaylaştırmaktadır (Hamine vd., 2015).

Sağlık eşitsizliklerinin azaltılması hedefiyle geliştirilen pek çok politika, m-sağlık teknolojilerinin sunduğu olanaklardan yararlanmayı zorunlu kılmaktadır. Özellikle uluslararası m-sağlık girişimleri, öncelikli olarak kırsal bölgelerde yaşayan nüfusları sağlık hizmetlerine dahil etmeyi amaçlamaktadır. Mobil cihazlar; ek bir altyapı yatırımı gerektirmeden, sağlıkla ilgili bilgilerin hızlı ve etkin bir şekilde paylaşılmasına olanak tanımaktadır. Bu teknolojiler, yalnızca bilgi iletimiyle sınırlı kalmayıp, uzak bölgelerdeki sağlık profesyonelleri ile iletişim kurulmasını ve yerel halkın temel sağlık bilgileri konusunda eğitilmesini de mümkün kılmaktadır. Böylece kırsal topluluklarda sağlık hizmetlerine erişim artmakta ve bakım süreçleri desteklenmektedir. Bu tür girişimlerin büyük bir kısmı, kısa mesaj gibi düşük maliyetli dijital çözümler üzerinden yürütülmekte olup, toplumsal sağlık düzeyini artırmayı hedeflemektedir (Martin, 2012).

Mobil sağlık (m-sağlık) uygulamaları, kronik hastalıkların yönetiminde ve genel sağlık hizmetlerinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu uygulamalar, çeşitli sağlık ihtiyaçlarına yönelik farklı özellikler ve işlevler sunar. Literatürde bu uygulamalar beş temel kategoride incelenmektedir (Lee vd., 2018; McKay vd., 2019; Liu vd., 2020):

1.Kronik Hastalık Yönetimine Yönelik Uygulamalar:

Diyabet yönetimi: Kan şekeri takibi, insülin dozlarının ayarlanması ve sağlık uzmanlarıyla dijital iletişim.

Hipertansiyon yönetimi: Kan basıncının izlenmesi, ilaç kullanımına uyumun sağlanması ve yaşam tarzı önerilerinin sunulması.

Kardiyoloji: EKG verilerinin mobil uygulamalar aracılığıyla izlenmesi ve anormalliklerin tespiti.

Kanser: Semptom takibi, kemoterapi yan etkilerinin yönetimi ve hasta memnuniyetinin artırılması.

Parkinson hastalığı: Motor fonksiyonların ev ortamında izlenmesi ve günlük semptomların kayıt altına alınması.

2.Davranış Değişikliğini Destekleyen Uygulamalar:

Fiziksel aktivite: Adım sayısı, egzersiz süresi gibi parametrelerin izlenmesi ve kişiselleştirilmiş geri bildirimler.

Sigara bırakma: Süreç takibi, motivasyon artırıcı içerikler ve hedef belirleme modülleri.

Kilo yönetimi: Kalori takibi, beslenme günlüğü ve kilo hedeflerine ulaşmayı destekleyen araçlar.

3.Ruh Sağlığına Yönelik Uygulamalar:

Depresyon yönetimi: Ruh hali takibi, günlük duygusal değerlendirme ve destekleyici içerikler.

Mindfulness ve meditasyon: Stres yönetimi ve zihinsel rahatlama yönelik rehberli egzersizler.

4.Kadın Sağlığına Özgü Uygulamalar:

Adet döngüsü, doğurganlık, gebelik takibi gibi kadın sağlığına özel ihtiyaçları karşılayan araçlar.

5.Diğer Uygulamalar:

İlaç uyumu: Hatırlatıcılar ve doz takibi.

Semptom değerlendirmesi: Günlük belirti takibi ve sağlık profesyonellerine raporlama.

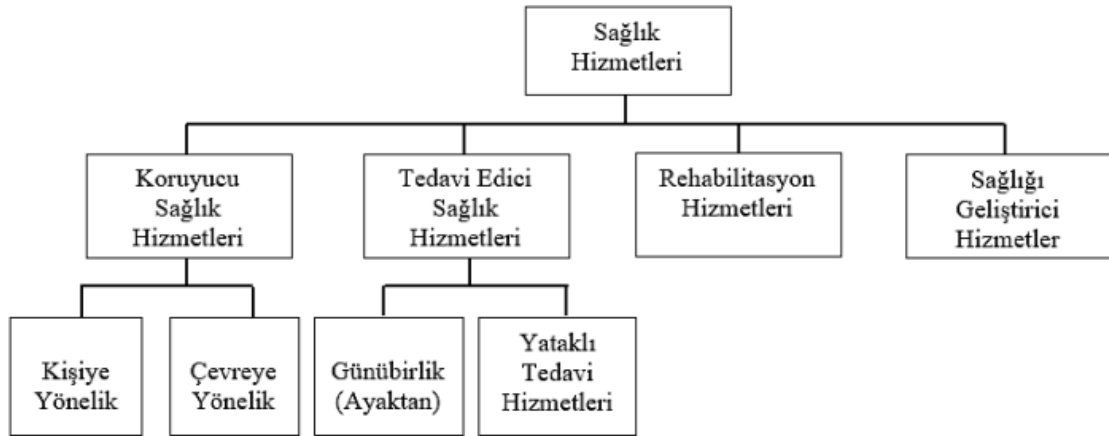
Sağlık bilgisi arayışı: Özellikle kanser gibi hastalıklarla ilgili doğrulanmış bilgiye erişim sağlayan platformlar.

Mobil sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerine erişimi artırma, hasta-sağlık uzmanı iletişimini geliştirme ve kişiselleştirilmiş bakım sağlama potansiyeline sahiptir. Türkiye’de, bireyler veya özel kurumlar tarafından geliştirilen akıllı uygulamaların yanı sıra, devlet tarafından sunulan ve özellikle kamu hastanelerinde randevu sürecini kolaylaştırmayı amaçlayan mobil sağlık uygulamaları da bulunmaktadır. Bu uygulamalar, vatandaşların Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden hızlı ve etkili şekilde randevu almalarını sağlamakta; aynı zamanda Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının sağlık kayıtlarının dijital ortamda tutulmasına da katkı sunmaktadır (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018).

2.3. Sağlığın Korunması ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (WHO, 2025). Bu tanım, sağlığın sadece fiziksel değil, aynı zamanda zihinsel ve sosyal boyutlarını da kapsayan bütüncül bir yaklaşımı ifade eder. Günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi, modern sağlık sistemlerinin temel hedeflerinden biri haline gelmiştir (WHO, 1998).

Sağlık hizmetleri ise, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte halkın ve kişilerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi gibi amaçlarla, sağlık kurumları ve sağlık profesyonellerince yürütülen faaliyetlerin toplamıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018). Sağlık hizmetleri 4'e ayrılır. Şekil 2 de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Sağlık Hizmeti Türleri (Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018)

Sağlık hizmetlerinin temel bileşeni olan koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıkmadan müdahaleyi içeren uygulamaları kapsar. Bu kapsamda, sağlığın korunması kavramı, koruyucu hizmetlerin temel dayanak noktası olarak öne çıkmaktadır.

Değerli ve Yiğit (2020), sağlığın korunması ile sağlığın geliştirilmesinin aynı kavramlar olmadığını belirtmiş; sağlığın korunmasında temel amacın, hastalık risklerini en aza indirerek bireylerin mevcut sağlık durumlarının sürdürülmesi olduğunu, sağlığın geliştirilmesinde ise yaşam kalitesinin ve yaşam süresinin artırılmasının hedeflendiğini ifade etmiştir. DSÖ'nün Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde, sağlığın geliştirilmesi "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1998).

Sağlığın korunması kavramı ise, hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi, erken teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi gibi geniş bir spektrumu kapsamaktadır. Bu kavram, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarını iyileştirmek, sürdürmek ve geliştirmek için yapılan tüm faaliyetleri içermektedir. Sağlığın korunması hem bireysel yaşam tarzı seçimleri hem de sosyal ve çevresel faktörlere bağlıdır (Akyıldız, 2024). Nitekim Şekil 2 de belirtildiği üzere koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Demirel Değirmenci'ye (2021) göre; çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri arasında yeterli ve temiz su temininin sağlanması, atıkların zararlı etkilerinin önlenmesi, sağlıklı konut koşullarının oluşturulması, endüstriyel sağlık denetimleri ile vektör, hava, radyasyon ve gürültü kirliliğiyle mücadele gibi uygulamalar yer almaktadır. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler ise; erken tanı ve tedavi hizmetleri, engelliliklerin önlenmesi, bağışıklama çalışmaları, beslenme ve sağlık eğitimi gibi faaliyetleri kapsamaktadır.

Sağlık alanında daha iyi sonuçlara ulaşmanın bireyden ziyade toplum temelli yaklaşımlar ile mümkün olduğu görüşü, uluslararası düzeyde kabul görmüştür. Bu doğrultuda, 1978 yılında yayımlanan Alma-Ata Bildirgesi ile temel sağlık hizmetlerinin tanımı yapılmış ve bu hizmetlerin kapsamı netleştirilmiştir. Aynı şekilde, 1974 yılında yayımlanan LaLonde Raporu ve 1986 yılında düzenlenen 1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Ottawa Bildirgesi de halk sağlığı yaklaşımının ve çağdaş sağlık anlayışının gelişiminde dönüm noktaları olarak kabul edilmektedir (Tözün ve Sözmen, 2015).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, topluma önceliklerini belirleyip kararlar alarak stratejiler planlama ve uygulama fırsatı verildiğinde gerçekleşir. Bu sürecin merkezinde, toplumun kendi sağlığı üzerinde söz sahibi olması yer alır. Toplumun gelişimi ve halkın sağlığa katılımını artırmak için mevcut insan ve maddi kaynaklar kullanılır. Bunun için bilgiye sürekli erişim, sağlık eğitimi fırsatları ve finansal destek sağlanması gerekir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye'de 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasıyla, aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılmış ve birinci basamak hizmetler güçlendirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlıklı yaşamın teşviki sağlıkta dönüşümün önemli odak noktalarından birisidir. Sağlıkta dönüşüm programı ile ülkemizde yetersiz olan koruyucu sağlık hizmeti artırılmış, daha

ulaşılır ve ücretsiz hale gelmiştir. Amaç halkın doğru sağlık davranışlarını göstermesidir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Koruyucu hizmetlerin temel hedefi, hastalık risklerini ortadan kaldırmak veya en aza indirerek bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sistemine düşen ekonomik yükü azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın yalnızca hastalıkların tedavisiyle değil, hastalıkların önlenmesiyle de sürdürülebileceğini vurgulayarak, koruyucu sağlık hizmetlerini modern sağlık politikalarının merkezine yerleştirmiştir (WHO, 2020).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin hedefi, hastalık risklerinin azaltılması ve sağlık durumunun üst düzeyde olduğu bir toplumun oluşturulması olduğunu ifade eden Tengilimoğlu vd., (2017) koruyucu” sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde belirtmiştir;

- Koruyucu sağlık hizmetinin sunumu tedavi edici hizmetlerine göre daha ucuz ve etkilidir.
- Daha kolay uygulanmaktadır.
- Çok fazla araç gereç ya da sağlık profesyoneline ihtiyaç duyulmaz.
- Görevli sağlık çalışanının çok yüksek nitelikte olmasına gerek yoktur.
- Kullanılan teknolojinin gelişmiş olması gerekmez, basit ve ucuzdur.
- Hastanelere giden hasta sayısını azaltarak hasta yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını en aza indirir.
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre sağlığı da dikkate alınır, çevre de düzenlenmiş olur (sıtma hastalığında, sivrisineklerin üreme alanlarını ortadan kaldırmak amacıyla bataklıkların kurutulması gibi).

Sağlığın korunması, farklı düzeylerde gerçekleştirilebilir. Bu düzeyler, primordial (birincil öncesi), birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma olarak sınıflandırılmaktadır (Akyıldız, 2024; Kisling & Das, 2023).

Primordial (Birincil Öncesi) Koruma

Primordial koruma, hastalık risk faktörlerinin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik önlemleri içerir. Bu düzeyde, toplumsal ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesi hedeflenir. Örneğin, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması ve tütün

kullanımının azaltılması gibi önlemler primordial koruma kapsamındadır. Güvenli yürüyüş yollarına erişim; sağlıklı gıda seçenekleri sunan mağazalara erişim de örnek olabilir.

Birincil Koruma

Birincil koruma, hastalık veya yaralanma oluşmadan önce alınan önlemleri içerir. Birincil önlemenin amacı, bir hastalığın hiç ortaya çıkmasını önlemektir. Bu nedenle, hedef nüfusu sağlıklı bireylerdir. Bu düzeyde, bağışıklama, sağlık eğitimi ve danışmanlık gibi yöntemler kullanılır. Örneğin, aşılama programları, sağlıklı yaşam tarzı eğitimleri ve güvenli çevre düzenlemeleri birincil koruma kapsamındadır.

İkincil Koruma

İkincil koruma, hastalıkların erken teşhis ve tedavisini içerir. Bu düzeyde, tarama programları ve erken tanı yöntemleri kullanılır. Örneğin, kanser taramaları (rahim ağzı kanseri erken teşhisi için pap smear, meme kanseri erken teşhisi için mamografi, kolon kanseri erken teşhisi için kolonoskopi) hipertansiyon taramaları ve diyabet taramaları ikincil koruma kapsamındadır.

Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma, hastalık veya yaralanma sonrası komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyonu içerir. Semptomatik hastalarda uygulanır ve hastalığın şiddetini ve ilişkili tüm sonuçları azaltmayı amaçlar. İkincil önleme, hastalığın başlangıcını önlemeyi amaçlarken, üçüncül önleme, bir bireyde yerleştikten sonra hastalığın etkilerini azaltmayı amaçlar. Bu düzeyde, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunulur. Örneğin, inme sonrası rehabilitasyon, kronik hastalık yönetimi ve fizik tedavi üçüncül koruma kapsamındadır.

Dördüncül Koruma

Wonca International Dictionary for General/Family Practice'e göre, dördüncül önleme "aşırı tıbbi müdahale riski taşıyan hastaları belirlemek, onları yeni tıbbi müdahalelerden korumak ve etik olarak kabul edilebilir müdahaleler önermek için yapılan eylemdir." Bu düzeyde, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve hasta merkezli yaklaşımlar benimsenir. Örneğin, gereksiz ilaç kullanımının azaltılması, gereksiz tetkiklerin önlenmesi ve hasta eğitimi dördüncül koruma kapsamındadır.

2.4. Sağlığı Koruma Davranışları

Sağlığın korunabilmesi için bireylerin sağlıklı yaşam biçimine yönelik davranışları benimsemesi gerekmektedir. Değerli ve Yiğit (2020) bu davranışları şu şekilde özetlemiştir. ‘‘Sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, sağlık kontrolü, manevi tatmin ve sosyal ilişkiler geliştirmek. Gömleksiz vd. (2020) ise beslenme, sosyal ortamlarda kendini ifade edebilme becerisi, sağlık sorumluluğunu üstlenme, egzersiz yapma, bireyler arası iletişim ve stres yönetimi olduğu vurgulamıştır.

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları yaşamın erken dönemlerinde şekillenmekte olup, örneğin emzirme; sağlıklı büyümeyi desteklemenin yanı sıra, bilişsel gelişimi iyileştirmekte ve obezite gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların riskini azaltmaktadır (WHO, 2020). Yaşam kalitesinin artırılması ve bireyin işlevselliğinin sürdürülmesi için en büyük fırsatlar, diyeti değiştirme, fiziksel aktiviteyi artırma, tütün ve aşırı alkolden uzak durma ve stresle başa çıkma gibi sağlıklı davranışlara yönelmekten geçmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, temiz su temini, yeterli beslenme ve bağışıklama hizmetleri sağlığın temel belirleyicileri arasında yer almaktadır (Sobel, 2025). Beslenme, sağlığı koruyucu davranışlar arasında en temel unsurlardan biridir. Sağlıklı bir diyet, enerji harcamasını dengeleyen ve yaşam döngüsü boyunca büyüme ve onarımı destekleyen tüm besin öğelerini içermelidir. Nitekim beslenme; koroner kalp hastalığı, bazı kanser türleri, felç, Tip 2 diyabet ve ateroskleroz gibi önde gelen ölüm nedenlerinin beşiyle ilişkilidir (Bidlack, 1996).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, yalnızca bireyin sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda toplumun genel sağlık düzeyi üzerinde de olumlu etkiler oluşturmaktadır. Tedaviye yönelik hizmetlerle karşılaştırıldığında, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin daha düşük maliyetli olduğu göz önünde bulunduurulduğunda, fiziksel aktivite hem sağlık üzerindeki olumlu katkılarıyla hem de ekonomik açıdan sağladığı avantajla dikkat çeken bir birincil korunma yöntemidir (Bulut, 2025). Bununla birlikte, düzenli egzersiz uygulamaları; stres, kaygı ve depresyon düzeylerini azaltmada ve hastalık risklerini düşürmede etkili olmaktadır (zkan, 2021).

Stresten uzak kalmak ve sağlıklı bir şekilde yönetebilmek sağlığı koruyan davranışlardan bir tanesidir. Bireysel ve toplumsal düzeyde doğrudan sağlıkla ilişkili olan stres, özellikle

kronikleştiğinde; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve depresyon gibi birçok hastalığın temelini oluşturabilmektedir (Schneiderman vd., 2005). Beyin, stres yanıtlarının düzenlenmesinde merkezi bir role sahiptir ve bu süreç bireyin sosyal, ekonomik ve çevresel koşullarıyla doğrudan bağlantılıdır. Özellikle düşük sosyoekonomik statü, stresin hem fizyolojik hem de psikolojik etkilerini artırmakta ve sağlık üzerinde olumsuz bir baskı yaratmaktadır. Bu durum, stresin sadece bireysel değil, yapısal boyutlara da sahip olduğunu göstermektedir (McEwen & Gianaros, 2010). Stresle başa çıkmada bireysel düzeyde en etkili faktörlerden biri sosyal destektir. Bu bağlamda, sosyal destek sistemleri; bireyin stresle başa çıkmasında tampon görevi görmekte, zihinsel ve bedensel sağlığı korumada kritik rol oynamaktadır. Aile, arkadaşlar, meslektaşlar ve topluluk desteği; duygusal, bilişsel ve fiziksel yardımın temel kaynaklarını oluşturur (Ozbay vd., 2007).

Alkol ve sigara kullanımı, küresel düzeyde halk sağlığı açısından en önemli iki önlenabilir risk faktörü arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, tütün kullanımı her yıl yaklaşık 8 milyon kişinin ölümüne neden olmakta ve bu ölümlerin 1.3 milyonu pasif içicilikten kaynaklanmaktadır. Tütün ürünleri; başta akciğer kanseri olmak üzere kalp hastalıkları, felç, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve çeşitli kanser türleri ile güçlü şekilde ilişkilidir (WHO, 2024). Benzer şekilde, alkol tüketimi de dünya genelinde yılda yaklaşık 3 milyon ölüme neden olmakta ve bu ölümler büyük oranda karaciğer sirozu, sindirim sistemi hastalıkları, trafik kazaları, intihar ve kanserlerle bağlantılıdır (WHO, 2023). Ayrıca, alkolün kronik kullanımı beyin fonksiyonlarını bozarak bilişsel gerilemeye, ruh sağlığı sorunlarına ve sosyal işlevsellikte azalmaya neden olabilir (Rehm vd., 2017). Özellikle gelişim çağındaki bireylerde alkol ve sigara kullanımı, bağımlılık riskini artırarak ilerleyen yaşlarda sağlık sorunlarının temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle alkol ve tütün kullanımının azaltılması, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir (WHO, 2024; Rehm vd., 2017)

Hastalıkların önlenmesinde sağlık davranışlarının önemi uzun zamandır bilindiğinden, sağlık davranışlarının ölçülmesi için birçok araç geliştirilmiştir (Chawlowaska vd., 2022). Bu ölçekler genellikle sağlıklı yaşam tarzlarını ölçmektedir. Sağlıklı yaşam davranışları çalışmaları arasında en yaygın kullanılan ölçek, Walker tarafından 1987’de geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği II” dir. Ancak bu ölçekte kültürün davranışlar

üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Oysa Sağlık koruyucu davranışlar beş boyuttan (genetik faktörler, çevre, davranış, yaşam tarzı ve sağlık bakımı) oluşur. Ping tarafından geliştirilen ve tüm bu boyutları kapsayan “Sağlık Koruyucu Davranış Ölçeği”, bireylerin sağlık koruyucu tutumlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmektedir. Bu araştırmada da sağlığı koruyucu davranışları ölçmek için Pink tarafından geliştirilen ve Ödek vd. tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenirliği yapılmış ölçek kullanılmıştır.

2.5. Mobil Sağlık Uygulamaları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki

Mobil sağlık uygulamaları, bireylerin sağlık davranışlarını değiştirme ve sürdürme potansiyeline sahip dijital araçlar olarak modern sağlık sistemlerinde önemli bir yer edinmiştir. Bu uygulamalar; ilaç alımına uyumu artırmak, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek, sağlıklı beslenme davranışlarını desteklemek ve stres yönetimi gibi alanlarda bireysel değişimi kolaylaştırmaktadır (Eaton vd., 2024).

Dijital davranış değişikliği ilkelerine dayanan m-sağlık uygulamaları, özellikle kronik hastalık yönetiminde etkili olmuştur. Jakob ve arkadaşlarının (2022) sistematik derlemesinde, kullanıcıların uygulamaları bırakma nedenlerinin başında kişiselleştirme eksikliği ve düşük kullanıcı etkileşimi gelirken; yüksek etkileşimli ve kullanıcı odaklı tasarımların sağlık davranışları üzerinde daha kalıcı etkiler bıraktığı vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Cucciniello vd. (2021), m-sağlık uygulamalarının davranış değişikliklerini desteklemek için genellikle "hatırlatıcı bildirimler", "hedef belirleme", "geribildirim" ve "ilerleme takibi" gibi davranışsal stratejileri içerdiğini belirtmektedir.

İlaç uyumu sağlığı etkileyen farklı bir faktördür ve ilaç alımına uyum (adherence) konusu, m-sağlık davranışsal etkisini net biçimde gösterdiği bir alandır. Peng vd. (2020) tarafından yapılan bir meta-analiz, kronik hastalıklarda mobil uygulama kullanan bireylerin ilaç alımına uyum oranlarının kontrol gruplarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle diyabet, hipertansiyon ve astım gibi hastalıklarda m-sağlık destekli yönetimin hem tedaviye uyumu hem de hastalık kontrolünü iyileştirdiği görülmektedir (Kim vd., 2025).

Uygulamalara yönelik bireysel motivasyon ise davranış değişikliğinin devamlılığını sağlamada belirleyicidir. Almutairi ve Vlahu-Gjorgievska (2023), kullanıcıların m-sağlık uygulamalarına olan bağlılıklarını artıran özelliklerin başında "kişisel sağlık verilerine erişim", "özerklik duygusu" ve "hedefe ulaşma hissi" gibi içsel motivasyon faktörlerinin

geldiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, kullanıcıların uygulamayı benimsemesi, davranış değişikliği sürecinde hem başlangıç hem de sürdürülebilirlik açısından kritik rol oynamaktadır.

Hasta katılımı; sağlık sonuçları, sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri maliyetleri üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle sağlık hizmetlerinin önemli bir konu haline gelmiştir. Mobil sağlık uygulamaları, hasta katılımını kolaylaştırmak için yenilikçi bir araçtır (Almutairi ve Vlahu-Gjorgievska, 2023). M-sağlığın sunduğu en önemli fırsatlardan biri, bakımın sunumunu iyileştirmenin yanı sıra, hastaların durumlarına aktif olarak katılmalarına ve kendi kendilerine yönetmelerine olanak tanıyan bir sağlık alanı olmasıdır. Cep telefonları ayrıca kullanıcı davranışına dayalı zamanında müdahalelerin tasarlanmasına olanak tanır. M-sağlık aracılı davranışsal müdahaleler bilişsel, davranışsal, duygusal ve sosyal sağlık odaklı yanıtlar üretebilir. Bu nedenle, m-sağlık uygulamaları, sigara içme, obezite, diyabet ve diğer kronik rahatsızlıklarla ilgili olanlar gibi tedavilerin hastanın davranış değişikliğine bağlı olduğu sorunlar için özellikle uygundur (McCurdie vd., 2012).

Kullanıcı dostu mobil sağlık uygulamalarında bulunması gereken başlıca özellikler: tasarım döngüsünün her aşamasında erken ve sürekli kullanıcı katılımı, yinelemeli prototipleme ve kullanılabilirlik testleri, sensör destekli otomatik veri aktarımı, hızlı ve göze batmayan işlem akışları, sezgisel görsel veri sunumu, ödül-temelli sürdürülebilir motivasyon mekanizmaları, hedef kitleye uygun dil-ton seçimi ve kişiselleştirilebilir koç seçenekleri, çok-disiplinli (insan faktörleri-tasarım-tıp-halk sağlığı) ekiplerle yürütülen kullanıcı merkezli tasarım süreci ve gerçek bağlamda saha denemeleridir (McCurdie vd., 2012). Lau vd.(2021) uygulama tasarımcılarının, kullanım kolaylığı, gezinme, grafikler ve görsel çekicilik gibi kullanıcı deneyimini etkileyen tasarım yönlerine öncelik vermeleri gerektiğini vurgulamışlardır.

M-sağlığın etkili olabilmesi için yalnızca teknik değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik faktörleri de dikkate alması gerektiği ileri sürülmektedir (Shariful Islam, 2018). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarda, SMS tabanlı hatırlatıcıların davranış değişikliği sağlamada başarılı olduğu ve dijital sağlık uçurumunun bir ölçüde kapatılabildiği belirtilmiştir. Mobil sağlık müdahalelerinin, kaynak yetersizliğinin

yaşandığı bölgelerde bile sağlık sonuçlarını iyileştirme potansiyeli oldukça yüksektir (Free vd., 2010).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel analitik bir çalışmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Yozgat il merkezinde yaşayan 18-64 yaş grubu kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, Yozgat Organize Sanayi bölgesinde bulunan fabrikalarda çalışan işçiler ile Yozgat il merkezinde görev yapan memurlar oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemi kullanılmamış olup, araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınmıştır. Örneklem büyüklüğü, GPower 3.1 paket programı ile hesaplanmıştır. Minimum örneklem büyüklüğü hesabında, Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı (MSUKA) anketinden katılımcıların alacağı toplam puan bağımlı değişken olarak alınıp, Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) puanı, kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi gibi demografik değişkenlerden 5 tanesini etkileyen faktörler alınarak lineer regresyon ile analiz yapıldığından $\alpha=0,05$ hata düzeyinde, etki büyüklüğü %10 (effect size 0,1) alındığında %90 güç düzeyinde en az $n=171$ kişinin örnekleme alınması hesaplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Veri toplama aracı olarak anket formları kullanılmıştır. Formlar 3 bölümden oluşmaktadır. Bunlar; Sosyodemografik sorular, Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi (MSUKA) ve Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ)'dir.

Sosyodemografik soruların olduğu bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra sağlık durumu, sağlıklı ilgili bilgi kaynakları, sağlık kurumuna başvuru durumları gibi farklı sorular da sorulmaktadır.

3.3.1. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi

Ölçek Kıral (2022) tarafından katılımcıların mobil sağlık uygulama kullanım durumları ile ilgili bilgi elde etmek amacıyla oluşturulmuştur. Bireylerin mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumu, telefona yüklediği mobil uygulamalar, mobil sağlık uygulamalarını yararlı ve güvenilir bulma durumu, mobil sağlık uygulamalarını kullanma veya kullanmama tercihlerini etkileyen faktörler, sağlık uygulamalarını hangi amaçlarla

kullandığı, mobil sağlık uygulamalarını kullanmanın olumlu sağlık davranışı geliştirmesine destek olup olmadığı verilerine ulaşmayı sağlayan 9 maddelik bir formdur. Maddelerden 4 tanesi ölçek toplam puanı için kullanılmaktadır. Bu maddeler; 1-Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanırım, 2- Mobil Sağlık Uygulamalarını yararlı buluyorum, 3- Mobil sağlık uygulamalarına güvenirim ve 4- Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanmak Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirmeme Destek Oluyor olup, yanıtları 5’li Likert “(1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Ara sıra, (4) Çoğunlukla, (5) Her zaman” tipindedir (Kıral, 2022). Formu kullanmak için yazarlardan izin alınmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç güvenirlik Cronbach Alpha değeri 0,873 bulunmuştur.

3.3.2. Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği

Ölçek, Ping vd. (2018) tarafından oluşturulmuş ve Ödek vd. (2022) tarafından Türkçe güvenirlik ve geçerliliği yapılmıştır. 4 boyut 28 ifadeden oluşan ölçekte her bir madde için ayrı veya toplam puan hesaplanabilmektedir. Alınabilecek minimum puan 28, maksimum puan ise 140’dır. Yüksek puan alınması, bireylerin sağlığı koruma davranış düzeylerinin yükseldiğini, düşük puan alınması sağlığı koruma davranış düzeylerinin düştüğünü göstermektedir (Ödek vd., 2022). Alt boyutlar; 1-7: Kişiler arası destek, 8-16: Genel ve Beslenme davranışı, 17-22: Sağlık bakımı, 23-28: Kişisel bilgi. Bu ölçeği kullanmak için yazarlardan izin alınmıştır.

Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesinde Cronbach Alpha değeri hesaplanmıştır. Güvenirlik için Cronbach Alpha değerinin 0,70’in üzerinde olması yeterli görülmektedir (Hair vd., 2014). Bu çalışmada ölçeğin iç güvenirlik Cronbach Alpha değeri 0,887 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Analizi

Veri toplama süreci sonucunda elde edilen verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. SYDÖ toplam puanının normal dağılıma uygunluğu olup olmadığını belirlemek amacıyla ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell’e (2013) göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 aralığında olması, verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen çarpıklık (-,259) ve basıklık (,936) değerleri kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığından, verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Ayrıca SKDÖ toplam puanı, görsel

histogram ve normal Q-Q grafiğine göre verilerin normal dağılışa uygun olduğu görölmüştür.

Tek değişkenli analizlerde, bağımsız gruplarda t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği puanı alınmıştır. Bağımsız değişkenler olarak; Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi, katılımcıların, yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi demografik faktörler alınmıştır. Çok değişkenli analiz olarak lineer regresyon (LR) analizi geriye doğru eleme (Backward) yöntemi kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde $p < 0,1$ düzeyinde önemli bulunan bağımsız değişkenler LR analizine alınmış ve son aşamada önemli bulunan değişkenler tablolarda gösterilmiştir. LR analizine cinsiyet, meslek gibi kategorik değişkenler kukla (dummy) değişkenlere dönüştürölerek alınmıştır. İstatistik önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.5.Araştırma İzinleri

Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulundan 165276 sayılı izin alınmıştır (Ek 1).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin analiz sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 0.1. Katılımcıların Demografik ve Sağlıkla İlgili Özelliklerine İlişkin Dağılım

Değişkenler		n	%
Yaş grupları	18-29	116	26
	30-39	99	22
	40-49	187	41
	50-69	52	11
Cinsiyet	Kadın	226	50
	Erkek	228	50
Eğitim durumu	İlkokul	47	10
	Ortaokul	58	13
	Lise	95	21
	Üniversite	216	48
	Lisansüstü	38	8
Medeni durum	Evli	310	68
	Bekar	144	32
Meslek	Memur-kamu	213	47
	İşçi- özel sektör	241	53
Kronik hastalık sorunu	Var	100	22
	Yok	354	78
Ailede kronik hastalık olması	Yok	228	50
	Çocuklarımda	25	6
	Annemde	95	21
	Babamda	60	13
	Kardeşlerimde	33	7
	Diğer	13	3
Genel Sağlık Durumu	Kötü	8	2
	Orta	126	28
	İyi	270	60
	Çok iyi	50	11
Sağlıkla ilgili bilgileri hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?	Yazılı kaynaklar	114	25
	Resmî kurumlar	166	37
	Diğer internet sayfaları	178	39
	Televizyon	105	23
	Sağlık çalışanı	209	46
	Diğer	40	9
Yakın akrabalarınızda sağlık çalışanı var mı	Yok	241	53
	Doktor	14	3
	Hemşire-ebe-att	120	26
	Sağlık teknikeri	50	11
	Diğer	29	6
Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşlarına başvuru	0-5 kez	314	69
	6-10 kez	82	18
	11-20	58	13
	Toplam	454	100,0

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan toplam 454 kişinin demografik ve sağlıkla ilgili bazı temel özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların %41’i 40–49 yaş aralığında yer almakta, bu gruba %26 ile 18–29 yaş grubu takip etmektedir. Cinsiyet dağılımı eşit olup, kadın ve erkek oranı %50’dir. Eğitim düzeyi incelendiğinde, katılımcıların %48’inin üniversite mezunu olduğu, bunu %21 ile lise mezunlarının izlediği görülmektedir. Katılımcıların %68 i evlidir. Mesleki dağılım açısından %50 üçü özel sektörde işçi olarak çalışırken %47 si kamu sektöründe memur olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların %22 sinde kronik hastalığı bulunduğu, ailede kronik hastalık varlığı ise en çok annede (%21) ve babada (%13) olduğu saptanmıştır. Genel sağlık durumu açısından katılımcıların %60’ı kendisini "iyi", %11’i ise "çok iyi" olarak değerlendirmiştir. Sağlıkla ilgili bilgi kaynakları içinde en çok tercih edilenler sağlık çalışanları (%46), internet sayfaları (%39) ve resmî kurumlar (%37) olmuştur. Katılımcıların %53’ünün yakın çevresinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır; en yaygın sağlık çalışanı grubu ise hemşire/ebe/ATT’dir (%26).

Tablo 4.2’de katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumları, indirdikleri uygulama türleri, kullanım tercihlerini etkileyen faktörler ile kullanmama nedenleri ve kullanım amaçları detaylı şekilde sunulmuştur.

Tablo 0.2. Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanımına İlişkin Özellikler

Özellikler	Kategori	n	%
Mobil sağlık uygulaması yükleme	Evet	404	89
	Hayır	50	11
İndirilen mobil uygulamalar	Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS)	241	53
	E-Nabız	357	79
	Hayat Eve Sığar	117	26
	Diyet/Egzersiz Uygulamaları	49	11
	Adımsayar	104	23
	Adet Takvimi	78	17
	Sigarayı Bırakma	6	1
	Su İçme Hatırlatıcı	34	8
	Uyku Programı	26	6
	İlaç Hatırlatıcı	19	4
	Diş Higiyeni	7	2
	Diğer	37	8
	Diğer	6	1
Mobil sağlık uygulamalarını kullanma tercihini etkileyen faktörler	Kullanmıyorum	60	1
	Planlama yapmama yarar sağlıyor	142	31
	Mobil sağlık uygulamalarını kullanırken sağlığıma daha çok dikkat ediyorum	101	22
	Mobil sağlık uygulamalarından faydalı bilgiler ediniyorum	155	34
	Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak beni motive ediyor	123	27
	Mobil sağlık uygulamalarından hatırlatıcı olarak yarar sağlıyorum	134	30
	Çevremden mobil sağlık uygulamalarıyla ilgili olumlu yorumlar duyuyorum	73	16
	Bir sağlık çalışanının önerisiyle kullanıyorum	43	10
Bir mobil sağlık uygulamasını kullanmama tercihini etkileyen faktörler	Diğer	24	5
	Kullanıyorum	289	64
	Düzenli bir şekilde kullanabileceğimi düşünmüyorum	75	16
	Yararlı görmüyorum	21	5
	Bilgilerin doğruluğuna güvenmiyorum	20	4
	Akıllı telefonumda yeterli depolama alanı yok	23	5
	Mobil sağlık uygulamaları ücretli	10	2
	Mobil sağlık uygulamaları hakkında yeterli bilgim yok	58	13
Mobil Sağlık uygulamalarını kullanma amacı	Diğer	25	5
	Kullanmıyorum	47	10
	Covid-19 konusunda bilgi sahibi olmak	40	9
	Hastane randevusu almak	358	79
	Sağlık kayıtlarına erişmek	256	56
	Gün içinde atılan adımları hesaplamak	11	24
	Kalori hesaplamak	53	12
	Su tüketimini takip etmek	48	11
	Şeker hastalığını yönetmek	7	2
	İlaç içmeyi hatırlamak	19	4
	Kilo vermek	25	6
	Adet döngüsünü takip etmek	73	16
	Gebelik takibi yapmak	17	4
	Diğer	4	1

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%89) mobil sağlık uygulamalarını telefonlarına indirdiklerini belirtmiştir. En yaygın indirilen uygulamalar arasında E-Nabız (%79) ve

MHRS (%53) öne çıkmaktadır. Kullanım tercihini etkileyen en belirgin faktörler arasında “faydalı bilgiler edinme (%34)”, “planlama yapmada yarar sağlama (%31)” ve “hatırlatıcı olarak yararlanma (%30)” yer almaktadır.

Mobil sağlık uygulamalarını kullanmayan bireylerin büyük bir kısmı, düzenli kullanamayacaklarını düşündükleri veya yeterli bilgiye sahip olmadıkları için bu tercihte bulunduklarını belirtmiştir. Kullanım amaçları arasında hastane randevusu almak (%79), sağlık kayıtlarına erişmek (%56) ve adet döngüsünü takip etmek (%16) öne çıkmaktadır.

Tablo 0.3. Katılımcıların Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi Sonuçları

İfadeler	Hiçbir zaman		Nadiren		Ara sıra		Çoğunlukla		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanırım	40	9	113	25	120	26	116	26	65	14
Mobil Sağlık Uygulamalarını yararlı buluyorum	22	5	27	6	113	25	149	33	143	32
Mobil sağlık uygulamalarına güvenirim	11	2	47	10	92	20	199	44	105	23
Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanmak Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirmeme Destek Oluyor	32	7	107	24	85	19	166	36	64	14

Tablo 4.3’te katılımcıların mobil sağlık uygulamalarına yönelik tutumları “Hiçbir zamandan” “Her zamana uzanan beşli likert ölçeği üzerinden değerlendirilmiştir. Katılımcıların %26’sı mobil sağlık uygulamalarını “ara sıra” ve %26’sı “çoğunlukla” kullandığını belirtirken, %14’ü ise her zaman kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %65’i mobil sağlık uygulamalarını “çoğunlukla” ya da “her zaman” yararlı bulmaktadır. Benzer şekilde, uygulamalara güven düzeyi de yüksektir; %44’ü “çoğunlukla” ve %23’ü “her zaman” güvendiğini belirtmiştir. Mobil sağlık uygulamalarının olumlu sağlık davranışlarını destekleyici etkisi de önemli bir orana sahiptir: Katılımcıların %36’sı bu uygulamaların kendilerine “çoğunlukla” destek olduğunu belirtirken, %14’ü ise “her zaman” desteklediğini ifade etmiştir.

Tablo 0.4. Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Alt boyutlar	Min.	Mak.	Ort.	Std.s
Kişiler arası destek	12	35	24	4,05
Genel ve Beslenme davranışı	16	45	31	5,9
Sağlık bakımı	12	30	26	3,75
Kişisel bilgi	8	45	20	4,5
Toplam alınan puan	54	140	101	14,4

Tablo 4.4 Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeğine ait alt boyutların minimum, maksimum, ortalama (Ort.) ve standart sapma (Std.s) değerleri sunulmuştur. Ölçek dört alt boyuttan oluşmakta olup, bireylerin sağlıkla ilgili koruyucu davranış düzeylerini değerlendirmektedir. Genel ve beslenme davranışı alt boyutunda elde edilen ortalama 31 ile en yüksek düzeye ulaşılmıştır. En düşük olan alt boyut ise kişisel bilgidir.

Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği'nden elde edilen toplam puanların demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, karşılaştırma yapılacak grupların sayısına göre analiz yöntemi belirlenmiştir. İkili gruplardan oluşan değişkenlerde (örneğin cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı gibi) bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerde (örneğin yaş grubu, eğitim durumu) ise tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır.

ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilen durumlarda, farkın kaynağını belirlemek amacıyla post-hoc testler uygulanmıştır. Varyansların eşitliği varsayımının sağlandığı durumlarda Tukey HSD veya Scheffé testi, varyansların eşitliği varsayımının sağlanmadığı durumlarda ise Games-Howell post-hoc testi tercih edilmiştir. Bu analizler sayesinde gruplar arasındaki ikili karşılaştırmalar yapılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farkların yönü ile kaynağı detaylı biçimde ortaya konulmuştur. Tablo 3.6'da karşılaştırmalar sunulmuştur.

Tablo 4.5.'de sağlığı koruma davranışı toplam puanının demografik ve sağlıkla ilgili değişkenlere göre karşılaştırılması detaylı bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 0.5. Sağlığı Koruma Davranışı Toplam Puanının Demografik ve Sağlıkla İlgili Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		n	%	SKDÖ Toplam puan	Std.S	T/F P
Yaş	18-29	116	26	98	15,8	5,63
	30-39	99	22	103	10,5	
	40-49	187	41	100	12,9	<0,001
	50-69	52	11	106	19,5	
Cinsiyet	Kadın	226	50	106	12,6	-7,18
	Erkek	228	50	97	14,6	<0,001
Eğitim durumu	İlkokul	47	10	106	15,9	16
	Ortaokul	58	13	93	14,1	
	Lise	95	21	94	18,0	<0,001
	Üniversite	216	48	104	10,4	
	Lisansüstü	38	8	106	11,2	
Medeni durum	Evli	310	68	102	16,4	-2,35
	Bekar	144	32	99	13,2	0,03
Meslek	Memur-kamu	213	47	105	9,94	-5,89
	İşçi- özel sektör	241	53	98	16,6	<0,001
Kronik hastalık sorunu	Var	100	22	108	15,11	-5,83
	Yok	354	78	99	13,5	<0,001
Ailede kronik hastalık olması	Yok	228	50	98	14	-4,24
	Var	226	50	104	13	<0,001
Genel Sağlık Durumu	Kötü	8	2	82	15,0	9,64
	Orta	126	28	97	14,2	<0,001
	İyi	270	60	102	13,9	
	Çok iyi	50	11	106	13,3	
Yakın akrabalarınızda sağlık çalışanı var mı?	Yok	241	53	99	16,5	4,75
	Doktor	14	3	115	17,9	
	Hemşire-ebe-att	120	26	102	9,6	<0,001
	Sağlık teknikeri	50	11	103	11,9	
	Diğer	29	6	100	9,5	
Yakın akrabalarınızda sağlık çalışanı var mı?	Var	213	47	103	0,77	-2,66
	Yok	241	53	99	1,0	0,007
Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşlarına başvuru	0-5 kez	314	69	100	14,5	3,05
	6-10 kez	82	18	104	14,9	0,04
	11-20	58	13	102	12,1	
Telefonuna mobil sağlık uygulaması yükleme durumu	Evet	404	89	101	13,9	-,51
	Hayır	50	11	100	17,9	0,60

Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği toplam puanının yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda anlamlı fark bulunmuş, varyansların eşitliği varsayımının sağlanmaması nedeniyle farkın kaynağını belirlemek amacıyla Games-Howell post-hoc testi uygulanmıştır. Games-Howell testi sonuçlarına göre, 18–29 yaş grubu ile 30–39 yaş grubu ($p = .017$) ve 50–69 yaş grubu ($p = .049$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Her iki durumda da 18–29 yaş grubundaki bireylerin sağlık koruma davranışı puanlarının diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha

düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, 30–39 yaş grubu ile 40–49 yaş grubu arasında da anlamlı fark saptanmış ($p = .028$) ve 40–49 yaş grubu lehine bir farklılık belirlenmiştir.

Cinsiyet değişkenine göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği toplam puanları incelendiğinde, kadın katılımcıların ortalama puanlarının erkek katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($t = -7,18$; $p < .001$).

Eğitim düzeyine göre bakıldığında, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerle lise ($p = .002$) ve ön lisans ($p < .001$) mezunu bireyler arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca, ortaokul mezunu bireylerle lisans ($p < .001$) ve lisansüstü ($p < .001$) düzeyde eğitim almış bireyler arasında da anlamlı farklılıklar gözlenmiştir.

Medeni duruma göre yapılan analizde, evli bireylerin sağlık koruma davranışları puanlarının bekar bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t = -2,35$; $p = .03$).

Meslek grubuna göre yapılan karşılaştırmada, kamu sektöründe çalışan memurların sağlık koruma davranışları puanlarının özel sektörde çalışan işçilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t = -5,89$; $p < .001$).

Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık koruma davranışları puanları, kronik hastalığı bulunmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t = -5,83$; $p < .001$). Ailede kronik hastalık bulunup bulunmamasına göre yapılan analizde ise, ailesinde kronik hastalık öyküsü olan bireylerin sağlık koruma davranışları puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($t = -4,24$; $p < .001$).

Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği toplam puanlarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($F = 9,641$; $p < .001$). Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımı sağlandığı için ($p = .814$), analiz geçerli kabul edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma (post-hoc) analizlerinden elde edilen Tukey HSD sonuçlarına göre, genel sağlık durumunu “kötü” olarak değerlendiren bireylerin sağlık koruma davranışları puanlarının, “iyi” ($p = .025$) ve “çok iyi” ($p = .011$) olarak değerlendiren bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Yakın çevresinde sağlık çalışanı bulunan bireylerin sağlık koruma davranışları puanları, sağlık çalışanı yakını olmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t = -2,66$; $p = .007$). Ayrıca detaylı gruplandırmaya göre, özellikle doktor ve hemşire/ebe/ATT yakını olan bireylerde puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F = 4,75$; $p < .001$). Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ile sağlık koruma davranışları arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($F = 3,05$; $p = .05$).

Telefonlarına mobil sağlık uygulaması yükleyen bireylerle yüklemeyen bireyler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0,51$; $p = .60$).

Tablo 0.6. Mobil Sağlık Uygulaması Türlerine Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Mobil Uygulama Türü	n	Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği toplam puan			t p
		Ortalama	Standart Sapma		
MHRS	Hayır 213	101,2	13,8		0,065
	Evet 241	101,1	14,9		0,95
E nabız	Hayır 97	98,2	18,2		-2,30
	Evet 357	102,0	13,1		0,02
Hayat eve sığar	Hayır 337	101,8	14,4		1,60
	Evet 117	99,3	14,4		0,10
Diyet-egzersiz uygulamaları	Hayır 405	100,7	14,8		-2,07
	Evet 49	105,2	10,0		0,006
Adımsayar	Hayır 350	100,3	15,2		-2,40
	Evet 104	104,1	10,8		0,004
Adet takvimi	Hayır 376	99,8	14,8		-4,67
	Evet 78	108,0	10,2		0,001
Sigara bırakma	Hayır 448	101,1	14,5		-1,312
	Evet 6	108,8	5,3		0,01
Su içme	Hayır 420	100,4	14,5		-4,10
	Evet 34	110,8	8,1		0,001
Uyku	Hayır 428	100,6	14,5		-3,74
	Evet 26	111,3	6,7		0,001
İlaç hatırlatıcı	Hayır 435	100,8	14,4		-2,86
	Evet 19	110,4	10,3		0,001
Diyabet günlüğü	Hayır 447	101,0	14,4		-2,19
	Evet 7	113,0	13,7		0,02
	Total 454	101,2	14,4		

Tablo 4.6’da katılımcıların kullandıkları farklı mobil sağlık uygulamalarına göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; E-Nabız, diyet-egzersiz uygulamaları, adımsayar, adet takvimi, su içme hatırlatıcı, uyku takip uygulamaları, ilaç hatırlatıcı, sigara bırakma ve diyabet günlüğü

kullanan bireylerin SKDÖ puanlarının, bu uygulamaları kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, belirli uygulamaların koruyucu sağlık davranışlarını destekleyici rol oynadığını göstermektedir. MHRS ve Hayat Eve Sığar uygulamalarında ise anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 0.7. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Tercihini Etkileyen Faktörlere Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

				Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği toplam puan		
Faktör		n		Ortalama	Standart Sapma	t p
Planlama yapmama yarar	Hayır	312		99,0	14,3	-4,98
sağlıyor	Evet	142		106,0	13,4	0,001
Mobil sağlık uygulamalarını	Hayır	353		99,4	15,3	-4,92
kullanırken sağlığıma daha	Evet	101		107,2	8,3	0,001
çok dikkat ediyorum						
Mobil	sağlık	Hayır	299	98,3	15,0	-6,04
uygulamalarından	faydalı	Evet	155	106,6	11,3	0,001
bilgiler ediniyorum						
Mobil sağlık uygulamalarını	Hayır	331		99,2	15,7	-4,91
kullanmak beni motive	Evet	123		106,5	8,1	0,001
ediyor						
Mobil	sağlık	Hayır	320	99,2	15,4	-4,70
uygulamalarından	hatırlatıcı	Evet	134	106,0	10,4	0,001
olarak yarar sağlıyorum						
Çevremden mobil	sağlık	Hayır	381	101,5	14,9	1,07
uygulamalarıyla	ilgili	Evet	73	99,5	11,6	0,28
olumlu yorumlar						
duyuyorum						
Bir sağlık çalışanının	Hayır	411		102,4	14,5	5,62
önerisiyle kullanıyorum	Evet	43		89,8	5,9	0,001

Tablo 4.7’de, katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını kullanma tercihlerine etki eden faktörlere göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. “Planlama yapmama yardımcı olması”, “daha fazla dikkat etme”, “faydalı bilgi edinme”, “motivasyon sağlama” ve “hatırlatıcı olarak yararlanma” gibi faktörleri belirten bireylerin SKDÖ puanlarının, bu faktörleri belirtmeyenlere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşılık, “çevreden olumlu yorumlar duyma” faktörü anlamlı fark yaratmamıştır ($p=0,28$). İlginç biçimde,

“sağlık çalışanı önerisiyle uygulama kullanma” durumunda, bu öneriye göre hareket eden bireylerin SKDÖ puanları anlamlı düzeyde daha düşük çıkmıştır ($p=0,001$).

Tablo 0.8. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanmama Nedenlerine Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kullanmama nedenleri	n	Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği toplam puan		
		Ortalama	Standart Sapma	t p
Düzenli bir şekilde kullanabileceğimi düşünmüyorum	Hayır 379	101,2	14,6	0,23
	Evet 75	101,1	13,6	0,98
Yararlı görmüyorum	Hayır 433	101,5	14,1	1,87
	Evet 21	95,4	18,7	0,16
Bilgilerin doğruluğuna güvenmiyorum	Hayır 434	101,2	14,1	0,43
	Evet 20	99,8	20,4	0,66
Akıllı telefonumda yeterli depolama alanı yok	Hayır 431	101,1	14,6	-0,59
	Evet 23	102,9	9,8	0,40
Mobil sağlık uygulamaları ücretli	Hayır 444	101,4	14,3	2,20
	Evet 10	91,3	16,1	0,02
Mobil sağlık uygulamaları hakkında yeterli bilgim yok	Hayır 396	100,8	14,2	-1,41
	Evet 58	103,7	15,8	0,15

Tablo 4.8’da mobil sağlık uygulamalarını kullanmayan katılımcıların belirttiği nedenlere göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. “Mobil sağlık uygulamaları ücretlidir” diyen bireylerin sağlık koruma davranış puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p = 0.02$). Diğer nedenlere ilişkin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 0.9. Mobil Sağlık Uygulamalarının Kullanım Amaçlarına Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kullanım Amacı		n	Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Toplam Puan		
			Ortalama	Standart Sapma	t p
Covid-19 konusunda bilgi sahibi olmak	Hayır	414	101,2	14,8	0,13
	Evet	40	100,9	9,7	0,89
Hastane randevusu almak	Hayır	96	99,7	17,9	-1,15
	Evet	358	101,6	13,3	0,33
Sağlık kayıtlarına erişmek	Hayır	198	100,5	17,1	-,96
	Evet	256	101,7	11,9	0,36
Gün içinde atılan adımları hesaplamak	Hayır	343	100,1	15,3	-2,69
	Evet	111	104,4	10,9	0,007
Kalori hesaplamak	Hayır	401	100,3	14,7	-3,62
	Evet	53	107,8	9,7	0,001
Su tüketimini takip etmek	Hayır	406	100,1	14,3	-4,64
	Evet	48	110,1	12,3	0,001
Şeker hastalığını yönetmek	Hayır	447	101,0	14,4	-2,27
	Evet	7	113,4	13,5	0,02
İlaç içmeyi hatırlamak	Hayır	435	100,6	14,1	-4,13
	Evet	19	114,3	15,9	0,001
Kilo vermek	Hayır	429	100,8	14,5	-2,55
	Evet	25	108,3	11,4	0,01
Adet döngüsünü takip etmek	Hayır	381	100,3	14,7	-3,05
	Evet	73	105,8	11,8	0,001
Gebelik takibi yapmak	Hayır	437	100,7	14,5	-3,33
	Evet	17	112,5	5,8	0,001

Tablo 4.9’da katılımcıların mobil sağlık uygulamalarını hangi amaçlarla kullandıklarına göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. “Günlük adım sayısını takip etme”, “kalori hesaplama”, “su tüketimi takibi”, “ilaç hatırlatıcı kullanımı”, “kilo verme”, “adet döngüsü takibi”, “gebelik takibi” ve “şeker hastalığı yönetimi” gibi amaçlarla uygulama kullanan bireylerin sağlık koruma davranış puanları, bu amaçlarla kullanmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Buna karşılık, “Covid-19 bilgisi edinme”, “hastane randevusu alma” ve “sağlık kayıtlarına erişim” gibi daha idari/erişim amaçlı kullanımlarda anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 0.10. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgi Edindikleri Kaynaklara Göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı	n	Yüzde		t/p
Resmî kurumların / bilimsel dergilerin internet sayfaları	166	23,8%	38,7%	-2,22/0,02
Diğer internet sayfaları	178	25,5%	41,5%	-3,47/0,001
Televizyon	105	15,0%	24,5%	-0,13/0,89
Sağlık Çalışanları	209	29,9%	48,7%	0,99/0,32
Diğer	40	5,7%	9,3%	-
Total	698	100,0%	162,7%	-

Tablo 4.10’da katılımcıların sağlıkla ilgili bilgileri edindikleri kaynaklara göre Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) puanları karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, resmî kurumlar/bilimsel kaynaklar ($p = 0,02$) ve diğer internet sayfaları ($p = 0,001$) üzerinden bilgi edinen bireylerin sağlık koruma davranış puanları anlamlı düzeyde daha düşüktür. Televizyon ve sağlık çalışanları gibi kaynaklarda ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 0.11. Sağlığı Koruma Davranışları ve Diğer Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyonları

	SYDÖ	kd1.	gd2	sb3	kb4.	MSUKA	yaş	Eğitim düzeyi	Genel sağlık algısı	Hastane başvuru sayısı	Telefona indirilen uygulama sayısı
Kd1.boyut	,785**	1									
Gd2.boyut	,860**	,588**	1								
Sb3.boyut	,732**	,478**	,470**	1							
Kb4.boyut	,775**	,455**	,534**	,474**	1						
Msuka	,329**	,271**	,264**	,312**	,209**	1					
Yaş	,105*	0,029	,111*	0,046	,127**	-0,065	1				
Aldığı eğitim düzeyi	,138**	0,047	,097*	,170**	,137**	,122**	-,388**	1			
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	,222**	,164**	,182**	,154**	,203**	0,047	-0,090	,278**	1		
Hastaneye başvuru sayısı	0,089	-0,010	0,079	,110*	,102*	0,046	0,050	-,110*	-,293**	1	
Telefonunda toplam indirilen uygulama sayısı	,182**	,188**	,107*	,203**	,105*	,479**	-,156**	,228**	,140**	-0,002	1
Toplam uygulama kullanma amacı	,234**	,156**	,148**	,332**	,140**	,491**	-,144**	,308**	,163**	0,056	,828**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı korelasyon

Tablo 4.11’de, Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SYDÖ) toplam puanı ile alt boyutları, Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı (MSUKA), yaş, eğitim düzeyi, genel sağlık algısı, hastaneye başvuru sayısı, mobil uygulama sayısı ve kullanım amacı arasındaki Pearson korelasyon katsayıları sunulmuştur. SYDÖ toplam puanı ile tüm alt boyutlar

arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ilişkiler görülmektedir ($p<0,01$). MSUKA ile SYDÖ arasında orta düzeyde anlamlı pozitif ilişki vardır ($r = ,329$; $p<0,01$). Eğitim düzeyi, genel sağlık algısı ve indirilen uygulama sayısı ile SYDÖ arasında da anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Buna karşılık yaş ile eğitim düzeyi arasında anlamlı negatif korelasyon dikkat çekicidir ($r = -,388$; $p<0,01$).

Tablo 4.12. Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon ileriye doğru ilerle modeli ile analizi

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	%95 Güven Aralığı	
	B	Std. Hata	β			Alt Sınır	Üst Sınır
Adj. $R^2=0,337$ (Sabit)	54,784	4,153		13,191	,000	46,622	62,947
Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi puanı	,846	,151	,224	5,615	,000	,550	1,143
Cinsiyet (Ref=Erkek)	8,749	1,182	,304	7,405	,000	6,427	11,072
Genel Sağlık Durum algısı	5,683	,877	,255	6,479	,000	3,959	7,406
Kronik sağlık sorunu varlığı (Ref.=Yok)	5,514	1,449	,159	3,805	,000	2,666	8,361
Meslek (Ref=İşçi)	5,155	1,152	,179	4,475	,000	2,891	7,420
Yaş	,250	,057	,186	4,359	,000	,137	,363
Ailede sağlık çalışanı varlığı (Ref.=Yok)	2,379	1,129	,082	2,108	,036	,161	4,598

a. Bağımlı Değişken: Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SYDÖ) toplam puan

Bağımsız değişkenler: Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi, Yaş, Eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaneye başvuru sayısı, telefonunda toplam indirilen uygulama sayısı, Kendisi hariç ailede kronik hastalık varlığı, Kronik sağlık sorunu varlığı, Genel Sağlık Durum algısı, ailede sağlık çalışan varlığı

Regresyon analizi sonucunda modelin açıklayıcılık düzeyi düzeltilmiş R^2 (Adj. R^2) değeri 0,337 olarak bulunmuş, yani bağımlı değişken olan Sağlığı Koruma Davranışları puanındaki değişimin yaklaşık %33,7'si modele dâhil edilen bağımsız değişkenler tarafından açıklanabilmektedir. Analize göre, mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı puanı ($B = ,846$; $p < 0,001$), kadın cinsiyet ($B = 8,749$; $p < 0,001$), genel sağlık algısı ($B = 5,683$; $p < 0,001$), kronik sağlık sorunu varlığı ($B = 5,514$; $p < 0,001$), memur olma ($B = 5,155$; $p < 0,001$), yaş ($B = ,250$; $p < 0,001$) ve ailede sağlık çalışanı varlığı ($B = 2,379$; $p = 0,036$) değişkenleri sağlık koruma davranışlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif yönde etkilemektedir. Bulgular ışığında H1 hipotezi kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın sonucunda, sağlığı koruma davranışlarının hem demografik faktörlerden hem de sağlıkla ilgili mobil uygulama kullanımından etkilendiği ortaya konmuştur.

Çalışma sonuçlarına göre, yaş grupları arasında sağlık koruma davranışları anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. En düşük SKDÖ puanı 18–29 yaş grubunda, en yüksek puan ise 50–69 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça SKDÖ puanlarında da anlamlı artış gözlemlenmiştir. Özellikle üniversite ve lisansüstü mezunları daha yüksek sağlık koruma davranış puanlarına sahiptir. Kadın katılımcıların sağlık koruma davranış puanları erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu, cinsiyetin sağlık davranışları üzerindeki belirleyici etkisini desteklemektedir. Bertakis ve Azari (2005), kadınların sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını ve daha fazla sağlık harcaması yaptığını, Eryiğit Günler (2023) yaptığı araştırmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla benimsediğini belirtmiştir. Evli bireylerin SKDÖ puanları bekâr bireylerden anlamlı biçimde yüksektir ($p = 0,03$). Bu bulgu, sosyal destek kavramıyla açıklanabilir. Holt-Lunstad et al. (2017) evliliğin sosyal destek sağladığını, bunun da sağlık davranışlarını olumlu etkilediğini belirtmiştir.

Hawash vd. (2024) tarafından yapılan araştırmada da 60-65 yaş aralığındaki katılımcıların, kadınların, evli olanların, eğitim seviyesi yüksek olanların, kronik hastalığı olanların daha yüksek sağlığı koruma davranışı puanı aldıklarını belirtmiştir.

Çalışmada kamu sektöründe çalışan memurların sağlık koruma davranışı puanları, özel sektörde çalışan işçilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu fark, kamu çalışanlarının daha düzenli çalışma saatlerine sahip olması, iş güvencesi ve sağlık sigortasına erişim gibi avantajlarla açıklanabilir. Bambra vd. (2021), kamu çalışanlarının işyeri destek programlarına daha fazla katıldığını ve sağlık hizmetlerine erişimde daha az engelle karşılaştıklarını bildirmiştir. Aynı zamanda özel sektör çalışanlarının iş yükü nedeniyle sağlık davranışlarını ihmal ettiği de vurgulanmıştır.

Ulupınar (2018) sağlık profesyoneli olan ve olmayanlar arasında yaptığı araştırmada sağlıklı yaşam biçimi puanları arasında bir fark bulmamasına rağmen, bu çalışmada sağlık profesyonelinin ailede bile olması sağlıklı davranışlarını daha fazla benimsemeye etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Kronik hastalığı olan bireylerin SKDÖ puanlarının olmayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, ailesinde kronik hastalık öyküsü bulunan bireylerde de sağlık koruma davranışları daha güçlüdür. Lorig & Holman (2003), kronik hastalığı olan bireylerin kendi sağlık yönetimlerine daha fazla önem verdiğini, kendi bakımlarında daha aktif olduklarını belirtmiştir. Ayrıca ailede hastalık öyküsü bulunan bireylerin daha fazla sağlık farkındalığı geliştirdiği vurgulanmaktadır.

Katılımcıların genel sağlık durumunu "iyi" veya "çok iyi" olarak değerlendirenlerin SKDÖ puanlarının, "kötü" sağlık algısına sahip bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, bireyin sağlıkla ilgili olumlu içsel algısının, dışsal sağlık davranışlarını da desteklediğini göstermektedir.

Çalışmanın odak noktası, mobil sağlık uygulamaları kullanımının sağlığı koruma davranışlarını etkisini ortaya çıkarmaktır. Bu kapsamda önce katılımcıların mobil sağlık uygulamaları kullanım durumları, algıları gibi çeşitli durumlar tespit edilmiştir. Daha sonrada çeşitli analizlerle sağlığı koruma davranışları arasında fark yaratıp yaratmadığı test edilmiştir.

Katılımcıların mobil sağlık uygulamaları kullanım sıklıkları incelendiğinde, en yaygın olarak kullanılan ilk üç uygulamanın E-Nabız (%79), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) (%53) ve Hayat Eve Sığar (%26) olduğu görülmektedir. Bu üç uygulamanın ortak özelliği, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş resmi platformlar olmasıdır. Özellikle E-Nabız'ın yaygın kullanımı, bireylerin kendi sağlık verilerine ulaşma, laboratuvar sonuçlarını görme ve geçmiş sağlık kayıtlarını inceleme gibi işlemleri kolaylıkla gerçekleştirebilmesine olanak sağlamaktadır. Kaya ve Eke (2023) yaptıkları araştırmada MHRS ve e-Nabız uygulamalarının neredeyse herkes tarafından kullanıldığını ifade etmişlerdir. Zeytun vd. (2025), Yayla ve Çizmeci (2022), Eke vd. (2019) çalışmalarında da en çok kullanılan mobil sağlık uygulamalarının Sağlık Bakanlığına ait uygulamalar (MHRS, e-nabız, HES) olduğu sonucuna varılmıştır.

Bununla birlikte, yapılan analizler E-Nabız kullanıcılarının Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) puanlarının uygulamayı kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, dijital sağlık hizmetlerine erişimin bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Ancak MHRS ve Hayat Eve Sığar gibi daha çok randevu alma ve pandemi sürecinde

bilgilendirme işlevi olan uygulamaların kullanımına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, uygulamaların yalnızca bilgiye erişim sağlamakla sınırlı kalması durumunda koruyucu sağlık davranışları üzerinde doğrudan etkilerinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Yalman ve Öcel (2021) araştırmalarında, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki iyileşme ve sağlıklarını kontrol etme düzeylerinin artması ile e-nabız sisteminden faydalanmaları arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlar genel anlamda sağlık okuryazarlığı ile e-nabız kullanımı arasında olumlu bir ilişkinin varlığına vurgu yapmışlardır. Ancak Ozan ve Kılıç (2023) araştırmalarında, sağlık uygulaması ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki tespit edememişlerdir.

Analizlere göre, E-Nabız, diyet/egzersiz uygulamaları, adımsayar, adet takvimi, su içme hatırlatıcı, uyku ve ilaç takip uygulamaları ile sigara bırakma ve diyabet günlüğü gibi uygulamaları kullanan bireylerin sağlık koruma davranış puanları bu uygulamaları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum, kişisel sağlık yönetimine odaklı uygulamaların bireylerin davranışlarını olumlu yönde şekillendirdiğini göstermektedir.

Mobil uygulamaları kullanan bireylerin motivasyonları arasında planlama, dikkat artışı, faydalı bilgi edinme, hatırlatıcı yararı ve motivasyon sağlama gibi bireysel nedenler öne çıkmıştır. Bu nedenleri belirtenlerin SKDÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ancak, "sağlık çalışanı önerisiyle kullanma" durumunda puanlar beklenenden düşük çıkmıştır. Bu bulgu, uygulamaların bireysel farkındalık ve içsel motivasyonla kullanıldığında daha etkili olduğunu göstermektedir. Dışsal önerilere dayalı kullanım ise sürdürülebilir davranış değişimi yaratmamış olabilir.

Mobil sağlık uygulaması kullanmama nedenlerinden uygulamaların ücretli olması SKDÖ puanlarında anlamlı bir düşüş görülmüştür. Diğer nedenlerde (örneğin bilgiye güvenmeme, düzenli kullanım zorluğu) anlamlı fark gözlenmemiştir. Bu durum, ekonomik bariyerlerin davranışlara etkisini göstermektedir.

Mobil sağlık uygulamalarının kullanım amaçları incelendiğinde ise katılımcılar bu uygulamaları en çok hastane randevusu almak (%79), sağlık kayıtlarına erişmek (%56) ve adet döngüsünü takip etmek (%16) amacıyla kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular, mobil sağlık teknolojilerinin ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma ve temel sağlık bilgilerine ulaşım sağlama işleviyle öne çıktığını göstermektedir. Yeşiltaş

(2018) yaptığı araştırmada katılımcıların çoğunun mobil uygulamayı randevu almak için kullandığını Aslan ve Demir (2017) ise bireylerin yaklaşık %80 nin mobil uygulamalar ile sağlık kayıtlarına ulaştığını belirtmiştir. Bu bulgular araştırmamızda uygulamaları en çok kullanım sebepleri ile örtüşmektedir. Bununla birlikte, uygulamaları “kilo verme”, “su tüketimini takip etme”, “ilaç içmeyi hatırlama” gibi bireysel sağlık yönetimi ve davranışsal değişim amaçlarıyla kullanan bireylerin, Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ) puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu da bulgularla ortaya konmuştur. Buna karşılık, Covid-19 bilgisi edinme, randevu alma ve sağlık kayıtlarına erişim gibi işlevsel kullanımlarda fark gözlenmemiştir. Ghose vd. (2021) yaptıkları araştırmada uygulama kullanan bireylerin daha fazla egzersiz yaptığını, daha sağlıklı yiyecekler tükettiğini, daha fazla adım attığını ve daha uzun süre uyuduğunu belirtmiş sağlık davranışlarında iyileşme olduğunu vurgulamışlardır. Japonya da adet yönetimi uygulaması kullanan kadınların tıbbi harcamalarında düşüş ve depresyon oranlarında azalma olduğu da görülmüştür (Song & Kanaoka, 2018). Mobil sağlık uygulamaları kullanımı; yaşam kalitesini artırma, ağrı da azalma (Ligero vd.,2023), diyabetli hastalarda hastalık değerlerinde azalma, öz bakım ve öz yeterlilikte artma (Eberle vd.,2021), ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkiye sebep olma (Alam vd., 2021) gibi sağlığı iyileştiren olumlar sonuçlara yol açtığı yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır.

Korelasyon ve regresyon analizleri, mobil sağlık uygulamalarının kullanım biçimi, kullanıcı algısı ve bazı bireysel-demografik değişkenlerle sağlık koruma davranışları arasındaki ilişkileri daha derinlemesine ortaya koymaktadır. Mobil sağlık uygulamalarını kullanma algısı (MSUKA) ile Sağlığı Koruma Davranışları (SYDÖ) puanı arasında orta düzeyde olumlu bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, bireylerin mobil uygulamaları ne kadar faydalı ve etkili bulduklarının, onların sağlıklı yaşam davranışlarını da olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Yani bu uygulamalar yalnızca bilgi sunan araçlar değil, aynı zamanda kişilerin sağlık bilincini artıran ve davranışlarını değiştirmeye yardımcı olan psikolojik ve sosyal etmenlerdir. Ayrıca, eğitim düzeyi, genel sağlık algısı ve indirilen uygulama sayısı ile de SYDÖ arasında anlamlı pozitif ilişkiler belirlenmiştir. Bu bulgular, daha eğitilmiş, kendini daha sağlıklı algılayan ve mobil uygulama çeşitliliği yüksek bireylerin koruyucu sağlık davranışlarında daha aktif olduğunu göstermektedir. Regresyon analizinde, modelin açıklayıcılık gücü oldukça tatmin edicidir (Adj. $R^2 = 0,337$). Mobil sağlık uygulaması kullanımına yönelik algının, kadın cinsiyetin, genel sağlık durum

algısının, kronik hastalık varlığının, kamu çalışanı olmanın, yaşın ve ailede sağlık çalışanı bulunmasının sağlık koruma davranışlarını anlamlı düzeyde pozitif etkilediği belirlenmiştir.

Bu çalışmada, mobil sağlık uygulamaları kullanımının sağlığı koruma davranışları üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, dijital sağlık teknolojilerinin bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını iyileştirebileceğini savunan literatürle örtüşmektedir. Özellikle mHealth uygulamaları, bireylere sağlık bilgisi sunma, günlük yaşam aktivitelerini izleme ve sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik etme açısından etkili araçlar olarak tanımlanmıştır (Krebs & Duncan, 2015). Free ve ark. (2013) tarafından yürütülen bir sistematik derleme, mobil sağlık müdahalelerinin fiziksel aktiviteyi artırmada, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmede ve kronik hastalık yönetiminde anlamlı katkılar sağladığını göstermiştir. Türkiye’den Koçak & Açıkgöz (2021), mobil uygulama kullanan bireylerde sağlık davranışlarının, kullanmayanlara kıyasla daha olumlu olduğunu ve bu bireylerin sağlığı koruma motivasyonlarının daha yüksek seyrettiğini rapor etmiştir. Çalışmamızdaki pozitif ilişki katsayısı ($B = 0,846$), mobil uygulamaların bireylerde sağlık farkındalığı yarattığını ve davranış değişikliğini desteklediğini göstermektedir. Bununla birlikte, bazı araştırmalar, mobil uygulama kullanımının sürdürülebilirliğinin düşük olabileceğini ve uzun vadede kullanıcı bağlılığının azaldığını bildirmiştir (Zhang et al., 2019). Dolayısıyla, mobil sağlık uygulamalarının yalnızca teknoloji sunmakla kalmayıp, kullanıcı dostu ve motive edici tasarım unsurları içermesi, sağlığı koruma davranışlarını daha kalıcı hâle getirebilir.

Mobil sağlık uygulamaları insanlar arasında fiziksel aktiviteyi artırma, sağlıklı beslenmeyi sağlama, sağlıklı davranışları benimseme gibi sağlığı teşvik edecek davranışlar hakkında olumlu sonuçlar olduğunu belirtilmiştir (Mahmood vd., 2019). Payne vd.(2015) mobil uygulamalar sağlık müdahalelerini yönetmenin uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yolu olarak düşünülebileceğini, ancak etkinliği belirlemek için kanıt oluşturmak için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular mevcut literatürle benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, mobil sağlık uygulamaları ile demografik ve bireysel özelliklerin sağlığı koruma davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Kadınlar, ileri yaşta olanlar, eğitim seviyesi yüksek bireyler, kronik hastalığı olanlar, genel sağlık durumunu olumlu algılayanlar ve kamu sektöründe çalışan bireylerin sağlık koruma davranışlarında daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir.

Mobil sağlık uygulamalarının yalnızca sağlık hizmetlerine erişim aracı olarak değil, aynı zamanda bireylerin günlük yaşam pratiklerine entegre edilen davranış değişikliği destekleyicileri olarak etkili olduğu görülmüştür. Özellikle bireysel takibi kolaylaştıran uygulamalar (egzersiz, su içme, ilaç hatırlatma vb.) bu davranışların gelişmesini anlamlı düzeyde teşvik etmektedir.

Bu çalışma sonucunda, sağlığı koruma davranışlarının geliştirilmesinde bireysel demografik özelliklerin ve mobil sağlık uygulamaları kullanımının önemli rol oynadığı görülmüştür.

Bu çalışma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Öncelikle dijital sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik eğitim programları geliştirilmelidir. Özellikle genç yaş grubu, erkek bireyler, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler ve özel sektör çalışanları gibi gruplara yönelik farkındalık kampanyaları ile mobil sağlık uygulamalarının etkin ve bilinçli kullanımı teşvik edilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'na ait resmi uygulamaların yanı sıra, bireylerin davranışsal değişimine odaklanan kişiselleştirilmiş sağlık uygulamaları (örneğin su içme hatırlatıcıları, egzersiz/diyet takip sistemleri, ilaç hatırlatma gibi) desteklenmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.
- Ayrıca, sağlık çalışanlarının da bireyleri sadece yönlendirmekle kalmayıp uygulama kullanımını sürecine rehberlik etmeleri sağlanmalıdır.
- Mobil uygulamaların sürdürülebilir şekilde kullanımı için ise kullanıcı dostu arayüzler, ekonomik erişilebilirlik ve gizlilik politikalarının açık olması gibi teknik unsurlar da göz önünde bulundurulmalıdır.
- Son olarak, işyerlerinde, özellikle özel sektörde, mobil sağlık uygulamalarıyla entegre edilebilecek sağlıklı yaşam destek programlarının yaygınlaştırılması, çalışanların sağlık koruma davranışlarını geliştirmek açısından etkili bir strateji olacaktır.

- Gelecek çalışmalarda, niteliksel yöntemlerle bireylerin uygulama kullanma motivasyonları, kullanımın sürdürülebilirliği, terk nedenleri ve kullanıcı memnuniyeti gibi faktörlerin analiz edilmesi, literatürdeki boşlukları dolduracaktır.
- Ayrıca farklı yaş, sosyoekonomik statü ve kronik hastalık türleri arasında mobil sağlık uygulamalarının etkinliğini karşılaştıran çalışmalar yapılması, uygulama geliştirme süreçlerine bilimsel katkı sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

- Akbolat, M., Yıldırım, Y., & Amarat, M. (2019). Hastane mobil uygulamalarında kullanıcı yorumlarının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(25), 511–522.
- Akyıldız, H. Ç., & Okyay, P. (2024). Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 33(2), 146-156.
- Almutairi, N., & Vlahu-Gjorgievska, E. (2023). Persuasive features for patient engagement through mHealth applications in managing chronic conditions. *Journal of Technology in Health and Social Care*. 48(3), 267-291
<https://doi.org/10.1080/17538157.2023.2165083>
- Ardahan, M. (2018). Mobil sağlık ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(6), 427–433.
- Avcı, K. (2018). Afyonkarahisar’da hekimlerin ve tıp öğrencilerinin mobil sağlık uygulamalarını kullanımı ve bu konudaki görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(6), 392–399.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968.
- Barton, A. J. (2012). The regulation of mobile health applications. *BMC medicine*, 10(1), 1-4.
- Bektaş, G., & Şimşek, F. (2016). İleri yaş sağlık turizminde mobil sağlık hizmetlerinin önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 179–185.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152
- Bidlack, W. R. (1996). Interrelationships of food, nutrition, diet and health: The national association of state universities and land grant colleges white paper. *Journal of the American College of Nutrition*, 15(5), 422–433.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4), 205–214.

- Chawłowska, E., Staszewski, R., Jóźwiak, P., Lipiak, A., & Zawiejska, A. (2022). Development and validation of a Health Behaviour Scale: Exploratory factor analysis on data from a multicentre study in female primary care patients. *Behavioral Sciences*, 12(10), 378-400. <https://doi.org/10.3390/bs12100378>
- Cissé, I. T., & Yılmaz, Ö. (2022). Yaşlıları günlük yaşamlarında destekleyici mobil sağlık uygulaması geliştirilmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 34, 601–609. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1083647>
- Cucciniello, M., Petracca, F., Ciani, O., & Tarricone, R. (2021). Development features and study characteristics of mobile health apps in chronic condition management. *NPJ Digital Medicine*, 4(1), 31-50. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00517-1>
- Çabuk, A., Ünyılmaz, G. D., Aykanat, E., Can, K., et al. (2025). Giyilebilir sağlık teknolojilerinin ve mobil sağlık uygulamalarının iş sağlığı ve güvenliğine etkisi. *Turkish Academic Research Review*, 10(1), 177–188. <https://doi.org/10.30622/tarr.1598468>
- Değerli, H., & Yiğit, A. (2020). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Vizyoner Dergisi*, 11(27), 573–586.
- Demir, H., & Arslan, E. T. (2017). Mobil sağlık uygulamalarının hastanelerde kullanılabilirliği: Hastane yöneticileri üzerine bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(33), 71–83.
- Demir, Ö., & Uslu, D. (2022). Bireylerin mobil sağlık uygulamalarına ilişkin görüşleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(3), 394–407.
- Demirel Değirmenci, S. (2021). Sağlık hizmetlerinde reform: Temel sağlık hizmetleri (TSH) üzerine bir inceleme (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dönmez, A. (2021). Sağlığın geliştirilmesi bağlamında sağlıklı davranışı oluşturmada mobil sağlık uygulamalarının ve sosyal medya gruplarının etkisi. *Bilgi Yönetimi*, 4(1), 16–24. <https://doi.org/10.33721/by.886887>
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (1998). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/9789755903613_tur.pdf

- Eaton, C., Vallejo, N., McDonald, X., & Wu, J. (2024). User engagement with mHealth interventions to promote treatment adherence and self-management in people with chronic health conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1), Article e50508. <https://www.jmir.org/2024/1/e50508>
- Eryiğit Günler, O. (2023). Toplumsal cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(3), 736–752. <https://doi.org/10.21547/jss.1249907>
- European Commission. (2022). Digital health and care. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care_en
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e833. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Free, C., et al. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS Med*, 10(1): e1001362.
- Free, C., Phillips, G., Felix, L., Galli, L., Patel, V., & Edwards, P. (2010). The effectiveness of m-health technologies for improving health and health services: A systematic review protocol. *BMC Research Notes*, 3, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-250>
- Free, C., Phillips, G., Watson, L., Galli, L., Felix, L., Edwards, P., ... & Haines, A. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: A systematic review. *PLOS Medicine*, 10(1), e1001362. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: Theory, research, and practice (5th ed.). *Jossey-Bass/Wiley*. ISBN: 978-1-118-62898-0
- Güner, P. D., Bölükbaşı, H., Kokaçya, S. H., Yengil, E., & Özer, C. (2018). Mustafa Kemal Üniversitesi öğrencilerinin mobil sağlık uygulamalarını kullanımı. *Konuralp Medical Journal*, 10(3), 264-290
- Hamine, S., Gerth-Guyette, E., Faulx, D., Green, B. B., & Ginsburg, A. S. (2015). Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient

- outcomes: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2), e52.
<https://doi.org/10.2196/jmir.3951>
- Han, M., & Lee, E. (2018). Effectiveness of mobile health application use to improve health behavior changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Healthcare Informatics Research*, 24(3), 207–226.
<https://doi.org/10.4258/hir.2018.24.3.207>
- Hawash, M. M., Mohamed, A. A. E. R., El-Sayed, M. M., El-Ashry, A. M., & Hafez, S. A. (2024). Association between health-related empowerment and health-protective behaviors among community-dwelling older adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 48, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.12.004>
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6), 517–530.
<https://doi.org/10.1037/amp0000103>
- İnal, Y., & Cagiltay, N. E. (2019). E-Nabız mobil sağlık uygulamasına yönelik kullanıcı değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 375–388.
- Jakob, R., Harperink, S., Rudolf, A. M., & Fleisch, E. (2022). Factors influencing adherence to mHealth apps for prevention or management of noncommunicable diseases. *Journal of Medical Internet Research*, 24(5),
<https://www.jmir.org/2022/5/e35371>
- Karaçadır, V., & Sezgin, A. (2022). Kamu internet ve mobil sağlık uygulamaları kullanım niyeti değişkenlerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Mesleki ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 9, 60–71. <https://doi.org/10.46236/jovosst.1176463>
- Karakuş, Z., & Canlı Özer, Z. (2022). Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde mobil sağlık uygulamalarının kullanımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 391–395.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/70141/960982>
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2018). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi (s. 568). Siyasal Kitabevi.

- Kaya, E., & Eke, E. (2023). Bireylerin mobil sağlık uygulaması kullanım durumu ve e-sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 11(1), 1–15. <https://doi.org/10.22139/isler.1159206>
- Kıraç, F. Ç., & Göde, A. (2024). Yetişkinlerde mobil sağlık ve kişisel sağlık kaydı yönetimine ilişkin görüşlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*(24), 1–13.
- Kıral, C. (2022). Toplumun e-sağlık okuryazarlığı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumlarının belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kim, S. K., Park, S. Y., Hwang, H. R., Moon, S. H., & Park, J. W. (2025). Effectiveness of mobile health intervention in medication adherence: a systematic review and Meta-Analysis. *Journal of medical systems*, 49(1), 13.
- Kisling, L. A., & Das, J. M. (2023). Prevention strategies. In StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- Kopmaz, B., & Arslanoğlu, A. (2018). Mobil sağlık ve akıllı sağlık uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 251–255. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1543239549>
- Korkmaz, S., & Arıkan, G. (2021). e-Nabız uygulamasını değerlendirmek için kullanılan yeni bir araç: Mobil Uygulama Derecelendirme Ölçeği. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(3), 625–636. <https://doi.org/10.26745/ahbvuidfd.884734>
- Krebs, P., & Duncan, D. T. (2015). Health App Use Among US Mobile Phone Owners: A National Survey. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(4), e101.
- Lau, N., Kola, L., Zhao, X., Asafo, S., Attah, D., & Ben-Zeev, D. (2021). mHealth for mental health: Expanding the reach of care. In *The Handbook of Mental Health Communication* (pp. 193–205).
- Lee, J. A., Choi, M., Lee, S. A., & Jiang, N. (2018). Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(12). <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0591-0>

- Liu, C., Zhu, Q., Holroyd, K. A., & Seng, E. K. (2012). Status and trends of mobile-health applications for iOS devices: A developer's perspective. *Journal of Systems and Software*, 84(11), 2022–2033. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2011.06.049>
- Liu, K., Xie, Z., & Or, C. K. (2020). Effectiveness of mobile app-assisted self-care interventions for improving patient outcomes in type 2 diabetes and/or hypertension: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(8), e15779. <https://doi.org/10.2196/15779>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Mahmood, A., Kedia, S., Wyant, D. K., Ahn, S., & Bhuyan, S. S. (2019). Use of mobile health applications for health-promoting behavior among individuals with chronic medical conditions. *Digital Health*, 5, 2055207619882181. <https://doi.org/10.1177/2055207619882181>
- Martin, T. (2012). Assessing mHealth: Opportunities and barriers to patient engagement. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(3), 935–941. <https://doi.org/10.1353/hpu.2012.0087>
- McCurdie, T., Taneva, S., Casselman, M., Yeung, M., McDaniel, C., Ho, W., & Cafazzo, J. (2012). mHealth consumer apps: the case for user-centered design. *Biomedical instrumentation & technology*, 46(s2), 49-56.
- McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 190–222. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x>
- McKay, F. H., Slykerman, S., & Dunn, M. (2019). The app behavior change scale: Creation of a scale to assess the potential of apps to promote behavior change. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(1), e11130. <https://doi.org/10.2196/11130>
- Milne-Ives, M., Lam, C., De Cock, C., Van Velthoven, M. H., & Meinert, E. (2020). Mobile apps for health behavior change in physical activity, diet, drug and alcohol

- use, and mental health: Systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e17046. <https://doi.org/10.2196/17046>
- Ojo, O. (2019). Nutrition and chronic conditions. *Nutrients*, 11(2), 459.
- Ozan, D., & Kılıç, M. (2023). The effect of health literacy level on the use of e-health applications. *International Journal of Statistics in Medical Research*, 12, 1–11. <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2023.12.01>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.
- Ödek, Ö., Savaş, M., & Zincir, H. (2022). Validity and reliability of the Turkish version of Health Protective Behavior Scale. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(1), 95–104. <https://doi.org/10.30621/jbachs.961086>
- Özdemir, C., & Şendir, M. (2020). Mobil sağlık uygulamaları ve sağlık davranışı değişikliği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 29(3), 210–216.
- Özkan, A. (2021). Covid-19 salgın döneminde sağlıklı yaşam biçimi, fiziksel aktivite ve egzersizin rolü. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(Covid-19 Özel Sayısı), 56-72.
- Payne, H. E., Lister, C., West, J. H., & Bernhardt, J. M. (2015). Behavioral functionality of mobile apps in health interventions: A systematic review of the literature. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(1), e3335. <https://doi.org/10.2196/mhealth.3335>
- Peng, Y., Wang, H., Fang, Q., Xie, L., Shu, L., & Sun, W. (2020). Effectiveness of mobile applications on medication adherence in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 26(4), 550–558. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2020.26.4.550>
- Pires, I. M., Marques, G., Garcia, N. M., Flórez-Revuelta, F., Ponciano, V., & Oniani, S. (2020). A research on the classification and applicability of the mobile health applications. *Journal of Personalized Medicine*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.3390/jpm10010011>

- Qudah, B., & Luetsch, K. (2019). The influence of mobile health applications on patient–healthcare provider relationships: A systematic, narrative review. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1080–1089. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.021>
- Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S., Imtiaz, S., Popova, S., ... & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—An update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Shariful Islam, S. M. (2018). Theories applied to m-health interventions for behavior change in low- and middle-income countries: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 24(10), 867–875. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0249>
- Sobel, D. (2025). What causes health? The human journey. <https://humanjourney.us/health/the-pursuit-of-health/what-causes-health/>
- Şencan, B. (2021). Psikoterapide mobil uygulama kullanımının etik kurallar çerçevesinde ele alınması. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 5(10), 133–140.
- Şentürk, A. Y., & Şahin, Ü. K. (2023). Genç bireylerin mobil sağlık uygulamaları kullanımı, fiziksel aktivite ve sağlık algısı düzeyinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(3), 648-670. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1215037>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları: Global konferanslardan bildiriler (Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Ed.; İlk baskı). *T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Genel değerlendirme raporu. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2017). Sağlık işletmeleri yönetimi (s. 604). *Nobel Yayıncılık*.

- Tian, C. Y., Mo, P. K.-H., Dong, D., Aw, C. L., & Wong, E. L.-Y. (2023). Development and validation of a comprehensive health literacy tool for adults in Hong Kong. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 1043197. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1043197>
- Tözün, M., & Sözmen, M. K. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı [Health literacy with perspective of public health]. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48–54.
- Ulupınar, D. S. (2018). Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *STED*, 27(1), 1–10.
- Ülke Şimdi, R., Gedik, Ö., & Atilla, E. A. (2024). Sağlıklı yaşam için mobil sağlık uygulamaları: Mobil sağlık uygulamalarının kullanım niyetini etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*(69), 95–104. <https://doi.org/10.18070/erciyesiibd.1526435>
- World Health Organization. (2011). Global Observatory for eHealth. mHealth: New horizons for health through mobile technologies: Second global survey on eHealth. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>
- World Health Organization. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies: Based on the findings of the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth series, Vol. 3). World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>
- World Health Organization. (2020). Healthy diet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Health Organization. (2020). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report.
- World Health Organization. (2023). Alcohol. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- World Health Organization. (2024). Tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

- World Health Organization. (2025). Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2025). Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2025). Health promotion. <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>
- World Health Organization. (n.d.). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yıldırım, A. D., Esencan, T. Y., Güder, A., & Daştan, K. (2023). Ebelik alanında kullanılan mobil sağlık uygulamaları. *Karya Journal of Health Science*, 4(2), 174–178.
- Yüksel, M., & Bektaş, H. (2021). Tip 2 diyabet öz yönetiminin güçlendirilmesinde mobil sağlık uygulamalarının kullanımı: Literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(2).
- Zhang, M. W., et al. (2019). Usage of mobile health applications in Singapore: a cross-sectional study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(10), e14689.

EK -2 Araştırma Soru Formu

MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI KULLANIMININ SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Sayın Katılımcı,
Bu çalışmada verdiğiniz cevaplar tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. İstedığınız zaman anketi tamamlamadan bırakabilirsiniz. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
Vakit ayırıp çalışmamıza destek olduğunuz için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Mahmut KILIÇ
Yozgat Bozok Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Sema Dalkılıç
Yozgat Bozok Üniversitesi

Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Algısı Anketi

1. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanırım

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara
sıra ☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman

2. Telefonunuza hiç mobil sağlık uygulaması yüklediniz mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

3. Telefonunuzda hangi mobil sağlık uygulamaları yüklü? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- ☐ Hiçbiri
☐ Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS)
☐ E-Nabız
☐ Hayat Eve Sığar
☐ Diyet/Egzersiz Uygulamaları
☐ Adımsayar
☐ Adet Takvimi
☐ Sigarayı Bırakma
☐ Su İçme Hatırlatıcı
☐ Uyku Programı
☐ İlaç Hatırlatıcı
☐ Diyabet Günlüğü
☐ Diğer

4. Mobil Sağlık Uygulamalarını yararlı buluyorum

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra
☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman

5. Mobil sağlık uygulamalarına güvenirim

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra
☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman

6. Mobil sağlık uygulamalarını kullanma tercihinizi etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Kullanmıyorum
☐ Planlama yapmama yarar sağlıyor
☐ Mobil sağlık uygulamalarını kullanırken sağlığuma daha çok dikkat ediyorum
☐ Mobil sağlık uygulamalarından faydalı bilgiler ediniyorum
☐ Mobil sağlık uygulamalarını kullanmak beni motive ediyor
☐ Mobil sağlık uygulamalarından hatırlatıcı olarak yarar sağlıyorum
☐ Çevremden mobil sağlık uygulamalarıyla ilgili olumlu yorumlar duyuyorum
☐ Bir sağlık çalışanının önerisiyle kullanıyorum
☐ Diğer

7. Mobil sağlık uygulamalarını kullanmama tercihinizi etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Kullanıyorum
☐ Düzenli bir şekilde kullanabileceğimi düşünmüyorum
☐ Yararlı görmüyorum
☐ Bilgilerin doğruluğuna güvenmiyorum
☐ Akıllı telefonumda yeterli depolama alanı yok
☐ Mobil sağlık uygulamaları ücretli
☐ Mobil sağlık uygulamaları hakkında yeterli bilgim yok
☐ Diğer

8. Mobil Sağlık uygulamalarını hangi amaçlarla kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Kullanmıyorum
☐ Covid-19 konusunda bilgi sahibi olmak
☐ Hastane randevusu almak
☐ Sağlık kayıtlarına erişmek
☐ Gün içinde atılan adımları hesaplamak
☐ Kalori hesaplamak
☐ Su tüketimini takip etmek
☐ Şeker hastalığımı yönetmek
☐ İlaç içmeyi hatırlamak
☐ Kilo vermek
☐ Adet döngüsünü takip etmek
☐ Gebelik takibi yapmak
☐ Diğer

9. Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanmak Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirmeye Destek Oluyor

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra
☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman

Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği

Maddeler	Asla (1)	Nadiren (2)	Ara sıra (3)	Genellikle (4)	Her Zaman(5)
1. Boş zamanlarımda eğlenirim (kd)					
2. Kendi kendimi rahatlatırım (kd)					
3. Diğer insanlardan yardım alırım(kd)					
4. Başkalarının tavsiyelerinden memnuniyet duyarım(kd)					
5. Kritik durumlarda sakinliğimi korurum(kd)					
6. Kaygımı azaltmak için bir şeyler yaparım(kd)					
7. Problemleri çözmek için çabalarım(kd)					
8. Sigaradan uzak dururum(gd)					
9. Cildimi güneşten korurum(gd)					
10. Her gün meyve tüketirim (250 g). (gd)					
11. Yeterli süre uyurum(gd)					
12. Tuzu kontrollü olarak tüketirim(gd)					
13. Şekeri kontrollü olarak tüketirim(gd)					
14. Hayvansal yağ yerine bitkisel yağ kullanırım(gd)					
15. Her gün sebze tüketirim (250-500 g)(gd)					
16. Vücut ağırlığımı dengede tutarım(gd)					
17. Akraba evliliğinin zararlarını bilirim(sb)					
18. Son kullanma tarihleri geçen ilaçları atarım(sb)					
19. İlaçları doktor önerisiyle alırım(sb)					
20. Emniyet kemeri kullanırım(sb)					
21. İş sağlığı ve güvenliğine uygun koruyucu önlemler alırım(sb)					
22. Gıda güvenliğine dikkat ederim(sb)					
23. Düzenli olarak fiziksel muayeneme giderim(kt)					
24. Kan şekeri değerimi bilirim(kt)					
25. Genel olarak tüketimlerim için gelirim yeterlidir(kt)					
26. Acil durumlar ile başa çıkma yöntemlerini öğrenirim(kt)					
27. Tansiyon değerimi bilirim(kt)					
28. Su arıtma cihazı kullanırım(kt)					

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4. Eğitim Durumunuz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

5. (EVLİ OLANLAR) Eş öğrenim durumu: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

6. Mesleğiniz:

7. (KADINLAR) Şu Anki Gebelik Durumunuz: () Var () Yok

8. Çocuk Sayınız:

9. Aylık Hane halkı Gelir Düzeyi: 0-4.999 TL 5.000-9.999 TL 10.000-19.999 TL

20.000-29.999 TL

30.000-39.999 TL

40.000 TL ve üzeri

10. Sürekli olan bir sağlık sorununuz var mı? () Var () Yok

11- Ailenizde (siz hariç) kronik hastalığı olan var mı? Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- A) Yok
- B) Çocuklarımda
- C) Annemde
- D) Babamda
- E) Kardeşlerimde
- F) Diğer

12. Genel Sağlık Durumunuzu Nasıl Değerlendiriyorsunuz? () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

13. Sağlıkla ilgili bilgileri hangi kaynaklardan ediniyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretlenebilir. Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- A) Yazılı Kaynaklar (Kitap, Dergi, vb bilimsel)
- B) Resmi kurumların / bilimsel dergilerin internet sayfaları
- C) Diğer internet sayfaları
- D) Televizyon
- E) Sağlık Çalışanları
- F) Diğer

14. Yakın akrabalarınızda sağlık çalışanı var mı?

- A) Yok
- B) Doktor
- C) Hemşire-Ebe veya ATT
- D) Sağlık Teknikeri (Rad, Lab, Anst.vb)
- E) Diğer

15. Son 1 yıl içinde kendiniz veya yakınlarınızın sağlık sorunları nedeniyle sağlık kuruluşlarına kaç kez başvurduunuz?

..... Kez. Hiç başvurmadınız ise "Hiç" yazınız.