



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEKNOLOJİK HAZIR OLUŞU
BELİRLEYEN MOTİVE EDİCİ VE
ENGELLEYİCİ FAKTÖRLERİN
E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ**

MESUT CAN TÜRKOĞLU

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA KANTAŞ YILMAZ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
NİSAN/2023**

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmamın tüm aşamalarında üzerimde emeği olan ve destekleriyle beni yönlendiren değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Lisans dönemimden beri bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, aynı zamanda tezimin jüri üyeliğini üstlenen değerli hocam Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam boyunca fikir ve desteklerini esirgemeyen, akademik hayata adapte olmamda büyük pay sahibi olan ve tezimin jüri üyeliğini üstlenen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Sadık TATLI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın veri toplama aşamalarında, ankete katılım sağlayarak araştırma verilerinin ortaya çıkmasını sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitimimin başlarında dahil olduğum İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde birlikte çalıştığım, kıymetli araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Her konuda olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca bana maddi manevi her türlü desteği sağlayan, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TEKNOLOJİK HAZIR OLUŞ	4
2.1.1. Teknolojik Hazır Oluş ile İlişkili Başlıca Teoriler ve Yaklaşımlar	4
2.1.1.1. Sebepi davranış teorisi.....	5
2.1.1.2. Yeniliklerin yayılımı teorisi.....	5
2.1.1.3. Planlı davranış teorisi.....	6
2.1.1.4. Teknoloji kabul modeli.....	7
2.1.1.5. Genişletilmiş teknoloji kabul modeli	8
2.1.2. Teknolojik Hazır Oluş Yaklaşımı - Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve	9
2.1.2.1. Motive edici faktörler	11
2.1.2.2. Engelleiyici faktörler	12
2.1.2.3. Güncellenmiş ve optimize edilmiş teknolojik hazır oluş endeksi - TRI 2.0	13
2.2. SAĞLIKTA DİJİTALLEŞME VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	14
2.2.1. Okuryazarlık Kavramı ve Kapsamı	15
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Kapsamı	16
2.2.3. Sağlıkta Dijitalleşme ve E-Sağlık Kavramı	18
2.2.4. E-Sağlık Okuryazarlığı - Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve	23
2.2.5. E-Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri - Zambak Modeli.....	27
2.2.5.1. Geleneksel okuryazarlık	28
2.2.5.2. Bilgi okuryazarlığı	28
2.2.5.3. Medya okuryazarlığı	29
2.2.5.4. Sağlık okuryazarlığı	29
2.2.5.5. Bilgisayar okuryazarlığı.....	29
2.2.5.6. Bilim okuryazarlığı	29
2.2.6. E-Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	30

2.2.6.1. Yaş	30
2.2.6.2. Cinsiyet	31
2.2.6.3. Eğitim düzeyi	31
2.2.6.4. Gelir düzeyi	31
2.2.6.5. Çalışma durumu	32
2.2.6.6. Kronik hastalık durumu	32
2.2.7. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri	32
2.2.8. Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Modeli	34
2.2.8.1. Fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı	37
2.2.8.2. İletişimsel e-sağlık okuryazarlığı	37
2.2.8.3. Eleştirel e-sağlık okuryazarlığı	38
2.2.8.4. Dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	39
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	40
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ VE ÖRNEKLEME YÖNTEMİ	40
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZNİ	40
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	40
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu	41
3.5.2. Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği	41
3.5.3. Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	41
3.5.3.1. Ölçek uyarlama süreci ve aşamaları	42
3.6. VERİLERİN ANALİZİ	44
3.7. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ	45
3.8. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	47
4. BULGULAR	48
4.1. ETKİLEŞİMSEL E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASININ ÖN TEST BULGULARI	48
4.1.1. Ön Test - Sosyodemografik Özellikler İçin Frekans Analizi	48
4.1.2. Ön Test - Faktör Analizi ve Güvenilirlik Analizi	50
4.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İÇİN FREKANS ANALİZİ	53
4.3. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN FAKTÖR VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	54
4.3.1. Teknolojik Hazır Oluş Ölçeğinin Faktör ve Güvenilirlik Analizleri	54
4.3.2. Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Faktör ve Güvenilirlik Analizleri	56
4.4. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	58
4.5. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN GRUP FARKLILIKLARI ANALİZLERİ	62

4.6. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN KORELASYON ANALİZLERİ	74
4.7. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN REGRESYON ANALİZLERİ.....	77
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	91
KAYNAKLAR	95
EKLER.....	104



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: E-sağlık okuryazarlığı tanımları	25
Tablo 2.2: Başlıca e-sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları ve özellikleri	33
Tablo 4.1: Ön test - sosyodemografik özellikler için frekans analizi	49
Tablo 4.2: Ön test faktör analizi - KMO ve Bartlett's testi sonuçları.....	50
Tablo 4.3: Ön test faktör analizi - döndürülmüş bileşen matrisiyle faktör skorları ve dağılımları.....	51
Tablo 4.4: Ön test güvenilirlik analizi	52
Tablo 4.5: Sosyodemografik özellikler için frekans analizi	53
Tablo 4.6: Teknolojik hazır oluş ölçeği faktör analizi - KMO ve Bartlett's testi sonuçları.....	55
Tablo 4.7: Teknolojik hazır oluş ölçeği faktör analizi - döndürülmüş bileşen matrisiyle faktör skorları ve dağılımları	55
Tablo 4.8: Teknolojik hazır oluş ölçeği - güvenilirlik analizi	56
Tablo 4.9: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği faktör analizi - KMO ve Bartlett's testi sonuçları.....	56
Tablo 4.10: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği faktör analizi - döndürülmüş bileşen matrisiyle faktör skorları ve dağılımları	57
Tablo 4.11: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği - güvenilirlik analizi.....	58
Tablo 4.12: Teknolojik hazır oluş ölçeği - tanımlayıcı istatistikler	60
Tablo 4.13: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği - tanımlayıcı istatistikler	61
Tablo 4.14: Yaş değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi.....	62
Tablo 4.15: Cinsiyet değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi	63
Tablo 4.16: Medeni durum değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi	64

Tablo 4.17: Eğitim durumu değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi.....	65
Tablo 4.18: Meslek değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi.....	66
Tablo 4.19: Aylık gelir durumu değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi	68
Tablo 4.20: İnternette aylık sağlık araştırması sıklığı değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi	69
Tablo 4.21: Günlük bilgisayar kullanım sıklığı değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi	71
Tablo 4.22: Günlük akıllı telefon kullanım sıklığı değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi	72
Tablo 4.23: Kronik hastalık değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi	74
Tablo 4.24: Teknolojik hazır oluşun motive edici ve engelleyici faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasındaki ilişkiler	76
Tablo 4.25: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına etkisini gösteren regresyon model özeti	78
Tablo 4.26: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına etkisini gösteren modelin anlamlılık testi	78
Tablo 4.27: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına etki düzeyinin katsayıları	79
Tablo 4.28: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına etkilerini gösteren regresyon model özetleri	79
Tablo 4.29: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına etkilerini gösteren modellerin anlamlılık testleri	80
Tablo 4.30: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına etki düzeylerinin katsayıları	81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Sebepili davranış teorisi	5
Şekil 2.2: Yeniliklerin yayılımı teorisi ve karar verme süreci.....	6
Şekil 2.3: Planlı davranış teorisi.....	7
Şekil 2.4: Teknoloji kabul modeli	8
Şekil 2.5: Genişletilmiş teknoloji kabul modeli	9
Şekil 2.6: Teknolojik hazır oluş endeksinin yapısı.....	10
Şekil 2.7: E-sağlık okuryazarlığının bileşenleri - zambak modeli	28
Şekil 2.8: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeli (TMeHL)	36
Şekil 3.1: Araştırmanın kavramsal modeli	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMA	: American Medical Association - Amerikan Tıp Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
eHEALS	: eHealth Literacy Scale - E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
eHEALS-E	: Extended eHealth Literacy Scale - Genişletilmiş E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
eHLA	: eHealth Literacy Assessment Toolkit - E-Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı
eHLQ	: eHealth Literacy Questionnaire - E-Sağlık Okuryazarlığı Anketi
e-HLS	: Electronic Health Literacy Scale - Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
E-Sağlık	: Elektronik Sağlık
HES	: Hayat Eve Sığar
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçüm Testi
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SBS	: Sağlık Bilgi Sistemi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences - Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
TeHLI	: Transactional eHealth Literacy Instrument - Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
THO	: Teknolojik Hazır Oluş
TMC	: Transactional Model of Communication - Etkileşimsel İletişim Modeli

- TMeHL** : Transactional Model of eHealth Literacy - Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Modeli
- TRI** : Technology Readiness Index - Teknolojik Hazır Oluş Endeksi
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- UNESCO** : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü



TEKNOLOJİK HAZIR OLUŞU BELİRLEYEN MOTİVE EDİCİ VE ENGELLEYİCİ FAKTÖRLERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bireylerin teknolojiye hazır olma durumlarının teknolojiyi motive edici ve engelleyici faktörler üzerinden tespit edilip onların teknolojik hazır oluşlarının e-sağlık okuryazarlıkları üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, metodolojik ve tanımlayıcı türde yürütülmüştür. Örneklemenin İstanbul’da yaşayan yetişkin bireylerden oluştuğu araştırmada, veri toplama yöntemi olarak katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, teknolojik hazır oluş ölçeğini ve etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğini içeren anket formu kullanılmıştır. Toplanan verilerin SPSS programıyla analiz edildiği araştırma kapsamında frekans analizi, faktör analizi, güvenilirlik analizi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi, korelasyon ve regresyon analizi yapıp elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin teknolojik hazır oluş bağlamındaki motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik algılarının (3,5172), engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizlik algılarına (3,3337) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise 3,6808 olarak tespit edilmiştir. Teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri ve e-sağlık okuryazarlığı bağlamında bireylerin yaşları, eğitim durumları, aylık gelirleri, internetten sağlık araştırması sıklıkları, bilgisayar ve akıllı telefon kullanım oranları açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiş olup teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri bağlamında değişkenler açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Öte yandan teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin, e-sağlık okuryazarlığına ve alt boyutlarına $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Engelleyici faktörlerin ise e-sağlık okuryazarlığına ve alt boyutlarına etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmada, teknolojiye yönelik hazırlık ve motivasyon düzeyi yüksek olan bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup teknoloji kullanımı bağlamında rahatsız ve güvensiz hisseden bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinde herhangi bir değişime rastlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Dijitalleşme, E-Sağlık, E-Sağlık Okuryazarlığı, Teknoloji, Teknolojik Hazır Oluş.



THE EFFECT OF MOTIVATING AND BLOCKING FACTORS DETERMINING TECHNOLOGY READINESS ON E-HEALTH LITERACY

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine the technology readiness of individuals through the factors that motivate and block technology and to examine the effect of their technology readiness on e-health literacy.

Materials and Methods: The research was conducted in methodological and descriptive types. In the study, where the sample consisted of adult individuals living in Istanbul, a questionnaire form including the socio-demographic characteristics of the participants, the technology readiness scale and the transactional e-health literacy scale was used as the data collection method. Frequency analysis, factor analysis, reliability analysis, independent sample t-test, one-way ANOVA test, correlation and regression analysis were performed, and the results were evaluated within the scope of the research in which the collected data were analyzed with the SPSS program.

Results: It was determined that the perceptions of optimism and innovativeness (3.5172), which are the motivating factors in the context of technology readiness, of the individuals participating in the research were higher than the perceptions of discomfort and insecurity (3.3337), which are the blocking factors. The e-health literacy levels of the participants were determined as 3.6808. Significant differences were determined in terms of the motivating factors of technological readiness and e-health literacy in terms of individuals' ages, educational status, monthly income, internet health research frequencies, computer and smartphone usage rates, and no significant difference was found in terms of variables in the context of the preventive factors of technological readiness. On the other hand, it was determined that the motivating factors of technology readiness had a significant, positive and moderate effect at $p < 0.05$ level on e-health literacy and its sub-dimensions. It was determined that the blocking factors did not affect e-health literacy and its sub-dimensions.

Conclusion: In the study, it has been determined that individuals with a high level of readiness and motivation for technology have higher e-health literacy levels, and no

change has been found in the e-health literacy levels of individuals who feel uncomfortable and insecure in the context of technology use.

Key Words: Digitalization, eHealth, eHealth Literacy, Technology, Technology Readiness



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler; günlük hayata doğrudan entegre olmaya başlamış, bireylerin ve kurumların birbirleriyle olan iletişimlerinde büyük kolaylıklar ve faydalar sağlamıştır. Teknoloji toplumuna geçiş sürecinin yoğun olarak hissedildiği 20. yüzyılın ortalarından itibaren işletmeler ve bireyler, gelişen teknoloji bağlamında en güncel uygulamaları ve cihazları kullanma eğilimine girmiş, bunun bir rekabet avantajı ve itibar kaynağı olacağına inanmışlardır. Öte yandan teknolojiye erişimin iyice kolaylaştığı günümüz bilgi çağında, yaşanan hızlı dönüşüm süreçlerinde yeni teknolojileri kabul etme ve bu teknolojilere hazır olmanın önemi artmıştır. Özellikle teknolojinin en yoğun kullanıldığı alanlardan birisi olan sağlık sektöründe, dijitalleşmenin de etkisiyle verilen hizmetlerde ve süreçlerde teknolojinin, internetin ve mobil cihazların kullanımının arttığını söylemek mümkündür. Sağlık sektöründe yaşanan bu dijital dönüşüm, teknoloji ve dijitalleşme çağına ayak uydurabilecek bireylerin karar verme süreçlerinde ya da karşılaşılabilecekleri problemleri çözmede bilgiyi yoğun ve başarılı bir şekilde kullanabilmesini gerektirmektedir. Bu noktada ise bireylerin ilgili teknolojik süreç ve imkânları kullanma konusundaki istekleri ve hazır oluş düzeyleri ön plana çıkmaktadır (1).

Bahsedilen dijital dönüşüm süreci ve yaşanan teknolojik ilerlemelere paralel olarak sağlık sektöründe elektronik uygulamalara ve süreçlere ağırlık verilmeye başlanmış, sağlıkta teknoloji kullanımı günümüzde hem sağlık hizmet sunucuları için hem de hizmet alan hastalar ve hasta yakınları için kaçınılmaz bir durum haline gelmiştir. Sağlığın dijitalleşmesine paralel olarak, e-sağlık okuryazarlığı (elektronik sağlık okuryazarlığı) kavramı literatürde yerini almıştır. E-sağlık okuryazarlığı; elektronik ortamda sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme yeteneği ile bir sağlık probleminin çözümlenmesinde kazanılan bilgileri uygulama becerisi olarak tanımlanmaktadır (2). E-sağlık okuryazarlığı, teknolojiyi aktif kullanan toplumlarda önemli bir konudur. Zira sağlık sektörü dahil olmak üzere tüm sektörlerde problemler ve engeller genellikle dijital ve teknolojik çözümlerle giderilmektedir (3,4). E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin teknolojik cihaz ve uygulamaları kullanarak sağlıklarıyla ilgili doğru bilgilere ulaşmalarına, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki

engelleri azaltmaya ve sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırmaya katkı sağlamaktadır (5).

Son yıllarda sağlıkta dijitalleşme ve e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda bireylerin teknoloji ve internet kullanımları ile e-sağlık okuryazarlıkları arasında ilişkiler olduğu görülmektedir (6-8). Öte yandan yeni teknolojileri kullanma düzeyi bireylerin aynı zamanda e-sağlık okuryazarı olduklarını da göstermeyebilir. Bu ilişki; sosyal etkiler, toplumların sosyal ve ekonomik düzeyi vb. faktörleri göz ardı etmekte, e-sağlık okuryazarlığını yalnızca temel sağlık teknolojilerini kullanabilme düzeyine indirgemektedir. Bu araştırmada ise, bireylerin teknolojiye hazır oluşlarının, onların e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerindeki etkileri ele alınmıştır. E-sağlık okuryazarlığının, Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Modeli adı altında dört alt boyuta (fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel, dönüştürücü) ayrılan bir model (9)  er evesinde incelendiği araştırmada; Parasuraman (10) tarafından ortaya atılan teknolojik hazır oluş yaklaşımı bağlamındaki motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik ile engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizliğin, bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarını ne ölçüde a ıkladığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Teknolojik hazır oluş yaklaşımının; bireylerin teknolojik yenilikleri kullanmalarındaki motive edici ve engelleyici faktörleri birlikte içermesi, bireylerin yeni teknolojileri kullanma noktasındaki isteklerini ve hazırlık düzeylerini genel bağlamda ölçmesi ve literatürde teknolojik hazır oluşun etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığını ne düzeyde etkilediğini tespit eden herhangi bir araştırmaya rastlanılmamış olmasından dolayı araştırmada kullanılmasına karar verilmiştir. Teknolojik hazır oluş yaklaşımının kullanılmasındaki diğer bir neden ise; literatürdeki diğer teknoloji kabul modellerinde yer alan faktörlerin genellikle spesifik bir teknolojiye (akıllı telefon, mobil uygulamalar vb.)  zg  daha güçlü sonuçlar vermesi (11,12), teknolojik hazır oluş ölçüm aracının ise bireylerin teknolojiye dair olumlu ve olumsuz düşüncelerini içermesinden dolayı onların teknolojiye yönelik genel yaklaşımını ölçebilmesidir (1).

Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, bireylerin teknolojik hazır oluş düzeylerini, ilgili modelde bulunan motive edici ve engelleyici faktörler açısından tespit etmek, bireylerin fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü bağamlarda e-sağlık

okuryazarlık düzeylerini tespit etmek ve teknolojik hazır oluşun etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Sağlık sektöründe gün geçtikçe artan teknolojik yenilikler bağlamında vatandaşların bu yeniliklere ne ölçüde hazır olduklarını, e-sağlık hizmetlerini anlama ve kullanma noktasındaki yetkinliklerini ve teknolojik bağlamda hazır olan kişilerin aynı zamanda e-sağlık okuryazarı olup olmadığını tespit etmeyi hedefleyen bu çalışma, aynı zamanda literatürde teknolojik hazır oluş ve etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı kavramlarını ilişkilendirecek ilk araştırma olması bakımından önemlidir.

Giriş ve amacın belirtildiği bu bölümün ardından araştırmanın ikinci bölümünde, ele alınacak ana kavramlar hakkında genel bilgiler verilmiştir. İlk olarak teknolojik hazır oluş yaklaşımı ile ilgili bilgiler verilmiş olup ardından sağlıkta dijitalleşme ve e-sağlık okuryazarlığı kavramları ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde araştırmanın genel metodolojisi hakkında bilgiler verilmiş olup araştırmanın tipi, evreni, örnekleme, örnekleme tekniği, etik kurul izni, veri toplama araçları, ölçek uyarlama süreci, veri analiz yöntemleri, modeli, hipotezleri, kapsamı ve sınırlılıkları bu bölümde ele alınmıştır.

Dördüncü bölümü, analiz edilen verilerden elde edilen bulgular oluşturmaktadır. Bu bölümde araştırma kapsamında yapılan frekans analizi, tanımlayıcı istatistikler analizi, faktör analizi, güvenilirlik analizi, grup farklılıkları analizi, korelasyon ve regresyon analizi sonuçları belirtilmiştir.

Araştırmanın beşinci bölümünde tartışmaya yer verilmiş olup araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar yorumlanmış, sonuçların literatür ile benzerlikleri ve farklılıkları ile bu benzerlik ve farklılıkların olası nedenleri değerlendirilmiştir.

Altıncı ve son bölümde ise araştırma sonuca bağlanmış olup araştırmanın sorularına cevap bulma ve amacına ulaşma durumu değerlendirilmiştir. Tartışma kısmında tartışılan sonuçların özetlendiği bölümde ayrıca uygulayıcılara, politika yapıcılara, araştırmacılara ve son kullanıcılara araştırma sonuçları bağlamında çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

Araştırmanın bu bölümünde; araştırma kapsamında ele alınan teknolojik hazır oluş ve e-sağlık okuryazarlığı kavramları hakkında genel bilgiler verilmiş olup kavramlar ile ilişkili olan çeşitli teoriler, yaklaşımlar ve modeller incelenmiştir.

2.1. TEKNOLOJİK HAZIR OLUŞ

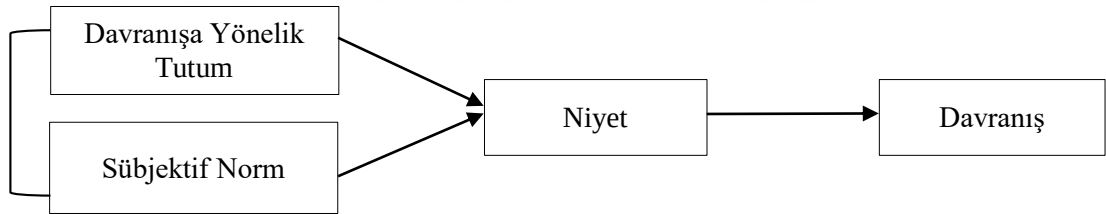
Teknoloji; ürün ve hizmetlerin ortaya çıkarılmasında, belli amaçların elde edilmesinde ve belli sorunların çözümünde gözleme dayalı, bilimsel ve kanıtlanmış bilgilerin uygulanması olarak tanımlanmakla birlikte, geçmiş dönemlerde insanlar tarafından genellikle yadırganan ve kaçınılan bir olgu olarak gözlenmiştir (13,14). Geçen zaman içerisinde deneme yanılma yoluyla elde edilen adaptasyon ve bunun sonucunda ortaya çıkan teknoloji kullanımı, hızla gelişen dijitalleşme bağlamında bir teknolojinin yeni veya eski olarak anılması için gereken zamanın da oldukça kısalmasına zemin hazırlamıştır. Teknoloji ve insan arasındaki etkileşim genellikle kabul ya da reddetme davranışıyla veya hazır olma/olmama davranışıyla açıklanmaktadır (15). Bu durum ise bireylerin ilgili teknolojileri kabul etme ve bu teknolojileri kullanmaya hazır olma düzeylerinin araştırılmasını gerekli kılmıştır.

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren alanyazında işletmelerde bilişim sistemlerinin ve teknolojinin kullanımı ile ilgili çok sayıda teori oluşturulmuş (16), oluşturulan teoriler ışığında araştırmacılar, özellikle 90'lı yıllardan itibaren gelişme hızı artan teknolojik yeniliklerin etkin kullanımı ve yaşanan sorunları araştırmaya yönelip bireylerin yeni teknolojilere kullanmaya ne kadar hazır olduklarını ortaya çıkarma eğilimine girmişlerdir (17).

2.1.1. Teknolojik Hazır Oluş ile İlişkili Başlıca Teoriler ve Yaklaşımlar

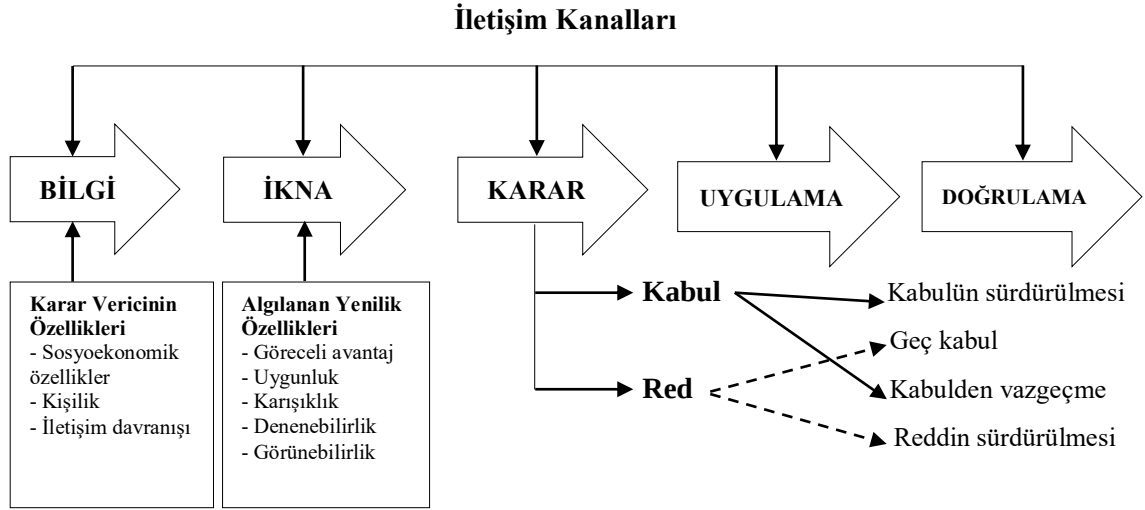
Literatürde teknoloji kabulü ve hazırlığı ile ilgili bilim insanları tarafından oluşturulmuş çeşitli teori ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu başlık altında ilgili teoriler hakkında genel bilgiler verilmiş olup ardından araştırmanın ana modeli olan, Parasuraman (10) tarafından geliştirilen ve Parasuraman ve Colby (18) tarafından güncel versiyonu yayımlanan teknolojik hazır oluş yaklaşımı ile ilgili detaylı bilgilere yer verilmiştir.

2.1.1.1. Sebepli davranış teorisi: Sebepli davranış teorisi, Fishbein ve Ajzen (19) tarafından insan davranışlarını anlayabilmek ve tahmin edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Teoriye göre, bireylerin herhangi bir şeye karşı geliştirdikleri tutumlar onların niyetlerini, niyetleri ise davranışlarını etkilemektedir (20). Genellikle tüketicilerin satın alma niyetlerini ve davranışlarını tespit etmede yararlanılan teori, bireylerin bir durum sonucunda ortaya çıkması muhtemel alternatif sonuçları bilinçli olarak göz önüne alarak ilgili alternatifler arasından en optimal davranışı gerçekleştirmeleri varsayımına dayanmaktadır (21,22). Sebepli davranış teorisine göre bir davranışı gerçekleştirmenin ana motivasyonu, o davranışı gerçekleştirme niyetidir. Bireyin ilgili davranışı gerçekleştirmeye ne kadar niyeti varsa, harekete geçme ve davranışı gerçekleştirme ihtimali de o kadar fazladır. Davranışsal niyetin ise iki belirleyicisi vardır. Bunlar davranışa yönelik tutum ve sübjektif normdur. Davranışa yönelik tutum bireyin kendi öz farkındalığı ile alakalı iken sübjektif norm ise dışsal bir faktör olup bireyin ilgili davranışı yerine getirip getirmemesinde meydana gelen toplumsal baskıyı ifade etmektedir (23). Sebepli davranış teorisinin şematize edilmiş biçimi Şekil 2.1’de gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Sebepli davranış teorisi

2.1.1.2. Yeniliklerin yayılımı teorisi: Yeniliklerin yayılımı teorisi, Rogers (24) tarafından, bireylerin ve toplumların yeniliklere uyum sağlama düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ortaya atılmıştır. Teori, yeniliğin algılanan özellikleri bağlamında yeniliğin bir toplum tarafından kabul edilmesi ya da reddedilmesi sürecini açıklamakta, sürekli gelişen teknolojiye uyum sağlama noktasında yararlı bilgiler vermektedir (25-27). Teoriye göre, yeni teknolojilerin ya da süreçlerin toplumda yayılması, zaman içerisinde çeşitli aşamalardan geçerek mümkün olmaktadır. Bu süreçler Şekil 2.2’de gösterilmiştir.

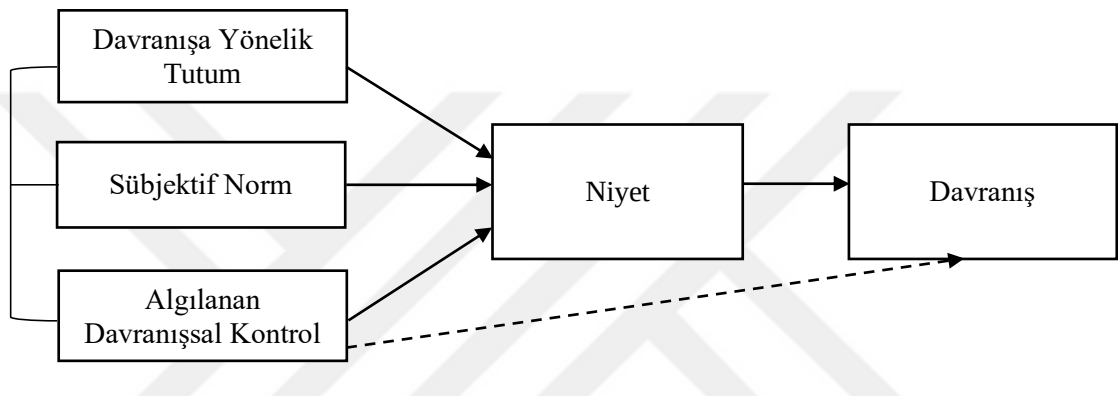


Şekil 2.2: Yeniliklerin yayılımı teorisi ve karar verme süreci

Bireyler ilk aşamada yenilikler hakkında bilgi edinmektedir. Edinilen bilgiler ise bireyler tarafından; sahip olunan sosyoekonomik özelliklere, kişisel özelliklere ve iletişim davranışlarına bağlı olarak değerlendirilmektedir. İkinci aşamada bireyler yeniliklerle daha fazla içli dışlı olmaya başlamakta, yenilik hakkında spesifik bilgiler edinip kendini ikna etmeye çalışmaktadır. Üçüncü aşama olan karar aşamasında; edinilen bilgiler ve tutumlar ışığında yeniliğin kabul ya da reddedilmesi gözlenmektedir. Karar aşamasında bireyler çevrelerinden de etkilenmektedir. Uygulama aşamasında verilen kabul ya da ret kararı hayata geçirilmekte fakat bireyin yenilik hakkındaki öğrenme süreci halen devam etmektedir. Son aşama olan doğrulama aşamasında ise yenilikleri kabul eden bireyler kabullerini sürdürme ya da kabulden vazgeçme hususunda bir test süreci yaşamakta, süreç sonunda kesin kararını vermektedir (24).

2.1.1.3. Planlı davranış teorisi: Planlı davranış teorisi, Ajzen ve Madden (23) tarafından, Sebepli davranış teorisinin üzerine temellendirilen bir teoridir. Planlı davranış teorisinin sebepli davranış teorisinden farkı, kullanım niyetini etkileyen faktörlerin üzerine; davranışa yönelik tutum ile sübjektif normun yanında algılanan davranışsal kontrol unsurunu da eklemiş olmasıdır. Algılanan davranışsal kontrol, bireylerin bir davranışı gerçekleştirme noktasında algıladıkları kolaylığı ya da zorluğu temsil etmektedir. Bireyin bir davranışı gerçekleştirmesi nispeten kolay iken birey bu durumda daha fazla yarar ve kaynak (zaman, para, yetenek, çevre işbirliği vb.) elde ederse algılanan davranışsal kontrolü de yüksek olmaktadır (28-30). Algılanan

davranışsal kontrolün, kullanım niyetini etkilemesinin yanında direkt olarak davranışın kendisini de etkilediği ifade edilmektedir. Dolayısıyla birçok durumda davranışı etkileyen faktörler yalnızca motive olmaya değil, o davranış üzerinde kontrol sahibi olmaya da bağlıdır. Sonuç olarak, algılanan davranışsal kontrol davranışı kullanım niyeti aracılığıyla dolaylı olarak etkileyebileceği gibi, doğrudan da etkileyebilmektedir (23). Planlı davranış teorisinin şematize edilmiş biçimi Şekil 2.3'te gösterilmiştir.



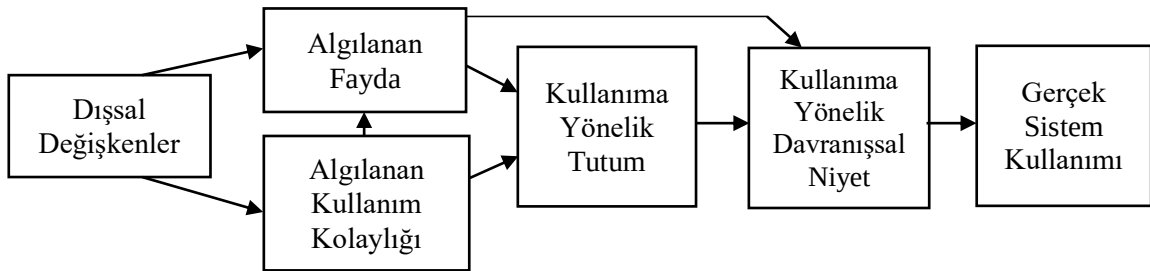
Şekil 2.3: Planlı davranış teorisini

2.1.1.4. Teknoloji kabul modeli: Teknoloji kabul modeli, Davis (31) tarafından, bireylerin teknolojik yeniliklere karşı kabul ve benimseme davranışlarını açıklamak maksadıyla geliştirilmiştir. Model, teknolojik cihaz kullanıcılarının davranışlarını açıklamak ve tahmin etmek için tasarlanmasının yanında, çalışanların iş ortamlarında bilişim sistemlerini kabul etme ve kullanma niyetlerini tahmin etmektedir (32,33).

Fishbein ve Ajzen'in (19) geliştirdiği sebepli davranış teorisinin üzerine temellendirilerek oluşturulan model, bireylerin davranışlarına ilişkin tutumları, niyetleri ve kullanımları arasındaki nedensel bağlantıları açıklamayı ve öngörmeyi amaçlamaktadır (31,34). Teknoloji kabul modeli, temelde tutumun niyeti, niyetin ise davranışı (kullanımı) etkilediği varsayımına dayanmaktadır (35). Modelde sebepli davranış teorisine ek olarak iki ana değişken kullanılmıştır. Bunlar algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığıdır. Modele göre teknoloji kabul niyeti, algılanan fayda ve algılanan kullanım kolaylığı tarafından belirlenmektedir. Algılanan fayda

“Bireylerin ilgili teknolojiyi kullanmasının onların iş performansını artıracığına yönelik inanç derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Algılanan kullanım kolaylığı ise “Bireylerin ilgili teknolojiyi kullanmasının zahmetsiz olacağına inanma derecesini” ifade etmektedir. Davis’e göre bir uygulama, kullanıcıları tarafından yararlı ve kullanımı kolay olarak algılanıyorsa, kabul edilme olasılığı yüksektir (36).

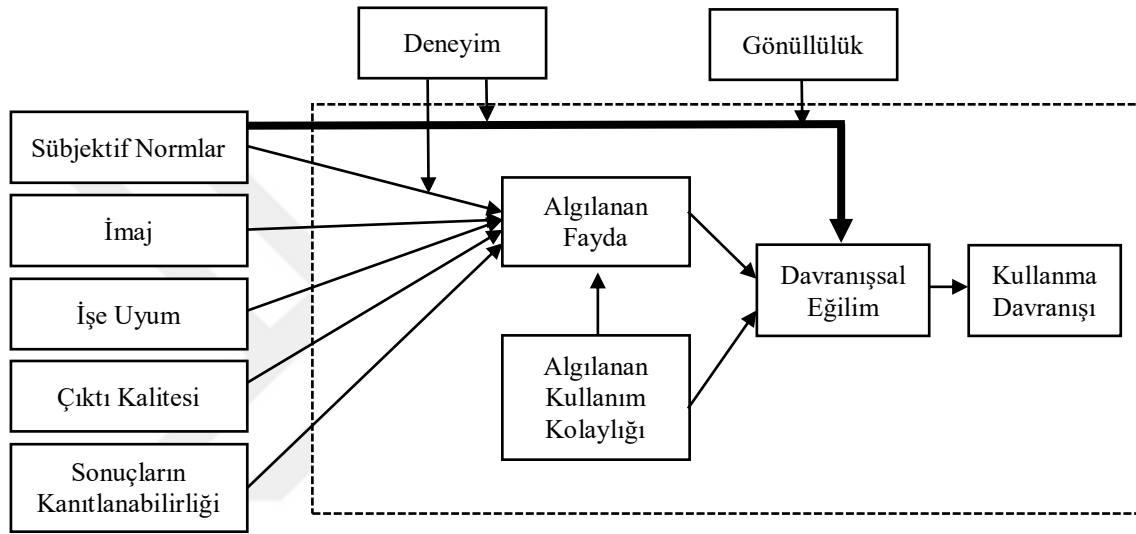
Teknoloji kabul modeli, yukarıdaki iki ana değişkenin yanı sıra dışsal değişkenler, kullanıma yönelik tutum, kullanıma yönelik davranışsal niyet ve gerçek kullanım değişkenlerini de içermektedir (37). Dışsal değişkenler; teknoloji kullanımında bireylerin algıları üzerinde etkili olan, genellikle kontrol edilemeyen durumlardır. Dışsal değişkenlere örnek olarak; teknolojinin özellikleri, kullanıcının özellikleri, eğitim durumu, iç ve dış çevresi, kişisel yetenekleri ve tecrübeleri gibi faktörler gösterilebilir (38). Kullanıma yönelik tutum; bireylerin bir davranışa yönelik olumlu ya da olumsuz tepki gösterme eğilimi olarak nitelendirilmektedir (19). Teknoloji kabul modelinde tutumlar niyetleri, niyetler ise gerçek kullanımı belirlemektedir (39). Kullanıma yönelik davranışsal niyet ise bireylerin bir davranışı gerçekleştirmek için gösterdikleri istek ve çabaların bütünüdür (40). Kullanıma yönelik davranışsal niyeti olan kullanıcılar, modelde nihai safha olan gerçek sistem kullanımını gerçekleştirmektedir. Bu süreçler Şekil 2.4’te gösterilmiştir.



Şekil 2.4: Teknoloji kabul modeli

2.1.1.5. Genişletilmiş teknoloji kabul modeli: Bireylerin teknolojik uygulama ve süreçlere dair kullanım niyetlerini ve kabul davranışlarını açıklama noktasında son yıllarda oldukça popüler bir şekilde kullanılan teknoloji kabul modeli, literatürde çok sayıda araştırmada tercih edilmiştir (41). Ancak zaman içerisinde yapılan araştırmalar ile; teknoloji kabul modelinde algılanan fayda ve algılanan

kullanım kolaylığının bireylerin öz beyanlarına dayalı olduğu, modelin gerçek davranışı ölçmekten ziyade kullanıma yönelik niyeti ölçmeye odaklandığı ve modelin farklı teknolojileri ve kullanıcıları kapsayacak şekilde genişletilmesi gerektiği tespit edilmiştir (35). Öte yandan Venkatesh ve Davis (42), algılanan faydanın belirleyicilerini daha iyi anlamanın, modelin sağlayacağı başarıyı artıracaklarını öngördüklerinden genişletilmiş teknoloji kabul modelini geliştirmişlerdir. Modelin şematize edilmiş biçimi Şekil 2.5’te gösterilmiştir.



Şekil 2.5: Genişletilmiş teknoloji kabul modeli

2.1.2. Teknolojik Hazır Oluş Yaklaşımı - Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru, hem arz edici konumundaki işletmeler hem de talep edici konumundaki müşteriler teknolojik açıdan daha gelişmiş hale gelen iş süreçleriyle karşı karşıya kalmaya başlamışlardır. Bu sürece en büyük örnek, geçmişte şirket personeli tarafından yapılan birtakım işlerin artık bilgisayar destekli sistemler aracılığıyla yapılıyor olmasıdır (43,44). Teknoloji tabanlı sistemlerin gelişmesiyle birlikte bu gelişmelerin kabulü ve benimsenmesi ile ilgili yukarıda verilen modellerin ve teorilerin ışığında, bireylerin yeni teknolojileri kullanmaya yönelik isteklerini ve hazır oluşlarını ölçmek adına, A. Parasuraman “Teknolojik Hazır Oluş” adını verdiği bir ölçüm aracı geliştirmiştir. Parasuraman (10), teknolojik hazır oluşu “Bireylerin ev ve iş yaşamlarında amaçlarına ulaşmak için yeni teknolojileri benimseme ve kullanma eğilimi” olarak tanımlamıştır. Teknolojik hazır oluş, kişilerin günlük yaşamında ya da

iş hayatında karşılaştığı yeni teknolojileri kullanma yatkınlığını toplu bir şekilde ortaya koyan zihinsel süreçleri, motive edici ve engelleyici faktörler bağlamında temsil etmektedir. Dolayısıyla teknolojik hazır oluş, bireylerde teknolojiye karşı oluşan olumlu ve olumsuz duyguların bir bileşimidir (33,45).

Teknolojik cihaz ya da süreçler, bireylerin hem olumlu hem de olumsuz duygularını tetikleyebilmektedir. Bu iki duygu türünün bireyler arasında değişkenlik göstermesi muhtemeldir. Dolayısıyla bireyler bu noktada teknolojiyi benimseme ve kullanma eğilimleriyle (teknolojiye hazır olmalarıyla) ayrılmaktadırlar. Bireylerdeki ayrışmalar, onların ilgili teknolojiyi kullanma niyetleri noktasında etkili olmakta, bu da teknolojik hazır oluşun temelini oluşturmaktadır. İnsanların teknolojiye karşı gelişen olumlu duyguları onları ilgili teknolojiyi kullanmaya ve benimsemeye iterken olumsuz duyguları ise onları teknolojiden uzaklaştırmaktadır. Literatürde teknoloji kabulü ve hazır oluş ile ilgili yapılmış araştırmalar ve kullanıcı görüşleri, teknolojik hazır oluşu ölçmek için bir ölçüm aracı geliştirmenin temel motivasyonunu oluşturmuştur (10).

Teknolojik hazır oluş endeksi; Parasuraman (10) tarafından, iki adet motive edici ve iki adet engelleyici faktör olmak üzere dört boyuttan oluşan bir ölçüm aracı olarak literatüre kazandırılmıştır. Teknoloji kullanımıyla ilgili birtakım inançları yansıtan ölçüm aracı, bireylerin yeni teknolojileri benimseme ve kullanma davranışlarını tanımlamayı, onların hazır oluşlarını ve istekliliklerini ölçmeyi amaçlamakta, bunu sözü edilen dört temel faktör üzerinden tespit etmektedir (46,47).



Şekil 2.6: Teknolojik hazır oluş endeksinin yapısı

Teknolojik hazır oluş endeksinin dört boyutundan iyimserlik ve yenilikçilik teknolojiye motive edici faktörler iken rahatsızlık ve güvensizlik ise teknolojiyi engelleyici faktörlerdir. Söz konusu boyutlar Şekil 2.6'da gösterilmiştir. Yapılan analizler, bu boyutların her birinden alınan puanlara göre yüksek, orta ve düşük hazırlıklı olarak sınıflandırılan katılımcıların, yüksek teknoloji ürün ve hizmetleri kullanma açısından da önemli ölçüde farklılaştığını tespit etmiştir (10).

2.1.2.1. Motive edici faktörler: Teknolojik araçlara ve hizmetlere ilişkin bireylerde oluşan olumlu görüşler, onların teknolojik yatkınlığını ve kullanım eğilimlerini artırmaktadır. Teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri iyimserlik ve yenilikçiliktir (10).

2.1.2.1.a. İyimserlik: İyimserlik, bireylerin teknolojinin kendilerine olumlu bir bakış açısı, daha fazla kontrol sahibi olma, esneklik ve verimlilik kazandıracağına dair inanç sahibi olmalarıdır (10). Teknolojiye karşı iyimser olan bireyler, yeni teknolojilere uyum sağlama noktasında diğer bireylere göre daha başarılıdır. Dolayısıyla iyimser bireyler yeni teknolojileri kullanmaya daha istekli ve hazır olmaktadırlar. (46). Üstelik iyimser bireylerin olumsuz durumlara odaklanma olasılıkları daha düşük olduğundan bu bireyler teknolojik gelişmelere daha açıktırlar (48). Böylelikle teknolojiye karşı gelişen olumlu tutumlar bireylerin günlük hayatlarına olumlu etki etmesinin yanında onların iş performanslarını, etkinliklerini ve verimliliklerini de artırmaktadır (49). Tsikriktsis (50), teknoloji konusunda iyimser olan insanlar için bazı örnekler vermiştir:

- Standart mesai saatlerine uymak zorunda olmamalarından dolayı bilgisayar kullanımından hoşlanan bireyler,
- Teknoloji kullanımı sayesinde gündelik hayatlarında daha fazla kontrol sahibi olduklarını düşünen bireyler,
- Teknolojinin, insanların davranışlarını daha verimli kıldığını düşünen bireyler.

2.1.2.1.b. Yenilikçilik: Yenilikçilik, bireylerin yeni bir teknolojik ürün ya da hizmeti diğer bireylerden daha önce kullanma güdüsü, bir başka deyişle teknoloji kullanımında öncü ve düşünce lideri olma eğilimidir (45). Yeniliğe açık bireyler, yeni teknolojilerin beraberinde getireceği karmaşalardan kaçınmamakta, teknolojinin potansiyel faydalarına odaklanmaktadırlar (46). Bunun yanında kendi bilgi birikimlerini

teknolojiye uyarlama konusunda diğer insanlara göre daha yatkın olan yenilikçiler, yeni ürün ve hizmetleri ilk deneyen ve bunlara ilk adapte olan kişiler olmalarından dolayı diğer insanların bu yeniliklere adaptasyonunu sağlama rolünü de üstlenmektedirler (15). Teknoloji öncüsü olarak nitelendirilen yenilikçiler, bilişim sistemlerinin kullanımı noktasında oldukça cesaretlidirler. Yenilikçi bireylerde genellikle geçmişten gelen bir teknolojik bilgi birikimi de var olduğundan dolayı bu kişiler teknolojiyi algılama noktasında rahattır (51). Yenilikçi bireyler, teknolojik ürün ve hizmetleri erken benimseyen, sürekli güncel bilgilere sahip olan, yenilikleri en çok deneyen ve teknoloji kullanımı konusunda risk almaktan kaçınmayan bireylerdir (49,52). Tsikriktsis (50), teknoloji konusunda yenilikçi olan insanlar için bazı örnekler vermiştir:

- Başkalarından yardım almadan yeni teknoloji ürün ya da hizmetleri kullanabilen bireyler,
- En son teknolojilere ilk önce uyum sağlayan bireyler,
- En son teknolojik ürün ya da hizmetleri yakın çevresinde ilk olarak edinen bireyler.

2.1.2.2. Engelleyici faktörler: Bireylerin teknolojik araçlara ve hizmetlere yönelik olumsuz tutumları, onların teknolojiyi kabullenmeye ve kullanmaya hazır olmamalarına yol açabilmektedir (53). Teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri rahatsızlık ve güvensizliktir (10).

2.1.2.2.a. Rahatsızlık: Rahatsızlık, bireylerin teknoloji üzerinde tam anlamıyla kontrol sahibi olmadıkları algısını temsil etmekte ve onların teknoloji tarafından kafası karıştırılmış hissetmelerini ifade etmektedir (18). Rahatsızlık seviyesi yüksek bireyler, teknolojik ürün ve hizmetleri kullanırken kullanım kontrolünün kendilerinde olmadığı hissiyle karşı karşıya kalmalarının yanında, bu his nedeniyle teknolojik ürün ve hizmetlerin kullanımına karşı bunalma duygusu hissetmektedirler (10). Teknoloji kullanımında rahatsızlık duyan bireyler, ürün ve hizmet kullanımı konusunda şüpheci bir yaklaşım sergilemekte, teknolojiyi olduğundan karmaşık ve kullanımını zor olarak nitelendirmekte, bu tür uğraşların sıradan insanlara göre olmadığını savunmaktadırlar (10,15,37). Teknoloji kullanımında rahatsızlık hisseden bireyler genellikle zorunda kalmadıkça bu tür ürün ve hizmetleri kullanmak istememekte, kullanmak durumunda

oldukları zaman ise başkalarından yardım alma eğilimine girmektedirler (49). Tsikriktsis (50), teknoloji konusunda rahatsız olan insanlar için bazı örnekler vermiştir:

- Teknolojik sistemlerin sıradan insanlar için tasarlanmadığını öne süren bireyler,
- Yeni teknoloji bir ürün ya da hizmetin kullanma talimatlarını anlamadığını öne süren bireyler,
- Teknolojik bir ürün ya da hizmet hakkında teknik desteğe ihtiyaç duyduklarında teknik destek ekibinin kendilerini kandıracağı inancına kapılan bireyler.

2.1.2.2.b. Güvensizlik: Güvensizlik boyutu, bireylerin teknolojik bir ürüne veya hizmete karşı güven eksikliği yaşadığı, teknolojinin düzgün çalışma ve görevini yerine getirme yeteneğinden şüphe duyduğu durumları kapsamaktadır. Bunun yanında güvensizlik, teknolojinin potansiyel olarak zararlı sonuçlar doğuracağına dair inançları da içermektedir (10). Şüpheyi yaklaştıkları, mesafe koydukları ve güvenmedikleri bir teknolojiyi kullanma noktasında hazır hissetmeyen ve isteksiz olan bireylerin, kullanım niyetleri ve yatkınlıkları da zayıf olmaktadır (46). Güvensizlik; teknolojik ürünleri ve hizmetleri kullanırken çeşitli risklerin var olduğuna inanma, kendini güvende hissetmeme ve yapılan işlemlerden şüphe duyma olarak nitelendirilmektedir (54,55). Teknolojik bağlamda güvensiz bireyler teknolojik ürün veya hizmetlerin çoğunlukla doğru çalışmadığını, en kritik zamanlarda arızalanacağını düşünmektedirler. Bu nedenle güvensizler teknoloji kullanımı konusunda hazır olmamakla birlikte mecbur kalmadıkça bu tür ürün ve hizmetleri kullanmama yoluna gitmektedirler (51). Tsikriktsis (50), teknoloji konusunda güvensiz olan insanlar için bazı örnekler vermiştir:

- Yalnızca internet üzerinden iş yapan bir yerle iş yapmayı düşünmeyen bireyler,
- İnternet üzerinden yapılan işlemlerin başarılı sonuçlar vermeyeceğini düşünen bireyler.

2.1.2.3. Güncellenmiş ve optimize edilmiş teknolojik hazır oluş endeksi -

TRI 2.0: 2000 yılında oluşturulan teknolojik hazır oluş ölçüm aracının ilk versiyonunda (TRI 1.0); toplam 36 madde yer almaktaydı. 2015 yılına gelindiğinde; hemen her hizmet

dalında devrim yaratan teknolojik gelişmeler, internet ve mobil cihaz penetrasyonundaki (yaygınlık oranı) olağanüstü artış ve benzeri faktörler, teknolojik hazır oluş endeksinin çağın gerekliliklerine uygun olarak güncellenmesini gerekli kılmıştır. Parasuraman ve Colby (18), halihazırda var olan endeksin 36 olan soru sayısını 16'ya düşürüp ölçek sorularını güncel ifadelerle revize ederek TRI 2.0'ı geliştirmişlerdir.

Araştırmacıların TRI 2.0'ın geliştirilmesinin altında yatan temel motivasyonlar şunlardır (18):

- Ölçüm aracının ilk versiyonunun artık yenilikçi olmayan bağlamlara atıfta bulunması,
- Değişen ve gelişen bir teknoloji ortamının öne çıkan etkilerini ölçüm aracına eklemek,
- Güncelliğini yitirmiş ölçek ifadelerinin uygulandığı katılımcıların sonuçlarının alaka düzeyinin düşmesi,
- Ölçeğin soru sayısını azaltıp ölçeği daha özlü ve derli toplu hale getirmek.

Teknolojik hazır oluş endeksinin, kullanıcılara (müşterilere) yönelik uygulanmasının öneminin yanında çalışanlara uygulanmasının önemi de büyüktür. Özellikle müşteri odaklı çalışanlar, yeni teknoloji tabanlı ürün ve hizmetleri sunarken kendilerini güvende ve rahat hissetmelidirler. Aksi takdirde moralleri ve üretkenlikleri düşebilmektedir. Çalışanların yeni teknolojilere yönelik tepkilerini anlamak, davranışlarını öngörmek, en az müşterilerin tepkilerini anlamak kadar önemlidir. Bu nedenle TRI 2.0'ın önemi hızla gelişen teknolojilerle doğru orantılı olarak artmaya devam etmektedir (18).

2.2. SAĞLIKTA DİJİTALLEŞME VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Gün geçtikçe gelişen teknoloji ve dijital çağın beraberinde getirdiği yenilikler sağlık alanında da belirgin ölçüde hissedilmeye başlamıştır. Sağlığa ilişkin bilgilerin ve olanakların dijital mecralardan elde edilebilecek hale gelmesi, e-sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Zira teknoloji ve dijitalleşme çağına ayak uydurabilecek bireylerin karar verme süreçlerinde ya da karşılaşılabilecekleri problemleri çözmede elde ettikleri bilgileri yoğun ve başarılı bir şekilde kullanabilmesi

gerekmektedir (1). E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin teknolojik cihaz ve uygulamaları kullanarak sağlıklarıyla ilgili doğru bilgilere ulaşmalarına, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri azaltmaya ve sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırmaya katkı sağlamaktadır (5).

E-sağlık okuryazarlığı kavramını daha net olarak açıklayabilmek için okuryazarlık, e-sağlık, sağlık okuryazarlığı gibi kavramların bilinmesi gerekmektedir. Bu bölümde öncelikle okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı kavramları hakkında genel bilgiler verilmiş, sağlıkta yaşanan dijitalleşme sürecinden ve e-sağlık kavramından bahsedilmiş, ardından e-sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili detaylı bilgilere yer verilmiştir.

2.2.1. Okuryazarlık Kavramı ve Kapsamı

Okuryazarlık kavramı, “bireylerin kendilerine ve topluma katkı sağlayabilecek şekilde okuma ve yazma bilme, kıyaslama yapabilme, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilme becerilerine sahip olma” şeklinde tanımlanmaktadır (56). Bir başka ifadeyle okuryazarlık, toplumdaki bilgileri, becerileri ve sosyal normları anlama, paylaşma, yorumlayabilme ve sonraki nesillere aktarma yeteneklerinin bütünüdür (57). Kişilerarası iletişimde önemli bir rol oynayan okuryazarlık, bireylerin etkisi altında kaldığı kültürle, tutumlarıyla, davranışlarıyla ve değer yargılarıyla şekil almaktadır. Dolayısıyla okuryazarlık okuma yazma biliyor olmanın çok daha ötesinde olan geniş kapsamlı bir kavramdır (58).

Okuryazarlığı iyi olan bireylerin günlük olayları daha iyi özümseyip anlamlandırabildiği ifade edilmektedir (59). Nitekim Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'nün (UNESCO) tanımına göre okuryazarlık, farklı türden kaynaklarla ilgili basılı, yazılı ve görsel materyalleri tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma ve hesaplama gibi becerilerin bütünüdür (60). Bilgi çağı olarak nitelendirilen günümüzde; okuryazarlık yalnızca okuyup anlamak ve uygulamak bağlamında değerlendirilmemekte, görsel ve interaktif bilgileri ve kitle iletişim araçlarının ilettiği mesajları anlamakta da bireylere katkı sunmaktadır (61). Okuryazarlık kavramının gelişimiyle birlikte zaman içerisinde bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı gibi kavramlar ortaya çıkmıştır (62). Bu kavramların yanında vazgeçilemez ve ertelenemez nitelikte olan sağlık hizmetleri bağlamındaki okuma, anlama ve uygulama becerileri ise sağlık okuryazarlığı adı altında kavramsallaştırılmaktadır. Zira her birey kendi

sağlığından sorumludur ve bu sorumluluk da sağlık ile ilgili bilgilerin doğru anlaşılıp hayata geçirilmesini gerektirmektedir (63,64). Okuryazarlık, sağlık ve refah seviyesinin önemli bir belirleyicisi konumundadır (65). Dolayısıyla okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlıkları da gelişme göstermektedir (66).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Kapsamı

Sağlık okuryazarlığı, insan hayatını doğrudan etkileme potansiyelinden ötürü en önemli okuryazarlık türlerinden birisi olarak kabul edilmektedir (67). İlk olarak 1974 yılında Scott Simonds tarafından kaleme alınan “Health Education as Social Policy” adlı çalışmada kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramının önemi günümüze yaklaştıkça giderek artmıştır (68). Kavramsal temelleri Nutbeam ve Wise (69) tarafından atılan sağlık okuryazarlığı, “Bireylerin sağlık bilgilerine ulaşması, bu bilgileri anlaması ve uygun davranışlar geliştirmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlığı Geliştirme Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı “Bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için her türlü bilgiye ulaşma, bu bilgileri anlama ve kullanma hususunda bilişsel-sosyal yetenekleri ve motivasyon düzeyleri” olarak tanımlanmıştır (70). Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise sağlık okuryazarlığını, “Sağlık hizmetleri ortamında ihtiyaç duyulan temel bilgileri ve görevleri uygulama yeteneği de dahil olmak üzere gerekli bilgiler topluluğu” olarak tanımlamıştır (71).

Literatürde yer alan tanımlar ve kapsadığı alanın önemi göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığı, bireylerin yaşam tarzını ve yaşam standartlarını iyileştirecek uygulamaları hayata geçirerek kişisel ve toplumsal sağlık düzeyini iyileştirmesi bağlamında önemlidir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yalnızca sağlık ile ilgili broşürleri, dergileri vb. okuyup anlamak demek değildir. Bireylerin edindikleri bilgiler ile yetkilenip kararlar alabilmesi ve bunun sonucunda sağlık çıktılarını iyileştirecek adımlar atması sağlık okuryazarlığının temellerindendir (70). Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin artan önemi, sağlık hizmetlerinin bireysel bazda önemsenmesi, sağlıklı ilgili bilgi paylaşımının yetersiz kalması ve sağlık harcamalarındaki yükseliş gibi sebepler sağlık okuryazarlığının önemini artıran unsurlardandır (72).

Sağlık okuryazarlığı hakkında oldukça fazla tanımlamanın mevcut olması, bu kavramın karmaşıklık derecesini de artırmıştır. Söz konusu durum da sağlık okuryazarlığının kategorize edilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Literatürde en yaygın sınıflandırma Nutbeam (73) tarafından yapılan sınıflandırmadır. Nutbeam (73),

sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, interaktif ve eleştirel olmak üzere üç farklı boyuta tabi tutmuştur.

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık ile ilgili konulardaki temel okuma ve yazma yetilerini ifade etmektedir. Sözlü ve yazılı sağlık kaynaklarını okuyup anlayabilme, sağlık ile ilgili tehlike ve risklerin farkında olma, sağlık hizmetlerinin kullanımı hakkında temel bilgilere sahip olma gibi becerilerden oluşan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlıklı beslenme, spor yapma, ilkyardım gibi temel sağlık konularını da kapsamaktadır (73,74). Fonksiyonel düzey sağlık okuryazarlığını açıklamada en basit basamak olduğundan dolayı bireyler bu aşamada her ne kadar temel sağlık bilgilerini anlıyor olsa da pasif konumdadır (73).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, bireylerin eldeki mevcut sağlık bilgilerini kullanarak sağlığını koruyucu davranışlar sergileme yeteneği, bir başka deyişle bildiklerini uygulama becerisidir. Dinamik sağlık koşullarına ayak uydurabilen bireyler, iletişim ve karar verme noktasında kendilerini geliştirmekte, sağlık çalışanlarıyla etkileşim kurarak bilgilerini yorumlamayabilmekte ve gerçek hayata dökebilmektedir (74,75). İletişim becerileri bu basamakta ön plana çıkmakta olup kişiler interaktif düzeyde yarı aktif konumdadır (73).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel bir şekilde analiz edebilme yeteneğini ifade etmektedir. Sağlık ile ilgili konularda karar verme noktasında ileri düzeyde bilişsel ve sosyal beceri gerektiren eleştirel sağlık okuryazarlığında, bireyler sahip oldukları bilgi birikimleriyle toplumsal sağlık çıktılarını geliştirebilmekte, sağlığın ekonomik ve politik ölçütlerini anlayabilmekte ve yorumlayabilmektedir (73). Bireyler bu basamakta aktif ve üretken bir yapı sergilemektedir (73,75).

Sağlık okuryazarlığı kişilerin alışlagelmiş yaşam tarzlarını ve koşullarını değiştirerek, bireysel ve toplumsal sağlık sonuçlarını iyileştirmek adına harekete geçtikleri bilgi, beceri ve güven düzeyine ulaşma durumudur (70). Bu nedenle yetersiz bir sağlık okuryazarlığı; daha sağlıksız bir yaşam, hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen sağlık eğitimlerinin anlaşılmasında, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eksiklikler, acil servis kullanımı ve hastane yatışlarında artış, hekim tavsiyelerine uymada problemler, ilaç kullanımında hatalar, sağlık harcamalarında artış, toplumsal yapının bozulması gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (70,76).

Sağlık okuryazarlığının en genel tanımı, Sørensen ve ark. (77) tarafından yapılmıştır. AMA, DSÖ gibi küresel çapta kuruluşların yaptığı tanımlar da dahil olmak üzere araştırmada 17 farklı sağlık okuryazarlığı tanımı analiz edilmiş, halk sağlığı bakış açısı da tanıma eklenerek sağlık okuryazarlığının tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Okuryazarlık ile bağlantılı olan; bireylerin günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerinin bütünüdür.”. Dolayısıyla sağlık okuryazarı bir birey; kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen faktörleri anlayan ve bunları nasıl değerlendirebileceğini bilen bireydir (77).

Günümüzde sağlık okuryazarlığının öneminin artmasında; sağlık hizmet sunumunda yaşanan gelişmeler, hizmet sunum kapasitesinin ve niteliğinin artması, bireylerin hizmet alımında tercih seçeneklerinin artması, bilgiye erişim olanaklarının artması gibi pek çok sebep etkili olmuştur (78). Sağlıkla ilgili bilgilere erişim, internetin yaygınlaşmasıyla birlikte kolaylaşmıştır. Nitekim sağlık hizmet sunumunda ve sağlıkla ilgili diğer süreçlerde de söz konusu dijitalleşme bağlamında önemli gelişmeler kaydedilmiştir. E-sağlık terimi adı altında kavramsallaştırılan bu süreç, sağlığı talep eden vatandaşlar ve arz edici konumundaki sağlık hizmet sunucuları da dahil olmak üzere tüm topluma sirayet etmiştir. Araştırma kapsamında e-sağlık okuryazarlığı kavramı tanımlanmadan önce, sağlık sektöründe yaşanan dijitalleşme sürecinden ve e-sağlık kavramından bahsedilmiştir.

2.2.3. Sağlıkta Dijitalleşme ve E-Sağlık Kavramı

Yirmi birinci yüzyılın başlarından itibaren nüfusun artışı ve bireylerin ihtiyaçlarının çoğalması, bilgi çağının ve dijitalleşme sürecinin daha net bir şekilde hissedilmesi sonucunu doğurmuştur. İşletmeler teknolojik gelişmelere her zamankinden daha duyarlı olmak durumunda kalmış, işletmelerin kendilerini çağa adapte edebilmek için güncellemeler yapmaları gereken süreler oldukça kısalmıştır. Günümüzde hemen her sektörde bilişim teknolojilerinden faydalanılmaktadır. Bu sektörlerin önde gelenlerinden birisi de sağlık sektörüdür (79). Sağlık sektörü, sunulan hizmetlerin karmaşıklığı, spesifik olması ve hata kaldırmaması gibi özelliklerinden ötürü toplumdaki en dinamik sektörlerden birisi konumundadır (80). Sağlık kurumlarının güncel kalması, dijitalleşen dünyaya ayak uydurmaları ile mümkündür. Sağlık kurumlarında kullanılan yeni

teknolojiler ve yöntemler; tedavi süreçlerinin, hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişimin, sağlığın korunması ile ilgili süreçlerin ve yönetsel süreçlerinin iyileşmesini sağlamaktadır. İnternet ve mobil teknolojilerin hızla gelişmesi sayesinde sağlık hizmetlerinde randevu, hasta takibi, raporlama gibi işlemler sanal mecralarda yapılmaya başlamış, fiziksel ihtiyaçlar minimize olmuştur (81). Sağlık hizmetlerinde yeni teknolojilerden faydalanılması, sağlığın dijitalleşmesinde önemli bir adımdır (82).

Son yıllarda meydana gelen yoğun nüfus artışı, ortalama insan ömrünün uzaması, bireylerin sağlık gereksinimlerinin artması, toplumun genel sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesi gibi sebepler sağlık sektöründe söz konusu dijital dönüşümün ortaya çıkmasının temel itici güçleri konumundadır (83,84). Dijitalleşen bir sağlık sisteminde; bireyler sağlık durumları üzerinde daha fazla öz kontrol sahibi olabilmekte, klasik hastane rutinlerinden ve karışık prosedürlerden uzaklaşma fırsatına sahip olabilmektedir. Örneğin hastane randevusu, muayene, tahlil sonuçları gibi süreçler internet ortamında gerçekleştirilebilmektedir (85,86). Sağlığın dijital dönüşümü hastaların bireysel işlemlerinin yanında hastanenin işleyiş ve yönetim kısmında da etkili olmuştur. Tüm hasta kayıtları ve laboratuvar sonuçları elektronik ortamlarda kaydedilmeye başlamış, böylelikle zaman ve malzemedeki büyük oranda tasarruf sağlanmıştır (87).

Dijital sağlık olanakları, sağlık hizmet sunumunun sistematik olarak dönüşmesini sağlamıştır. Teletıp ve mobil sağlık uygulamaları gibi çözümler hastaların çevrim içi bir şekilde gerekli hizmetleri almalarını sağlamış; böylelikle küreselleşen dünyada fiziki sınırlar aşılmıştır (88). Nitekim elektronik sağlık kayıtlarından mobil sağlık hizmetlerine, sağlıkta yapay zekâdan teletıp ve giyilebilir sağlık teknolojilerine, gelişmiş tanı cihazlarından büyük veri ve analitik teknolojilere kadar birçok çözüm sağlıkta meydana gelen dijital dönüşümün bir çıktısıdır (89). Sağlık hizmetlerinde yaşanan dijital dönüşüm, “e-sağlık” kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. E-sağlık (elektronik sağlık); sağlıkla ilgili dijitalleşen hizmet ve süreçlerde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı konusunda genel bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır (90).

Kavramsal temelleri ilk olarak Mitchell (91) tarafından atılan e-sağlık, pek çok kişi ve kurum tarafından kullanılan bir terim olduğundan dolayı kavramın genel bir tanımının yapılması güçtür. E-sağlık terimi en genel anlamıyla “sağlık hizmetlerinin kullanımı ve geliştirilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanılması” olarak

tanımlanmaktadır. Dolayısıyla e-sağlık, sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan zorluklarla başa çıkabilmek adına yenilikçi bir yaklaşımdır (92). T. C. Sağlık Bakanlığının tanımına göre e-sağlık; sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli şekilde sunulabilmesi, vatandaşların sağlığa erişiminin hızlanması ve ilgili paydaşlar ile veri paylaşımının sürdürülebilir olması için bilişim teknolojilerinin sağlık alanında kullanılmasıdır (93). E-sağlığın DSÖ tarafından yapılan tanımı ise şu şekildedir: Sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık eğitimi, sağlık bilgisi ve araştırması da dahil olmak üzere sağlık ve ilgili alanları desteklemek adına bilgi ve iletişim teknolojilerinin maliyet-etkin ve güvenli bir şekilde kullanılmasıdır (94).

Teknolojinin ve e-sağlık hizmetlerinin aktif olarak kullanılması, ülke ekonomilerinin ayakta kalması ve toplumun refah düzeyi açısından kritik bir öneme sahiptir. Dolayısıyla sağlık kurumları, sağlık hizmetlerine erişimi ve verimliliği artırmak için e-sağlık hizmet ve uygulamalarına giderek daha fazla önem vermektedir (95). Bu durum da sağlık bakım maliyetlerinin azalmasını, hizmet sunumunda ve kaynak dağılımında etkinliği, sağlık personelleri arasındaki iletişimin kalitesinin artmasını, ulaşım güçlüğü çeken hastaların çevrim içi sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini ve tüm vatandaşların sağlık ile ilgili gerekli bilgilere daha kolay erişebilmesini sağlamaktadır (96).

Türkiye'nin e-sağlık alanındaki durumuna değinilecek olursa, özellikle 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde sağlığın pek çok alanında önemli gelişmeler yaşanmış, Türk sağlık sektörü yeni bir yapılanma içerisine girmiştir. SDP ile birlikte uygulamaya konulan Sağlık Bilgi Sistemi (SBS) sayesinde program kapsamında diğer tüm bileşenler ile başarılı bir entegrasyon sağlanmış, e-sağlık hizmet ve uygulamalarının omurgası kurulmuştur (97). Türkiye'de kullanılmakta olan e-sağlık uygulamalarından öne çıkanlar ise şu şekilde sıralanabilir (98,99,219):

- E-Nabız: Bireylerin tüm sağlık verilerinin ve hastalık geçmişlerinin elektronik veri tabanlarında kaydedilmesi, kategorize edilmesi ve işlenmesi sonucunda elde edilen verilerin bulunduğu bir e-sağlık uygulamasıdır.
- İlaç Takip Sistemi: İlaç kupürlerinde yaşanan sahteciliğin önüne geçmek amacıyla tüm ilaçların etkin ve uygun fiyatlarla tüm vatandaşlara ulaştırılabilmesi için geliştirilmiştir.

- E-Reçete Uygulaması: İlaç Takip Sistemine benzer gerekçelerle ve kağıt karmaşasından kurtulmak maksadıyla, aynı zamanda ilaç alışverişinde olası hataların önüne geçmek amacıyla hayata geçirilmiştir.
- MEDULA Sistemi: Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) hastanelere, eczanelere ve bireylere sağladığı tüm bilgi akışlarının elektronik ortamda yönetilmesini sağlayan bir bilgi yönetim sistemidir.
- Organ Nakli Bilgi Sistemi: Organ nakli ve organ bağışı ile bilgi akışlarının yönetildiği sistemdir.
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi: Aile hekimliklerinin verdiği tüm sağlık hizmetlerinin kayıt altına aldığı, hastaya ait bir takım bilgilere erişilebilen, hekimlerin kendi takip etmesi gereken süreçleri takip edebildiği sistemlerdir.
- Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Halk arasında “ALO 182” olarak bilinen MHRS, bireylerin hastane ve aile hekimlerine randevu almalarının yanı sıra aşı randevusu almalarına da olanak tanımaktadır.
- Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi: Sağlık Bakanlığının tüm kaynaklarına ait verilerin kaydedildiği ve bu kayıtlar doğrultusunda çeşitli planlamaların ve yönetim süreçlerinin yürütülmesini sağlayan sistemdir.
- Sağlık-NET Platformu: Tüm e-sağlık uygulamalarına veri tabanı oluşturan, her türlü sağlık bilgisini gerekli prosedürlere uygun olarak toplayan ve bu bilgiler ile raporlar oluşturarak kişisel ve toplumsal bazda fayda sağlamayı amaçlayan bir elektronik veri saklama sistemidir.
- Hayat Eve Sığar (HES) Uygulaması: COVID-19 pandemi döneminde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen HES uygulaması, virüsün risklerini en aza indirgeyebilmek ve vatandaşları virüsün risklerine karşı bilgilendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu uygulama ile bireyler harita üzerinden bölgelerin virüs riski durumunu takip edebilmiş, kişiye özel aldıkları HES kodu sayesinde restoran, alışveriş merkezi gibi kapalı mekânlarda ve seyahatlerinde bu kodu kullanmışlardır.

Üç yılı aşkın süredir varlığını sürdüren COVID-19 pandemisinde önemi daha da artan e-sağlık, virüslerden kaynaklanan temasları en aza indirgeyen teknolojik olanakların kullanılmasını sağlamıştır. Teletıp ve telekonsültasyon yöntemleri ile uzaktan hasta takibi ve tedavisi mümkün hale gelmiş, sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki organizasyonu ve bilgi alışverişi güçlenmiştir (100). Sağlık kurumlarında tıbbi ve idari bilgilerin yönetimi ve takibi noktasında da büyük avantajlar sağlayan e-sağlık, hizmet sunum kalitesini, güvenilirliğini ve verimliliği artırmayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda sağlık kurumları elektronik olanaklardan faydalanarak verecekleri finansal kararlarda daha etkili ve başarılı sonuçlar elde edebilmektedir (101). Bu bağlamda e-sağlık; sağlık kurumlarının gelecekteki sağlık bakım politikalarını belirleme, hastaların artan sağlık beklentilerini karşılama, sağlık bakım maliyetlerini düşürme, sağlık personelinin motivasyonunu ve iş doyumunu üst seviyeye çıkarma, sağlık hizmetlerine erişimi hızlandırma, hizmet kalitesinin artırılması için paydaşlarla sürekli işbirliği yapma gibi konularda önemli bir teknolojik gelişmedir (102).

E-sağlığın genel amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (96,97,102-104):

- Hastalara daha fazla sorumluluk, güç ve bilgi vermek, böylece hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde daha etkin bir rol oynayabilmelerini sağlamak,
- Sağlık teknolojilerinin daha etkin bir şekilde kullanımını sağlayarak hasta-sağlık profesyoneli etkileşimini artırmak,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini artırmak,
- Hastalar açısından erişilebilirlik, hakkaniyet, eğitim gibi hususlarda; sağlık yöneticileri için ise veri analiz desteği, veri akışı, kaynak tasarrufu gibi konularda destek sağlamak,
- El yazısıyla okunması zor olan reçeteleri ve diğer belgeleri elektronik ortamda daha rahat okunabilir hale getirmek,
- Eczanelere, kayıt sistemlerine, laboratuvarlara vb. hızlı erişim imkânı sağlamak,
- Bürokrasiyi ve kırtasiye işlerini azaltmak,
- Gereksiz kullanımları ve suistimalleri önlemek,
- Tekrar eden siparişleri, testleri ve prosedürleri azaltmak,

- Sağlık hizmetlerine çoklu ve eş zamanlı erişim imkânı sağlamak,
- Sağlıklı yaşamı ve sağlıkla ilgili doğru kararlar alınmasını desteklemek,
- Koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyerek sağlık bakım maliyetlerini azaltmak,
- Tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayıp sağlık eşitsizliklerini minimize etmek.

E-sağlığın ortaya çıkardığı avantajlar ve internetin giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, vatandaşlar internet üzerinden daha fazla sağlık araştırması yapıp kendi sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgi ihtiyacı hissetmişlerdir (105). Özellikle sağlık hizmetlerinin bu bilgi ihtiyacına cevap verebilmesi ve etkinliğinin artırılması için teknolojiye olan bağımlılığının gün geçtikçe arttığı düşünüldüğünde; sağlık sisteminde meydana gelen bu elektronik ve dijital dönüşümün ortaya çıkarmış olduğu gelişmelerin başta sağlık profesyonelleri olmak üzere hastalar ve diğer tüm paydaşlar tarafından eksiksiz bir şekilde anlaşılması ve benimsenmesi gerekmektedir (106,107). Sağlıktaki dijitalleşmeden ve e-sağlığın sunduğu olanaklardan istenilen verimin alınabilmesi, ayrıca gelişen ve dönüşen sağlık bilgilerinin hastalar ve sağlık profesyonelleri tarafından iyi bir şekilde anlaşılabilmesi için ise e-sağlık okuryazarlığı kavramının önemi ortaya çıkmaktadır (108-110). Sanal ortamda sağlık ile ilgili bilgi edinme ihtiyacı olan bireyler ve e-sağlık hizmetlerine tam olarak entegre olmak amacıyla çalışan sağlık kurumları için e-sağlık okuryazarlığı kritik bir öneme sahiptir. Zira bilişim teknolojileri kullanımı ve sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler e-sağlık uygulamalarını kullanma ve bu uygulamalardan fayda sağlama noktasında problemler yaşamaya daha yatkındır (108). Araştırmanın bir sonraki başlığında, e-sağlık okuryazarlığı kavramı detaylı olarak ele alınmış, e-sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi, e-sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve e-sağlık okuryazarlığını ölçme ve değerlendirme yöntemleri incelenmiştir.

2.2.4. E-Sağlık Okuryazarlığı - Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve

Bilgi çağı olarak nitelendirilen günümüzde, gelişen teknoloji ile birlikte bireylerin kendi sağlıklarını etkin bir şekilde yönlendirmelerinin ve sağlıkları hakkında verimli kararlar alabilmelerinin önemi artmıştır (64). Bununla birlikte e-sağlık kaynakların çeşitlenmesi, bireylerin elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi arayışı, sağlığa ilişkin bilgilerin internet olanakları vasıtasıyla kolay ulaşılabilir olması ve bu bilgilerin kısa

yoldan pek çok ihtiyaca cevap verebilmesi ile sağlık okuryazarlığının elektronik boyutu ortaya konmuş, bireylerin kendi sağlıkları hakkında daha etkin ve bilinçli kararlar almaları kolaylaşmıştır (111). Bu durum üzerinde, internetin sağlık ile ilgili bilgi aramak için popüler bir araç haline gelmiş olmasının etkisi oldukça fazladır (112). Sağlık ile ilgili bilgiler, son yıllarda internette en çok aratılan konulardan biri haline gelmiştir (113). İnternet üzerinden erişilen sağlık bilgilerinin doğru bir şekilde anlaşılıp benimsenmesi ise kişilerin bu bilgileri doğru şekilde kullanmasına bağlıdır. Bireylerin internet üzerinden eriştikleri sağlık bilgileri doğru bir şekilde süzgeçten geçirilirse ve her birey bu bilgileri kendisiyle doğru şekilde ilişkilendirip yaşamına uygularsa edinilen bilgiler faydalı hale gelmektedir. İnternette edinilen sağlık bilgilerinin doğru kullanılması ise e-sağlık okuryazarlığı ile mümkün olmaktadır (114).

Günümüzde çevrim içi sağlık bilgi kaynaklarının çoğalması ile birlikte bireylerin bu geniş yelpazede doğru bilgileri seçme, algılama ve uygulama durumları daha da kritik bir hal almıştır (115). Zira çevrim içi olanaklarla elde edilen sağlık bilgileri, diğer kanallardan elde edilen bilgilerden farklı zorluklar barındırmaktadır. İnternet ortamında sürekli güncellenen sağlık bilgilerinin doğru kullanımı, çeşitli genişletilmiş becerileri gerektirmektedir. Bu beceriler ise e-sağlık okuryazarlığı kavramı ile açıklanmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklar kullanılarak sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama, yorumlama ve elde edilen sağlık bilgilerini bir sağlık sorununu ele almak ve çözmek için uygulama becerisi olarak tanımlanmaktadır (116).

Dijital olanakların her geçen gün arttığı günümüz çağında bireylerin fiziksel olarak sağlık profesyonellerine başvurmak yerine çevrim içi sağlık araştırmaları yaparak aradığı sorulara cevap bulmaya çalıştığı, bu araştırmaların temel sağlık bilgileri, sağlıklı beslenme gibi basit konulardan kronik hastalıklar, cerrahi müdahaleler gibi ciddi konulara kadar uzandığı ifade edilmektedir (117). Dolayısıyla internetin sunduğu olanaklar sınırsız ve kontrolsüz bir şekilde genişleyebildiği için sağlık bilgilerinin hızla çoğalması, bu bilgilerin doğruluğu konusunda soru işaretleri de uyandırabilmektedir. Bu nedenle internet üzerinden edinilen sağlık bilgilerinin doğruluğu çok önemlidir (111). Ayrıca internette yer alan bilgilerin denetleme imkânının kısıtlı olduğu ve sağlık ile ilgili bilgilerin de doğrudan insan hayatını etkilediği göz önüne alındığında e-sağlık okuryazarlığının önemi daha da belirginleşmektedir (3,118). E-sağlık okuryazarlığı ile

ilgili literatürde pek çok tanıma rastlamak mümkündür. Bu tanımlardan bazıları Tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2.1: E-sağlık okuryazarlığı tanımları

Yazar(lar)	Tanım
Norman ve Skinner (2)	Elektronik ve dijital kaynaklardan sağlık ile ilgili bilgileri arama, bulma, anlama, değerlendirme ve elde edilen sağlık bilgilerini bir sağlık problemini çözmek için kullanabilme becerileridir.
Bodie ve Dutta (119)	Yalnızca sağlıkla ilgili soruların yanıtlarını bulmak için internet kullanma yeteneği değil, aynı zamanda bulunan bilgileri anlamak, bilgilerin doğruluğunu değerlendirmek, web sitelerinin kalitesini ayırt etmek ve sağlığa ilişkin bilinçli karar vermek için internetteki kaliteli bilgileri kullanma yetenekleridir.
Chan ve Kaufman (120)	Bilgi alma stratejilerinde yeterlilik ve sağlık kavramlarını etkili bir şekilde iletme gibi teknoloji tabanlı sağlık araçlarıyla yürütülen üretken etkileşimler için gerekli olan bir dizi beceri ve bilgidir.
Neter ve Brainin (121)	İnsanların sağlık durumlarını ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için ortaya çıkan bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma yeteneğidir.
Werts ve Hutton-Rogers (122)	Çevrim içi olarak alınan sağlık bilgilerini toplama ve onları uygun bir şekilde işleme becerileridir.
Gilstad (123)	Bireylerin bir sağlık problemi hakkında bilgi edinme isteği, hastalıkları tanınması, araştırması, değerlendirmesi, elektronik kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanması, edindiği bilgileri sağlık sorunlarını eleştirel bir bakış açısıyla çözebilmesidir.
Bautista (124)	Hayat boyunca yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek amacıyla sağlık hizmetlerinin tüm bağlamlarında sağlık ile ilgili bilgileri aramak, elde etmek, kavramak, değerlendirmek, paylaşmak ve uygulamak için dijital teknolojilerin kullanımındaki bireysel ve toplumsal faktörlerin etkileşimidir.

Tablo 2.1 (devam)

Griebel ve ark. (110)	Dinamik ve bağlama özgü bir dizi bireysel ve sosyal faktörün yanı sıra, yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek amacıyla sağlık bilgilerinin tüm bağlamlarda aranması, edinilmesi, kavranması, değerlendirilmesi, iletilmesi, uygulanması ve oluşturulması için dijital teknolojilerin kullanımındaki teknolojik kısıtlamaların da dikkate alınmasını içeren becerilerdir.
Paige ve ark. (9)	Dinamik bağlamsal faktörlerin varlığında çevrim içi ortamlardan sağlık bilgilerini bulma, anlama, paylaşma, değerlendirme ve sağlığı korumak veya iyileştirmek amacıyla çevresel düzeylerde edinilen bilgileri uygulama becerisidir.

Sağlık bilgisi arayan kullanıcılar, internet ve bilgi teknolojileri vasıtasıyla bilgi ihtiyacını karşılasa, bu süreçte kullanıcının, sağlık ile ilgili bilgiler hakkında sergilediği tutum ve davranışlar o kişinin e-sağlık okuryazarlığı becerilerini oluşturmaktadır (125). E-sağlık okuryazarlığının temel amacı, sağlık ile ilgili bilgileri kolay ulaşılabilir hale getirmek ve böylelikle genel sağlık çıktılarını iyileştirmektir (122). Özellikle mobilitenin ve akıllı cihaz kullanımının arttığı, dolayısıyla e-sağlık hizmetlerinin kullanımının giderek önem kazandığı günümüzde, bireylerin sağlıklarıyla alakalı öz yönetimleri elektronik olanaklar ile daha efektif bir hale gelmektedir (126).

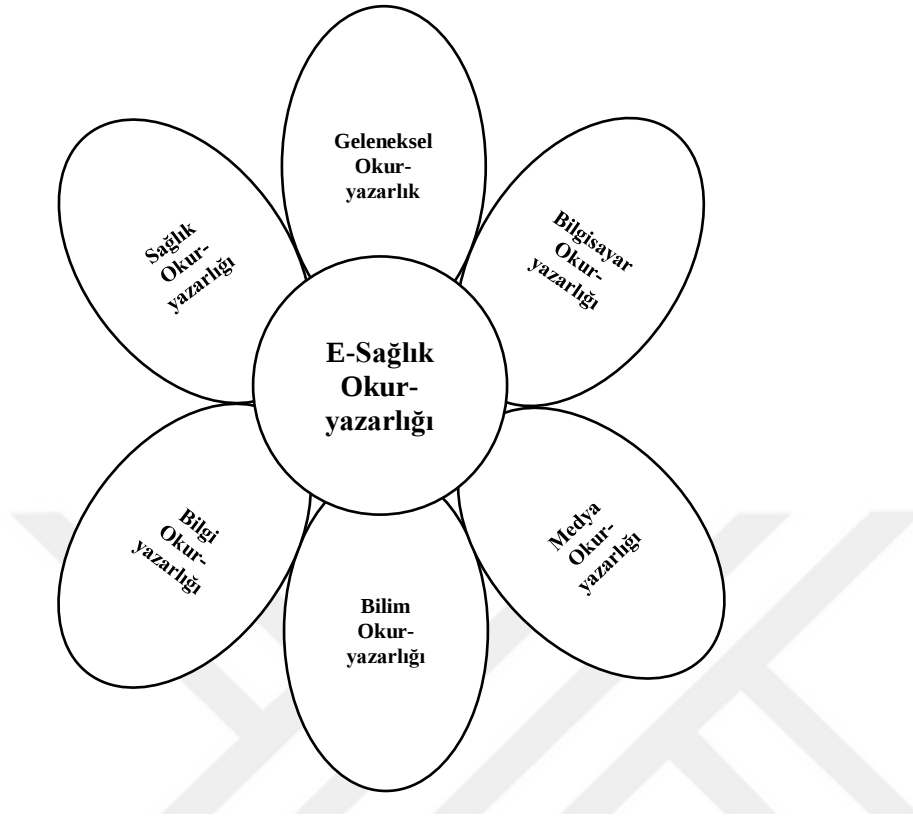
E-sağlık okuryazarlığının temel motivasyonu, sağlık ile ilgili bilgilerin teknolojik araçlar vasıtasıyla elde edilmesidir. Bu noktada da sağlık bilgilerinin mahremiyeti ve öznelliği ön plana çıktığından dolayı internetin esnek yapısı, hassasiyet derecesi yüksek bir sektör olan sağlıkta doğru bilgiye erişim noktasında e-sağlık okuryazarlığının önemine vurgu yapmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, bilişim teknolojilerini kullanarak doğru sağlık bilgilerini edinebilmekte, değerlendirebilmekte ve uygulayabilmektedir (127). Nitekim e-sağlık okuryazarlığı ile internet teknolojileri kullanımı arasında ciddi bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkide; internet teknolojilerinde yaşanan gelişmeler ve sosyal medyanın gelişimi gibi faktörlerden kaynaklı sağlık bilgisi arama davranışının artması temel belirleyici olmuştur. Son yıllarda internette sağlık ile ilgili bilgilerin miktarındaki artış, internetin kullanıcıların interaktif bir şekilde birbirleriyle sağlık bilgisi paylaşabileceği bir platform haline gelmesine katkı sağlamıştır (128). Sosyal medya aracılığıyla sağlık ile ilgili bilgi edinme ve farklı sağlık bilgilerini

de paylaşma imkânlarının artması ise, temel e-sağlık okuryazarlığı becerilerini gerektirmektedir (127). Bireyler üzerindeki potansiyel etkilerinin yüksek olması nedeniyle son yıllarda dikkat çeken kavramlardan biri olan e-sağlık okuryazarlığı, bireysel ve toplumsal bağlamda sağlık bilgi sistemlerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır. E-sağlık okuryazarlığı yüksek olan, dolayısıyla elektronik bağlamda güçlendirilmiş bireyler internet üzerinden sağlıkla ilgili ürün ya da hizmetleri araştırabilmekte, karşılaştırabilmekte, satın alabilmekte, bu ürün ya da hizmetler hakkındaki görüşlerini sosyal medya aracılığıyla servis edebilmekte ve hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi edinebilmektedirler (114,129).

E-sağlık okuryazarlığı; kişisel, sosyal ve çevresel şartların zamanla değişiklik göstermesiyle ve teknolojik yeniliklerin artmasıyla gelişen, süreç odaklı dinamik bir yetenektir. E-sağlık okuryazarlığı diğer okuryazarlık türlerinden farklı olarak, farklı okuryazarlık becerilerini bir araya getirerek e-sağlık olanaklarının geliştirilmesinde ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında öne çıkan bir okuryazarlık türüdür (2). Bir sonraki başlıkta e-sağlık okuryazarlığının içinde barındırdığı okuryazarlık türleri (e-sağlık okuryazarlığının bileşenleri) Norman ve Skinner (2) tarafından oluşturulan Zambak Modeli (Lily Model) çerçevesinde ele alınmıştır.

2.2.5. E-Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri - Zambak Modeli

E-sağlık okuryazarlığı kavramı, farklı becerilerin işlevsel bir bileşeni olduğundan sosyal, kültürel, ekonomik ve davranışsal faktörler dahil olmak üzere çok boyutlu faktörlerden oldukça etkilenmektedir (110). E-sağlık okuryazarlığı, diğer okuryazarlık türleri gibi anlama, yorumlama, değerlendirme gibi kavramları içinde barındırmakla beraber farklı okuryazarlık türlerini de içeren bir kavram olması nedeniyle diğer okuryazarlık türlerinden ayrılmaktadır (2). E-sağlık okuryazarlığını kuramsal bağlamda literatüre kazandıran ilk bilim insanları Norman ve Skinner (2)'dir. E-sağlık okuryazarlığının birçok bileşeni olduğunu ve temel olarak altı farklı okuryazarlık türünün etrafında şekillendiğini belirten Norman ve Skinner (2), bu modele Lily Model (Zambak Modeli) ismini vermişlerdir. Zambak modeli Şekil 2.7'de gösterilmiştir.



Şekil 2.7: E-sağlık okuryazarlığının bileşenleri - zambak modeli

Zambak Modeline göre altı gruba ayrılan e-sağlık okuryazarlığı bileşenleri şu şekilde özetlenebilir:

2.2.5.1. Geleneksel okuryazarlık: Geleneksel okuryazarlık; 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkan, en eski okuryazarlık türüdür. Herhangi bir metinde kullanılan harflerin çözülmesi ve anlamlandırılması ile temel okuma, yazma, anlama ve konuşma becerilerini ifade eden geleneksel okuryazarlık; salt bir okuma yazma yeteneğinden öte fikirleri, tecrübeleri, bilgileri anlamak ve paylaşmak üzere kültürel olarak mevcut sembolleri kullanma becerilerini kapsamaktadır (130,131). Daha çok yazılı metin okuma ve anlama üzerine temellenen geleneksel okuryazarlık, internette yer alan ve ihtiyaç duyulan e-sağlık konuları ile alakalı bilgi edinebilmek için gerekli olan becerilerin başında gelmektedir (2).

2.2.5.2. Bilgi okuryazarlığı: Bilgi okuryazarlığı; bilgiyi tanıma, elde etme, örgütleme, değerlendirme ve paylaşma becerilerini kapsayan geniş kapsamlı bir uğraşı alanı olarak ifade edilmektedir (132). Öğrenmenin temel taşı olarak nitelendirilen bilgi

okuryazarlığının en öne çıkan özelliği, diğer okuryazarlık becerilerini desteklemesi ve geliştirmesidir. Hatta bilgi okuryazarlığının diğer okuryazarlık türleri için bir ön şart olduğu, bilgi okuryazarlığının artırılarak diğer okuryazarlık türlerinin gelişmesinin mümkün olduğu ifade edilmektedir (133,134).

2.2.5.3. Medya okuryazarlığı: Medya okuryazarlığı; televizyon, radyo, bilgisayar, gazete, dergi ve reklamlardan elde edilen görsel ve işitsel sembollerden kişisel bir anlam çıkarma yeteneğidir. Medya okuryazarlığı; seçme, ayırt etme, sorgulama, olup bitenlerden haberdar olma, pasif ve savunmasız olmama becerileridir (135). Sağlık okuryazarlığı kavramı ile de ilişkilendirilebilen medya okuryazarlığı, medyadaki sağlık içeriklerini ve bu içeriklerin amaçlarını anlamlandırma noktasında önem arz etmektedir (136).

2.2.5.4. Sağlık okuryazarlığı: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerinin bütünü olarak nitelendirilmektedir (77). Bireylerin sağlıklarıyla ilgili optimum kararlar alabilmesi için ilgili sağlık terminolojisini anlamaları ve sağlık bilgilerini uygun bir çerçeveye oturtmaları gereklidir. Bu becerilere sahip olmayan bireyler, tanı ve tedavilere katılım sağlama noktasında zorluklar yaşayabilmektedir (2).

2.2.5.5. Bilgisayar okuryazarlığı: Bilişim teknolojilerinin hayatın hemen her alanında kullanılmakta olması, bilgisayar okuryazarlığı becerilerini adeta zorunlu kılmaktadır (137). Bilgisayar okuryazarlığı, her türlü problemi çözmek için bilgisayarları ve bilgisayar programlarını etkin kullanma becerisidir (2,138). E-sağlık kaynaklarına ulaşma açısından kritik bir öneme sahip olan ve yeni teknolojilere uyum sağlama noktasında kilit rol oynayan bilgisayar okuryazarlığı; web tarayıcısı penceresi açmak, sosyal medya uygulamalarını kullanmak gibi basit işlemlerden bilgisayar programı üretmek gibi kompleks işlemlere kadar her türlü beceriyi içermektedir (123,139).

2.2.5.6. Bilim okuryazarlığı: Bilim okuryazarlığı genel olarak; bilginin sistematığının, amaçlarının, yöntemlerinin, uygulamalarının, sınırlamalarının ve politikasının anlaşılması olarak nitelendirilmektedir (2). Yalnızca bilimsel fikir ve bilgilerin anlaşılmasıyla sınırlı olmayıp bunların uygulanması için gerekli istek ve

yetenekleri de kapsayan bilim okuryazarlığı; sağlık ile ilgili araştırma bulgularını uygun bir çerçeveye yerleştirerek bireylerin araştırma yaparken keşfettiklerini, araştırmanın sunacağı sınırlamaları ve fırsatları gözler önüne sermektedir (2,140).

Yukarıda sıralanan altı okuryazarlık türü, bireylerin e-sağlık ile ilgili deneyimlerini tam manasıyla optimize edebilmek için gereken temel becerileri bütünleşik olarak oluşturmaktadır. Bu altı okuryazarlık, e-sağlığın herhangi bir alanda düşük okuryazarlığa sahip olan bireylerin ne tür zorluklarla karşılaşacağını göstermektedir. Bireylerin e-sağlık kaynaklarından faydalanmak için belirtilen okuryazarlık türlerinde profesyonel düzeyde olması gerekme bile, bu okuryazarlıklar bağlamında en azından orta seviyede becerilere sahip olmadan e-sağlık katılımının pek mümkün olmayacağı söylenebilir (2).

2.2.6. E-Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

E-sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlık durumu, eğitim düzeyi, bilgi arama motivasyonu ve teknoloji kullanımından etkilenmektedir. Dolayısıyla statik değil, dinamik özellikler taşıyan e-sağlık okuryazarlığı, yeni teknolojilerin ortaya çıkmasıyla ve kişisel, toplumsal ve çevresel koşulların değişmesiyle zaman içerisinde dönüşen ve gelişen süreç odaklı bir beceridir (2). Literatürde e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalar; e-sağlık okuryazarlığını etkileme potansiyeli olan başlıca faktörlerin; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu ve kronik hastalık durumu olduğunu ifade etmektedir (61,78,141-158).

2.2.6.1. Yaş: Teknolojinin gelişim hızının son yıllarda iyice artması, teknolojik gelişmelerin ileri yaştaki bireyler tarafından benimsenmesini zorlaştırmaktadır (159). Öte yandan Eysenbach (160), bir konuda bilgiye en çok ihtiyacı olanların söz konusu bilgiye ulaşırken en çok zorluk çeken bireyler olduğunu belirtmektedir. İleri yaştaki bireylerin sağlık hizmetleri ve sağlık bilgisi konularında taleplerinin sıradan bireylere göre daha fazla olduğu göz önüne alındığında; yaş faktörünün e-sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu, genç bireylerin yaşlı bireylere göre daha fazla e-sağlık okuryazarı olduğu söylenebilir (121,153). Literatürde yaş ilerledikçe e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını gösteren araştırmalar (142,147,148,155,156,161) çoğunlukla mevcut olmakla birlikte yaş

değişkeniyle e-sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki olmadığını belirten araştırmalar (78,144,145) da mevcuttur.

2.2.6.2. Cinsiyet: Bireylerin sağlık ile ilgili bilgi arama davranışları incelendiğinde; kadın bireylerin internet, sosyal medya gibi mecralardan erkeklere oranla daha fazla araştırma yaptıkları ifade edilmektedir (162). Buna karşılık literatürde yer alan araştırmalarda cinsiyet ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiler istikrarlı değildir (121,163). E-Sağlık okuryazarlığı bağlamında cinsiyet farklılıklarının çeşitli boyutlarda ortaya çıkabileceği ileri sürülmüştür. Örneğin, kadınlar erkeklere göre daha fazla sağlık okuryazarı ve çevrim içi sağlık bilgisi arama konusunda daha deneyimli oldukları için kadınların e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha fazla olabileceği ifade edilmektedir (163). Öte yandan tam aksine, erkeklerin temel okuryazarlıkları daha yüksek ve internet kullanımı konusunda kendilerine güvenleri daha fazla olduğu için e-sağlık okuryazarlığı kadınlara göre daha yüksek olabilmektedir (163). Literatürdeki araştırma sonuçları incelendiğinde; kadın bireylerin erkeklere göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu belirten araştırmalar (149,164) ve tam aksine erkek bireylerin kadınlara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu belirten araştırmalar (116,153) mevcut olmakla birlikte cinsiyet değişkeniyle e-sağlık okuryazarlık düzeyi arasında ilişki olmadığını belirten araştırmalar (152,165) da mevcuttur.

2.2.6.3. Eğitim düzeyi: Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça, sağlık amaçlı genel teknoloji kullanım sıklığının ve bunun neticesinde e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin arttığı ifade edilmektedir (123). Dolayısıyla eğitim seviyesi yüksek olan bireyler e-sağlık kullanımı konusunda daha yatkındır. Düşük eğitim seviyesine sahip olan kişiler, çevrim içi sağlık kaynaklarını değerlendirme ve yüksek kaliteli ile düşük kaliteli kaynakları ayırt etme konusunda zorluklar yaşamaktadır (166). İlgili literatür incelendiğinde de genellikle ortaöğretim, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyindeki bireylerin, daha alt seviyedeki eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip oldukları görülmektedir (78,142,146,155,165,167).

2.2.6.4. Gelir düzeyi: Sosyoekonomik durum, teknolojiye ulaşma ve kullanma noktasında en önemli belirleyicilerden biridir (168). Nitekim hane halkı

geliri ile e-sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu, daha yüksek gelire sahip bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (153). Literatürde yer alan araştırmalar çoğunlukla; sosyoekonomik düzeyi düşük olan, dolayısıyla daha az bilgisayar deneyimi olan bireylerde e-sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğunu göstermektedir (142,157,164,167,169).

2.2.6.5. Çalışma durumu: Herhangi bir işte çalışan bireylerin internet kullanım oranlarının, çalışmayan bireylere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (170). İnternet kullanım yatkınlığıyla yakından ilişkili olan e-sağlık okuryazarlığı çalışan olma durumu çerçevesinde incelendiğinde, çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (155,157,171). Öte yandan bireylerin çalışma durumlarıyla e-sağlık okuryazarlığı arasından anlamlı bir ilişkinin tespit edilmediği araştırmalar da literatürde mevcuttur (78,144,146).

2.2.6.6. Kronik hastalık durumu: Kronik hastalıklara sahip bireyler, hastalık durumları ile ilgili olan karmaşık sağlık bilgilerini sıradan insanlara göre daha fazla arama potansiyeline sahiplerdir (172). Fakat yeterli e-sağlık okuryazarlığına sahip olmayan kronik hasta bireyler, internetten edindikleri sağlık bilgilerini yanlış anlama ve yorumlama tehlikesiyle daha fazla karşı karşıya kalabilmektedir. Literatürde kronik hastalıklara sahip olma durumu ile e-sağlık okuryazarlığını ilişkilendiren araştırmalardan ortaya çıkan sonuçlar incelendiğinde; kronik hasta bireylerin internet üzerinden hastalıklarıyla ilgili bilgi arama kapasitelerinin yetersiz olduğu ve kronik hastalığı bulunmayan bireylerin kronik hastalığa sahip bireylere göre e-sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (121,142,173).

2.2.7. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçümlenebilmesi için e-sağlık ile alakalı ifadelerin yer aldığı bir ölçüm aracı ile kullanıcıların test edilmesi gerekmektedir. Literatürde bireylerin e-sağlık okuryazarlık durumu ile ilgili ölçüm aracı geliştiren ilk bilim insanları Norman ve Skinner (116)'dır. Bu ölçüm aracı uzun yıllar kullanıldıktan ve çok sayıda ülkede kültürel uyarlamaları yapıldıktan sonra e-sağlık okuryazarlığını ölçümlemek adına farklı ölçüm araçları geliştirilmiştir. Geliştirilen başlıca e-sağlık okuryazarlığı ölçekleri, geliştiren bilim insanları, bu

ölçeklerin teorik çerçeveleri, geliştirilme motivasyonları ve kullanım amaçları Tablo 2.2’de açıklanmıştır. Ardından bu araştırma kapsamında kullanılacak olan etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği (178) hakkında detaylı bilgiler verilmiştir.

Tablo 2.2: Başlıca e-sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları ve özellikleri

Ölçüm Aracı (Kısa Adı)	Ölçeği Geliştirenler	Kuramsal Çerçeve	Kullanım Amacı
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS)	Norman ve Skinner (116)	E-sağlık okuryazarlığı bağlamında literatüre kazandırılan ilk ölçek olan E-Sağlık Okuryazarlığı ölçeği, Lily (Zambak) modelinde belirtilen altı bileşene (Geleneksel, bilgisayar, bilgi, sağlık, bilim ve medya okuryazarlığı) dayandırılmaktadır (2).	Ölçeğin kullanım amacı; tüketicilerin e-sağlık ile ilgili kullanım becerilerini ölçmek ve genel tahminlerde bulunmaktır (2).
Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (e-HLS)	Seçkin ve ark. (174)	E-sağlık okuryazarlığı; sağlık okuryazarlığı altyapısına dayandırılmış olup güven, eylem ve davranış olmak üzere üç farklı değişken üzerinden incelenmiştir (174).	Ölçek; bireylerin e-sağlık bağlamında bilinçli kararlar verebilmek için elektronik ortamdan elde ettikleri bilgileri değerlendirme, iletme ve kullanma ile ilgili becerilerini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır (174).
Genişletilmiş E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS-E)	Petrič ve ark. (175)	Araştırmada, sağlıkları hakkında daha aktif olduklarının kabulü gerekçesiyle, sağlık ile ilgili kurulmuş online platformların kullanıcıları üzerinde e-sağlık okuryazarlığı değerlendirmesi yapılmıştır (175).	Ölçeğin kullanım amacı; araştırma kapsamında değerlendirilen grubun sağlıkla ilgili çevrim içi bilgilere erişme, bunları anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini analiz etmektir (175).
E-Sağlık Okuryazarlığı Anketi (eHLQ)	Kayser ve ark. (176)	Araştırmanın teorik çerçevesi, Norgaard ve ark. (3) tarafından oluşturulan yedi boyutlu (1- Bilgiyi İşleme 2- Kendi Sağlığına Katkı Sağlama 3- Dijital Hizmetlerle Aktif Olarak Etkileşim Kurma 4- Güvende ve Kontrol Altında Hissetme 5- Dijital Hizmetlerle Etkileşim Kurma Motivasyonu 6- Çalışan Dijital Hizmetlere Erişim 7- Bireysel İhtiyaçlara Uygun Dijital Hizmetler) “E-Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi”ne dayandırılmıştır.	Ölçeğin kullanım amacı; araştırmacıları, geliştiricileri, tasarımcıları ve hükümetleri etkili dijital sağlık müdahaleleri geliştirmek, uygulamak ve değerlendirmek için desteklemektir (176).

Tablo 2.2 (devam)

E-Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (eHLA)	Karnoe ve ark. (177)	Lily (Zambak) modelinde belirtilen altı bileşenin yanı sıra E-Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi'nden de yararlanılmıştır (2,3).	Ölçek; bireylerin e-sağlık çözümlerini içeren projelere katılımının uygunluğunu taramak ve değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur (177).
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TeHLI)	Paige ve ark. (178)	Teorik çerçevesi Barnlund (181) tarafından kaleme alınan “Etkileşimsel İletişim Modeli” isimli modele dayanan ölçek, literatürdeki mevcut e-sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin e-sağlığın önemli bileşenleri olan “iletişim” ve “etkileşim”i yeteri kadar önemsemediğini ve ilgili modelin literatürdeki bu boşluğu doldurduğunu belirtmektedir. Bu doğrultuda ölçek e-sağlık okuryazarlığını; 1- Fonksiyonel 2- İletişimsel 3- Eleştirel 4- Dönüştürücü bağlamda ölçmektedir (9).	E-sağlık okuryazarlığının yalnızca internet üzerinden sağlık bilgilerine ulaşmak, bu bilgileri anlamak ve uygulamak ile sınırlı olmayıp bu bilgileri çevre ile paylaşmak, günlük hayata adapte edip uygulamak, dönüştürmek gibi önemli özelliklerini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuştur (178).

2.2.8. Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Modeli

E-sağlığın sunmuş olduğu olanaklar, giderek daha fazla hasta odaklı hale gelmekte ve hizmetlerde hasta katılımı artmaktadır (179). E-sağlığın bu evrimi, sağlık hizmet kullanıcılarının internette ve bilgisayar tabanlı platformlarda mevcut olan sağlık bilgileri ile etkileşime girmesini kolaylaştırmaktadır. E-sağlık, yalnızca internet ve teknoloji bazlı sağlık hizmetlerini değil, kullanıcıları arasındaki bilgisayar aracılı bilgi alışverişini de içermektedir (180). Bu doğrultuda; Paige ve ark. (9), Barnlund (181) tarafından oluşturulan “Etkileşimsel İletişim Modeli” isimli bir modelden yola çıkarak ve e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili bugüne kadar oluşturulmuş teorik modellerden de faydalanarak “Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Modeli (TMeHL)”ni ortaya çıkarmış, ardından literatürdeki e-sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının iletişimsel, sosyal ve etkileşimsel bağlamdaki boşluklarını doldurmak üzere “Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”ni (TeHLI) oluşturmuşlardır.

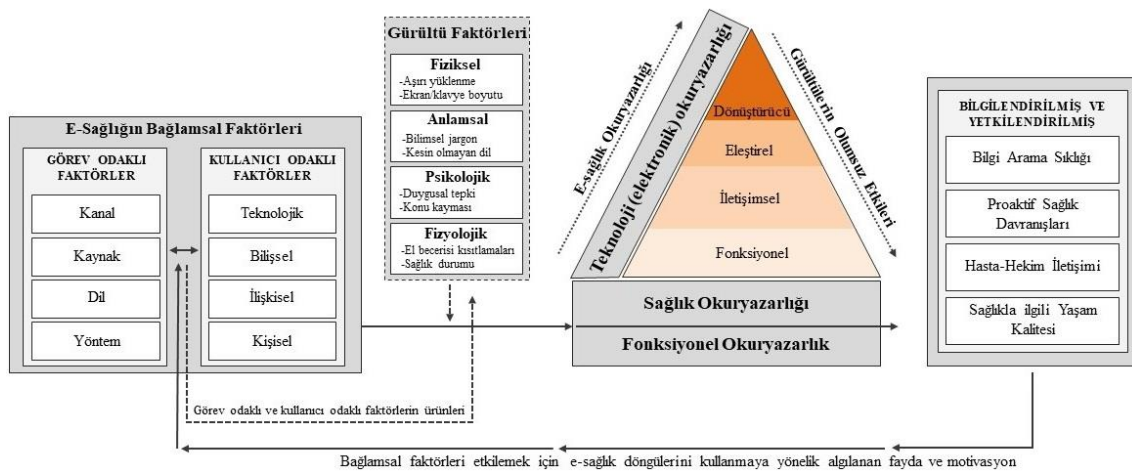
Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeli, Barnlund (181) tarafından oluşturulan Etkileşimsel İletişim Modelinden (TMC) yola çıkılarak oluşturulmuştur. TMC’ye göre, iki veya daha fazla varlık arasındaki iletişim; dinamik, süreç odaklı ve

yapılan işlemin içeriğine göre uyarlanmıştır. TMC, kişiler arası iletişimin akışkan bir durumda olduğu, iletişim kuran bireyler arasındaki alışverişin sürekli değiştiği ve karşılıklı olarak etkilendiği varsayımı altında çalışmaktadır. Öte yandan bilgi işlemi bir dizi bağlamsal faktör arasındaki etkileşime bağlıdır. Modele göre, iletişimde tarafların birbirlerine iletildiği mesajların anlaşılmasını engelleyen, belirsizliği şiddetlendiren faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler “gürültü” olarak isimlendirilmiştir. Gürültüye neden olan faktörler iletişim kuran bireyler ya da gruplar arasındaki bilgi aktarımına ve erişilebilirliğe müdahale etmekte, onların bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve iletme yeteneklerini kısıtlamaktadır. İnternette yer alan ve sürekli paylaşım halinde olan sağlık bilgilerinin, gürültüye neden olan faktörler ile birleştiğinde kullanıcılara sağlık ile ilgili bilgilerin anlaşılmasında ve iletiminde problemler yaşattığı ifade edilmekte; başarılı bir etkileşimsel iletişim ile gürültünün olumsuz etkilerine karşı koymanın mümkün olduğu belirtilmektedir (9).

Paige ve ark. (9)’nın etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modelini geliştirmelerindeki temel motivasyon, e-sağlığın etkileşimsel çağında e-sağlık okuryazarlığına yeni bir tanımlama getirip kavramsallaştırmak için teorik bir plan önermektir. TMC’nin temel varsayımlarından hareket eden model; elektronik ortamda sağlık ile ilgili bilgileri bulma, anlama, paylaşma, değerlendirme ve günlük hayatta uygulama becerilerinin yanında; bu işlemler esnasında ortaya çıkan gürültünün etkisine karşı koymaya dayalı bir beceri seti üretmeyi ve e-sağlığın literatürde eksik kalan iletişim unsurunu tanımlamayı amaçlamaktadır. Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeli ile birlikte teknoloji; e-sağlık kullanıcılarının sağlık hizmetlerinin çevresel özellikleri arasında eleştirel bir şekilde analiz ve tercüme yapabilecek sağlık bilgilerine erişmelerine ve bu bilgileri gündelik hayata uyarlamalarına yardımcı olan bir araç olarak nitelendirilmektedir. Model; e-sağlık okuryazarlığını sadece bireylerin teknoloji kullanım düzeyini ve kalitesini ölçen bir araç olarak değil, aynı zamanda bu kişilerin teknoloji ve internet aracılığıyla diğer kullanıcılar ile dinamik olarak sağlık bilgisi arama ve etkileşim kurarak bilgi alışverişi sağlama noktasındaki becerilerini ortaya koyan hiyerarşik bir beceri seti olarak nitelendirmektedir (9).

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığının tanımı şu şekildedir (9): Dinamik bağlamsal faktörlerin varlığında, çevrim içi ortamlardan sağlık bilgilerini bulma,

anlama, paylaşma, değerlendirme ve sağlığı korumak veya iyileştirmek amacıyla çevresel düzeylerde uygulama becerileridir. Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeline göre; e-sağlık okuryazarlığı yalnızca bir teknolojiyi ya da web tabanlı bir ortamı kullanma yeterliliği değil, aynı zamanda teknolojinin efektif bir şekilde kullanılmasına ve sağlık bilgilerinin işlenmesine engel olan gürültülerle karşılaşan e-sağlık kullanıcılarının bu gürültüleri bertaraf edip arzu ettikleri e-sağlık hedeflerine ulaşma kapasiteleridir (9).



Şekil 2.8: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeli (TMeHL)

Şekil 2.8’de belirtildiği üzere e-sağlık okuryazarlığını etkileyen bağlamsal faktörler; görev odaklı faktörler ve kullanıcı odaklı faktörler olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. Görev odaklı faktörlere mesaj türü, kaynak, kanal, dil vb. örnek verilebilirken kullanıcı odaklı faktörlere ise kişisel, teknolojik, bilişsel ve ilişkisel özellikler (eğitim, yaş, cinsiyet, sağlık bilgisi/bilgi edinme isteği vb.) örnek verilebilmektedir. Görev ve kullanıcı odaklı faktörlerin arasındaki etkileşimler, değişik düzeylerde fiziksel, anlamsal, psikolojik ve fizyolojik gürültüler üretmektedir. Gürültülerin etkileri ise, kullanıcılar tarafından internet tabanlı sağlık bilgilerinin doğru bir şekilde işlenmesini engelleyebilmektedir (9).

Fiziksel gürültüler; genel olarak kullanılan teknolojik cihazlar ile alakalı yaşanan zorluklardır (örneğin ekran boyutunun çok küçük olması ya da yeterince parlak olmaması, klavyenin çok küçük olması vb.). Anlamsal gürültüler; iki farklı e-sağlık kullanıcısı arasındaki, örneğin aşırı bilimsel jargondan ya da uzun cümlelerden

kaynaklı anlama dair zorluklardır. Psikolojik gürültüler; e-sağlık deneyimlerine verilen duygusal tepkileri içermektedir. Fizyolojik gürültüler ise; bir sağlık durumuna bağlı geçici veya kalıcı vücut tepkileridir (örneğin el becerisi kısıtlamaları, migren ağrısı vb.). Sonuç olarak, bir e-sağlık işlemindeki gürültüler, görev odaklı ve kullanıcı odaklı faktörler arasındaki etkileşimlerin bir sonucudur (9).

Modele göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe, e-sağlığın bağlamsal faktörlerinden kaynaklanan gürültülerin zararlı etkileri azalmaktadır (9). Dolayısıyla kullanıcılar bilgi ihtiyaçlarına, teknolojiye ve e-sağlığın sağladığı olanaklara daha aşina hale geldikçe web tabanlı sağlık bilgisi aramadaki yeterlilikleri de artmaktadır (121). Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modelinde, e-sağlık okuryazarlığı dört alt boyuta ayrılmıştır. Bunlar; fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığıdır. Bir e-sağlık kullanıcısı, internet üzerinden sağlık ile ilgili bilgileri başarılı bir şekilde paylaşmak, değerlendirmek ve uygulamak için bu becerilere sahip olmalıdır (9).

2.2.8.1. Fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı: Geleneksel bağlamda fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, “günlük durumlarda etkili bir şekilde işlev görebilmek adına okuma ve yazma konusunda yeterli temel beceriler” olarak tanımlanmaktadır (73). Kavram e-sağlık bağlamında incelendiğinde; bireylerin teknolojik cihazlar vasıtasıyla sağlık hakkında okuma ve yazma becerilerini belirlemek önem arz etmektedir. Bu bağlamda etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modelinde fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı; internette etkin bir şekilde işlev görmek için sağlık ile ilgili temel okuma ve yazma becerileri olarak tanımlanmıştır (9).

2.2.8.2. İletişimsel e-sağlık okuryazarlığı: Geleneksel bağlamda iletişimsel sağlık okuryazarlığı; sosyal becerilerle birlikte günlük etkinliklere aktif olarak katılmak, bilgi elde etmek, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak ve yeni bilgileri değişen koşullara göre uygulamak için kullanılabilen gelişmiş okuryazarlık becerilerini temsil etmektedir (73). Kavram e-sağlık bağlamında incelendiğinde ise; kişiler arası iletişim becerilerinin e-sağlık okuryazarlığına entegre edilmesinin, e-sağlığın sosyal yönünü anlamak için önemli olduğu ifade edilmektedir. Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modelinde iletişimsel e-sağlık okuryazarlığı; multimedya ile

sosyal çevrim içi ortamlarda kullanıcılarla sağlık konularında işbirliği yapma, uyum sağlama ve iletişimi kontrol etme becerileri olarak tanımlanmıştır (9).

2.2.8.3. Eleştirel e-sağlık okuryazarlığı: Geleneksel bağlamda eleştirel sağlık okuryazarlığı; bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etmek ve yaşam üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için sosyal becerilerle birlikte uygulanabilen ileri bilişsel becerileri temsil etmektedir (73). Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modelinde eleştirel e-sağlık okuryazarlığı; internette sağlık bilgilerini paylaşmanın ve elde etmenin güvenilirliğini, ilgililiğini ve risklerini değerlendirme becerileri olarak tanımlanmıştır (9).

2.2.8.4. Dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı: Bireylerin ne bildiği ile ne yaptığı arasındaki farkı ortaya koymak, sağlık okuryazarlığı bağlamında önemlidir. Zira sağlık ile ilgili kazanılan bir bilgiyi günlük yaşam bağlamında dönüştürmek, öğrenilenleri çeşitli uygulama ortamlarında ve koşullarında bilginin fiili uygulamasına taşıma sürecidir. Dolayısıyla elektronik kaynaklardan elde edilen sağlık bilgilerinin dönüştürülmesi, dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı becerilerine bağlıdır. Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modelinde dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı; internetten elde edilen sağlık bilgilerini çeşitli çevresel ortamlarda uygulama becerileri olarak tanımlanmıştır (9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın metodolojisi hakkında bilgiler verilmiştir. Araştırmanın amacı, tipi, evreni, örnekleme, örnekleme tekniği, etik kurul izni, veri toplama araçları, veri analiz yöntemleri, araştırmanın modeli, hipotezleri, kapsamı ve sınırlılıkları bu bölümde belirtilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

İlgili alanyazın incelendiğinde; teknolojik hazır oluş yaklaşımı ile etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı kavramlarını ilişkilendiren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Öte yandan e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili çok sayıda araştırmaya rastlanmakla birlikte literatürdeki tüm araştırmaların 2006 yılında Norman ve Skinner (2) tarafından geliştirilen e-sağlık okuryazarlığı modeli çerçevesinde şekillendiği görülmektedir. Bu araştırmada ise e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarını ortaya koyan model olan etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeli (9) kapsamında e-sağlık okuryazarlığı fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü bağlamlarda ele alınmış, bireylerin teknolojik hazır oluşlarını belirleyen motive edici (teknolojiye karşı iyimserlik ve yenilikçilik) ve engelleyici (teknolojiye karşı rahatsızlık ve güvensizlik) faktörlerin e-sağlık okuryazarlığı üzerindeki ve e-sağlık okuryazarlığının bahsedilen dört boyutu üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Bu bağlamda çalışmanın amacı, bireylerin yeni teknolojileri benimseme ve kullanma eğilimi olarak nitelendirilen teknolojik hazır oluşlarını meydana getiren motive edici ve engelleyici faktörlerin, e-sağlık okuryazarlığının fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü boyutlarını nasıl ve ne ölçüde etkilediğini ortaya koymaktır. Böylelikle teknolojiye daha aşina olan bireylerin e-sağlık olanaklarını kullanmada daha başarılı olup olmadıklarının, tam aksine teknoloji kullanımı noktasında sorun yaşayan bireylerin e-sağlık olanaklarını kullanmada daha başarısız olup olmadıklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık sektöründe gün geçtikçe artan teknolojik yenilikler bağlamında vatandaşların bu yeniliklere ne ölçüde hazır olduklarını, e-sağlık hizmetlerini anlama ve kullanma noktasındaki yetkinliklerini ve teknolojik bağlamda hazır olan kişilerin aynı zamanda e-sağlık okuryazarı olup olmadığını tespit etmeyi hedefleyen bu araştırma, aynı

zamanda literatürde teknolojik hazır oluş ve etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı kavramlarını ilişkilendirecek ilk çalışma olması bakımından önemlidir.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kapsamında yurt dışında geliştirilmiş bir ölçeğin Türkçe validasyonu, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapıldığından bu araştırma metodolojik bir araştırmadır; ayrıca belli bir olgunun varlığını açıklamaya çalıştığı için de tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ VE ÖRNEKLEME YÖNTEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul’da yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 nüfus verilerine göre, İstanbul’da yaşayan 18 yaş ve üzeri kişi sayısı 11.982.494’tür (182). Dolayısıyla evrenin tamamına ulaşmak olanaksız olduğundan evreni temsil edebilecek örneklem kullanılmıştır. Araştırmanın evreni bilinmediğinde ya da çok büyük olduğu durumlarda örneklem sayısının %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla 384 kişi olarak belirlenmesi önerilmektedir (183). Dolayısıyla araştırma kapsamında pilot çalışma için toplanacak anketler hariç en az 384 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem seçimi, İstanbul’da yaşayan yetişkin bireyler arasından kartopu örnekleme yöntemi ile yapılmış olup araştırmanın ön testi için 200, daha sonrasında ise 506 kişiye ulaşılarak toplamda 706 kişiye anket yaptırılmıştır. Anket formu kapsamında yer alan ve anket sorularını özensiz dolduran katılımcıların tespit edilmesine olanak sağlayan iki adet kontrol sorusunu yanlış işaretleyen, anketi eksik ve/veya yanlış dolduran katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZNİ

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’nun 21.09.2022 tarih ve 12125 sayılı onayına istinaden yürütülmüştür (EK-1).

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama maksadıyla anket formu kullanılmıştır. Anket formunda; “Sosyodemografik Veri Formu”, “Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği” ve “Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” isimli soru formları veri toplama amacıyla

katılımcılara yöneltilmiştir. Anket soruları EK-2’de belirtilmiştir. Bu bölümde ayrıca; araştırma kapsamında bir ölçek uyarlaması yapılacağından dolayı etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması ile ilgili de bilgiler verilmiştir.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu; araştırmacı tarafından oluşturulan; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb. soruların yanında çalışılan konunun gerektirdiği, e-sağlık ve teknoloji kullanımı ile ilgili soruların da yöneltildiği bir soru formudur. Bu araştırmada sosyodemografik veri formu toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği

Teknolojik hazır oluş ölçeği, bireylerin teknolojik cihaz, uygulama veya süreçleri kullanma noktasındaki hazır oluşlarını belirleme amacı gütmektedir. Parasuraman (10) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması Özer ve ark. (184) tarafından yapılmıştır. 2015 yılında Parasuraman ve Colby (18), teknolojik hazır oluş ölçeğinin soru sayısı azaltılmış ve güncelleştirilmiş bir versiyonunu yayımlamışlardır. Güncellenmiş yeni ölçeğin Türkçeye uyarlanması ise Öngel ve ark. (1) tarafından gerçekleştirilmiştir. Güncel ölçüm aracı; iki ana boyut, dört alt boyut ve 16 maddeden oluşmaktadır. İlk ana boyut olan motive edici faktörler; iyimserlik ve yenilikçilik; diğer ana boyut olan engelleyici faktörler ise rahatsızlık ve güvensizliktir. Her alt boyuta ait dörder soru bulunmaktadır. 5’li Likert tipinde düzenlenen ölçüm aracının her ifadesinin cevapları 1 - “Kesinlikle Katılmıyorum”, 2 - “Katılmıyorum”, 3 - “Kararsızım”, 4 - “Katılıyorum”, 5 - “Kesinlikle Katılıyorum” şeklindedir.

3.5.3. Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği, Paige ve ark. (178) tarafından geliştirilmiştir. Literatürde mevcut bulunan diğer e-sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının eksik kalan yönü olan “iletişim” faktörü üzerine temellendirilen ölçüm aracı; e-sağlık becerilerinin yalnızca elektronik ortamda sağlık bilgilerini arayıp kullanabilme yeteneğinden ibaret olmadığını, bireylerin bu bilgileri etrafındaki kişilerle paylaşıp etkileşim yaratabilmelerinin daha önemli olduğunu, ayrıca çevrim içi kaynaklar arasındaki bilgi alışverişinin sürekli ve dinamik bir olgu olduğunu belirtmektedir. Nitekim 2006 yılında e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatürdeki ilk ölçüm aracını

geliştiren yazarlardan biri olan C. D. Norman, 2011 yılında yayımladığı makalesinde, özellikle sosyal medyanın gelişmesiyle birlikte e-sağlık okuryazarlığının etkileşimsel doğasına daha çok dikkat çekilmesi gerektiğini belirtmiştir (185). Bu doğrultuda Paige ve ark. (9) tarafından geliştirilen etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı modeli çerçevesinde e-sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü boyutlarda inceleyen etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği, dört boyut ve toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel ve dönüştürücü boyutlar dörder, iletişimsel ve eleştirel boyutlar beşer soru içermektedir. 5’li Likert tipinde düzenlenen ölçüm aracının her ifadesinin cevapları 1 - “Kesinlikle Katılmıyorum”, 2 - “Katılmıyorum”, 3 - “Kararsızım”, 4 - “Katılıyorum”, 5 - “Kesinlikle Katılıyorum” şeklindedir.

3.5.3.1. Ölçek uyarlama süreci ve aşamaları: Ölçek uyarlama süreci birbirini takip eden çeşitli aşamalardan meydana gelmektedir (186). Bu aşamalar aşağıda açıklanmıştır:

3.5.3.1.a. Ölçeğe duyulan gereksinimin tespit edilmesi: E-sağlık okuryazarlığı, 2006 yılında kavramsallaştıktan sonra pek çok araştırmaya konu olan bir kavramdır. E-sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçüm aracını literatüre kazandıran ilk bilim insanları Norman ve Skinner (116)’dır. Araştırmacılar; yaklaşık on yıl boyunca pek çok araştırmada kullanılan ve çok sayıda ülkenin kültürü üzerinde test edilen e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin güncelliğini yitirmeye başladığını, bunun nedeninin ise ölçeğin e-sağlığın gelişen dinamik ve sosyal doğasını yeteri kadar dikkate almaması olduğunu belirtmektedirler (124,187). Öte yandan çeşitli ampirik kanıtlar, e-sağlık okuryazarlığı tanımlarının ve modellerinin teorik temellerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Bu durum da e-sağlığın sosyal bağlamını güçlü bir biçimde yansıtan güncellenmiş yeni bir tanım, model ve ölçüm aracı geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Paige ve ark. (178), geliştirdikleri etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile e-sağlık okuryazarlığını sadece bireylerin teknoloji kullanım düzeyini ve kalitesini ölçen bir araç olarak değil, aynı zamanda bu kişilerin teknoloji ve internet aracılığıyla diğer kullanıcılar ile dinamik olarak sağlık bilgisi arama ve etkileşim kurarak bilgi alışverişi sağlama noktasındaki becerilerini ortaya koyan hiyerarşik bir beceri seti olarak nitelendirmekte; iletişimi, e-sağlık deneyiminin eleştirel (değerlendirici) ve dönüştürücü (uygulayıcı) unsurlarını etkileyen bir beceri olarak kabul etmektedir. Bu araştırma kapsamında literatürdeki çoğu e-sağlık okuryazarlığı araştırmasında kullanılan E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’ni (116)

kullanmak yerine, Paige ve ark. (178) tarafından geliştirilen etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türk toplumuna uyarlama çalışmasının yapılmasına ve araştırmanın bağımsız değişkenini temsil eden teknolojik hazır oluşun etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin tespit edilmesine karar verilmiştir.

3.5.3.1.b. Ölçeği geliştiren yazar(lar)dan izin alınması: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının yapılabilmesi için ölçeğin geliştirildiği araştırmanın sorumlu yazarı olan Samantha Rose Paige'ye ölçek kullanım izni ile ilgili e-mail gönderilmiştir. Yazardan olumlu geri dönüşün alınmasının ardından ölçüm aracıda yer alan ifadelerin çeviri çalışmalarına başlanmıştır (Ölçek kullanım izinleriyle alakalı e-maillerin ekran görüntüleri EK-3'te belirtilmiştir.).

3.5.3.1.c. Ölçeğin çeviri süreci için gerekli çeviri ekibinin kurulması: Ölçekte yer alan ifadelerin Türkçeye çevrilmesi, Türkçeye çevrilen ifadelerin yeniden İngilizceye çevrilip çevrilen ifadelerle ölçeğin orijinal halinin karşılaştırılması, gerekli düzenlemelerin yapılması ve ölçeğin dil ve kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi adına, Türkçe ve İngilizce dillerine hakim, sağlık bilimleri ve sosyal bilimler alanlarında uzman altı akademisyenin görüşlerine başvurulmuştur.

3.5.3.1.d. Ölçeğin çeviri işleminin yapılması: Ölçekte yer alan ifadeler; yazar, tez danışmanı ve İngilizce dilinde eğitim veren bir akademisyen tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Çeviri işlemi yapılırken ifadelerin cümle kalıplarını birebir çevirmek yerine, ifadenin Türkçe diline en uygun ve en anlaşılabilir şekilde çevrilmesine özen gösterilmiştir. Ölçekte yer alan 18 ifade Türkçe diline çevrildikten sonra, Türkçe ve İngilizce dillerine hakim, sağlık bilimleri ve sosyal bilimler alanlarında uzman altı akademisyene ölçek ifadelerinin ve çevirilerinin olduğu form iletilerek çevirisi yapılan cümlelerin orijinal ifadeyi ne kadar yansıttığını sormak adına akademisyenlerden her ifadenin çevirisini 1'den 5'e kadar (1- Hiç uygun değil, 2- Uygun değil, 3- Ne uygun ne değil, 4- Uygun, 5- Tamamen uygun) puanlandırmaları istenmiş, ayrıca çevirilerle ilgili farklı görüş ve önerileri var ise yazılı olarak belirtmeleri rica edilmiştir.

3.5.3.1.e. Çevirisi yapılan ölçeğin tekrar orijinal diline çevrilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması: Görüşlerine başvurulmuş akademisyenlerin sunmuş olduğu öneriler doğrultusunda, Türkçeye çevrilmiş ölçek soruları üzerinde gerekli revizyonlar yapılmıştır. Ardından yine yazar, tez danışmanı ve İngilizce dilinde eğitim veren bir akademisyen tarafından ifadeler İngilizceye tekrar çevrilmiştir. İfadelerin ölçeğin orijinal

ifadeleriyle büyük ölçüde örtüştüğü tespit edilmiş, dil ve kapsam geçerliliği sağlandıktan sonra yapı geçerliliği aşamasına geçilmiştir.

3.5.3.1.f. Çevrilen ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak için faktör analizlerinin yapılması: Çevirisi yapılan ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak amacıyla ön test (pilot çalışma) için ulaşılan 200 kişilik örneklem grubundan sağlanan verilerle faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizleri ile ilgili detaylar, araştırmanın Bulgular kısmında verilmiştir.

3.5.3.1.g. Çevrilen ölçeğin güvenirlik analizlerinin yapılması: Ölçeğin güvenirliğinin tespit edilmesi adına, ölçek 5'li Likert tipinde oluşturulduğu için Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı kullanılarak ön test için ulaşılan 200 kişilik örneklem grubundan sağlanan verilerle güvenirlik analizi yapılmıştır (188). Cronbach's Alpha Katsayısı 0 ila 1 arasında değerler almakta ve bu değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenirliği artmaktadır. Ölçek güvenirlik değerleri;

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise güvenilir değil;
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise güvenirliği düşük;
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise oldukça güvenilir;
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (189).

Güvenirlik analizleri ile ilgili detaylar ve ölçeğin diğer testlerinin ayrıntıları araştırmanın Bulgular kısmında verilmiştir.

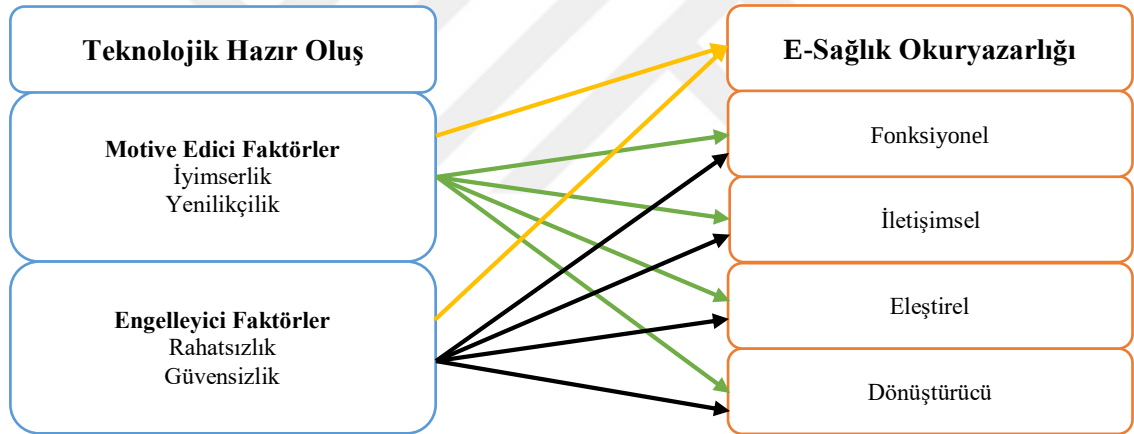
3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın veri analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25 paket programı ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerini, ölçüm araçlarına verilen yanıtların ortalamalarını, standart sapmalarını, çarpıklık ve basıklık değerlerini belirlemeye yarayan frekans analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının uygun örneklemlemlerle test edilip edilmediğini, örneklem sayısının yeterliliğini ve ölçüm araçlarının uygun faktörlere dağılıp dağılmadığını sınamak için faktör analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının güvenirliğinin ve katılımcıların cevaplarının uygunluğunun tespit edilebilmesi için ise güvenirlik analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizinde, araştırmada kullanılan ölçüm araçları 5'li Likert tipli olduğundan dolayı Cronbach's Alpha katsayısı

kullanılmıştır (188). Katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle teknolojik hazır oluş ve etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılabilmesi için Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü ANOVA testleri yapılmıştır. Bireylerin teknolojik hazır oluşları ile e-sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkilerin tespit edilebilmesi amacıyla korelasyon analizi, bireylerin teknolojik hazır oluş düzeylerinin e-sağlık okuryazarlıklarına etkisinin tespit edilmesi amacıyla ise regresyon analizi yapılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Araştırma kapsamında; teknolojik hazır oluş modelinde belirtilen motive edici ve engelleyici faktörlerin, e-sağlık okuryazarlığının fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü boyutlarına olan etkisi ele alınmıştır. Söz konusu bağlamda araştırmanın modeli Şekil 3.1’de belirtilmiştir.



Şekil 3.1: Araştırmanın kavramsal modeli

Araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

H_{1a,b,c}: Yaş değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{2a,b,c}: Cinsiyet değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{3a,b,c}: Medeni durum değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{4a,b,c}: Eğitim durumu değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{5a,b,c}: Meslek değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{6a,b,c}: Aylık gelir durumu değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{7a,b,c}: İnternette aylık sağlık araştırması sıklığı değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{8a,b,c}: Günlük bilgisayar kullanım sıklığı değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{9a,b,c}: Günlük akıllı telefon kullanım sıklığı değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{10a,b,c}: Kronik hastalık değişkenine göre teknolojik hazır oluşun motive edici (a) ve engelleyici (b) faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı (c) düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₁: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik, e-sağlık okuryazarlığını artırmaktadır.

H₁₂: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik, fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığını artırmaktadır.

H₁₃: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik, iletişimsel e-sağlık okuryazarlığını artırmaktadır.

H₁₄: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik, eleştirel e-sağlık okuryazarlığını artırmaktadır.

H₁₅: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçilik, dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığını artırmaktadır.

H₁₆: Teknolojik hazır oluşu belirleyen engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizlik, e-sağlık okuryazarlığını azaltmaktadır.

H₁₇: Teknolojik hazır oluşu belirleyen engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizlik, fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığını azaltmaktadır.

H₁₈: Teknolojik hazır oluşu belirleyen engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizlik, iletişimsel e-sağlık okuryazarlığını azaltmaktadır.

H₁₉: Teknolojik hazır oluşu belirleyen engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizlik, eleştirel e-sağlık okuryazarlığını azaltmaktadır.

H₂₀: Teknolojik hazır oluşu belirleyen engelleyici faktörler olan rahatsızlık ve güvensizlik, dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığını azaltmaktadır.

3.8. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Araştırmanın kapsamını, İstanbul’da ikamet eden 18 yaş ve üzeri Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları; Türkiye’nin geri kalan 80 ilindeki vatandaşların ve 18 yaş altı bireylerin araştırmaya dahil edilmemesi ve araştırmaya katılan kişilerin öğrenim durumu sorgulanırken en son mezun olunan eğitim kurumu baz alındığından kişilerin devam eden eğitim durumu hakkında bilgi edinilememesidir. Öte yandan özensiz, eksik ya da yanlış doldurulan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, analiz edilen verilerden elde edilen bulgular ele alınmıştır. Araştırma kapsamında öncelikle etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ön test bulguları incelenmiştir. Ön test kapsamında ulaşılan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin analiz edilmesi için frekans analizi, ölçeğin faktör dağılımını ve güvenilirliğini test etmek için faktör analizi ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ardından ana örneklem üzerinde gerekli istatistiksel testler gerçekleştirilip ortaya çıkan sonuçlar belirtilmiştir.

4.1. ETKİLEŞİMSEL E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASININ ÖN TEST BULGULARI

Paige ve ark. (178) tarafından geliştirilen etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türk toplumu üzerinde uygulanması için, öncelikle Türkçeye çevrilen ölçek ifadelerinin katılımcılar tarafından tam manasıyla anlaşılabilmesi gerekmektedir. Bunun için 200 kişi üzerinde bir ön test gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ön testi için 200 katılımcıya ulaşılmasının nedeni Türkçeye uyarlanacak olan etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin 18 soru içermesinden dolayı literatürde kabul gören “madde sayısı x 10” (190) formülüne dayanarak en az 180 katılımcının gerekliliğidir. Öte yandan faktör analizi için gereken sınır değerin 200 katılımcı olduğu ifade edilmektedir (191). Ön test için veri toplanırken, katılımcıların yaş, cinsiyet, çalışma durumu gibi özellikler bağlamında homojen dağılım göstermesine özen gösterilmiştir.

4.1.1. Ön Test - Sosyodemografik Özellikler İçin Frekans Analizi

Araştırmanın ana örneklemine ulaşılmadan önce ön test maksadıyla 200 katılımcıdan anket verisi toplanmıştır. Araştırma kapsamında katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu, internetten aylık sağlık araştırması sıklığı, günlük bilgisayar ve akıllı telefon kullanım sıklığı ve kronik hastalık durumu değişkenleri incelenmiştir. Her bir değişkene ait kategoriler, frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Ön test - sosyodemografik özellikler için frekans analizi

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-24	65	%32,5
	25-31	50	%25
	32-38	23	%11,5
	39 ve üzeri	62	%31
Cinsiyet	Kadın	98	%49
	Erkek	102	%51
Medeni Durum	Evli	92	%46
	Bekâr	108	%54
Eğitim Durumu	İlkokul	6	%3
	Ortaokul	6	%3
	Lise	64	%32
	Üniversite	123	%61,5
	Yüksek Lisans/Doktora	1	%0,5
Meslek ve Çalışma Durumu	Emekli	14	%7
	Öğrenci	51	%25,5
	Ev Hanımı	11	%5,5
	İşçi	32	%16
	Memur	55	%27,5
	Esnaf	9	%4,5
	Serbest Çalışan	14	%7
	Çalışmıyor	8	%4
	Diğer	6	%3
Aylık Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Azdır	69	%34,5
	Gelirim Giderime Eşittir	83	%41,5
	Gelirim Giderimden Fazladır	48	%24
İnternette Aylık Sağlık Araştırması Sıklığı	Hiç Yapmıyorum	36	%18
	Ayda 1-3 Kez	93	%46,5
	Ayda 4-6 Kez	44	%22
	Ayda 7-9 Kez	8	%4
	Ayda 10 Kez ve Daha Fazla	19	%9,5
Günlük Bilgisayar Kullanım Sıklığı	Bu Cihaza Sahip Değilim	59	%29,5
	0-3 Saat	72	%36
	4-7 Saat	37	%18,5
	8-11 Saat	26	%13
	12 Saat ve Üzeri	6	%3
Günlük Akıllı Telefon Kullanım Sıklığı	Bu Cihaza Sahip Değilim	0	%0
	0-3 Saat	81	%40,5
	4-7 Saat	71	%35,5
	8-11 Saat	40	%20
	12 Saat ve Üzeri	8	%4
Kronik Hastalık Durumu	Var	39	%19,5
	Yok	161	%80,5

Ön test kapsamında verisine başvuru alan 200 katılımcıya ait sosyodemografik özellikler incelendiğinde; katılımcıların yarıdan fazlasının (%57,5) 31 yaş ve altı olduğu görülmektedir. Cinsiyet değişkeninde önemli bir üstünlüğün olmadığı (Kadın: %49, Erkek: %51) tabloda katılımcıların %54'ünün bekâr, %61,5'inin üniversite mezunu, %58'inin ise çalışan bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir. Aylık gelir durumlarını deklare eden katılımcılar çoğunlukla gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtirken

(%41,5), katılımcıların %46,5'i sağlık ile ilgili internet üzerinden ayda 1-3 defa araştırma yaptıklarını ifade etmişlerdir. Genel olarak günde 3 saate kadar bilgisayar (%36) ve akıllı telefon (%40,5) kullanan katılımcıların %80,5'i herhangi bir kronik hastalığa sahip değildir.

4.1.2. Ön Test - Faktör Analizi ve Güvenilirlik Analizi

Ana örneklem üzerinde yapılacak testlerden önce, etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin uygun örneklemlemlerle test edilip edilmediğini belirlemek ve ölçüm aracında yer alan ifadelerin doğru faktörlere yükleme yapıp yapmadığını test etmek için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonuçlarının değerlendirilmesinde Hair ve ark. (190) tarafından uygun görülen ve literatürde yaygın olarak kabul edilen sınır değerler kullanılmıştır. Bu sınır değerler Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü için $>0,70$; Bartlett's Küresellik Testi için $p < 0,05$; faktör yükleme skorları için ise $>0,40$ 'tır. Faktör analizinde ölçüm aracında yer alan maddelerin uygun faktörlere dağılıp dağılmadığını ölçmek adına Varimax rotasyon tekniğinden faydalanılmıştır. Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ön testi için faktör analizi sonuçları Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ön testinin faktör analizi sonuçlarının yer aldığı tablolardaki değerler incelendiğinde; KMO değeri 0,890 ve Bartlett's Küresellik Testinin p değeri 0,000 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda orijinal ölçekte olduğu gibi dört faktöre ayrılan ölçekte; "İletişimsel" boyuttaki İL1 kodlu ilk ifade alakasız bir faktöre yükleme yaptığından dolayı, benzer şekilde yine "İletişimsel" boyuttaki İL3 kodlu ifade ise birden fazla faktöre yükleme yaptığından dolayı bu ifadelerin katılımcılar tarafından yeterince anlaşılmadığına kanaat getirilmiştir.

Tablo 4.2: Ön test faktör analizi - KMO ve Bartlett's testi sonuçları

KMO ve Bartlett's Testi		
KMO Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü	0,890	
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	1769,199
	Serbestlik Derecesi	153
	p	0,000

Tablo 4.3: Ön test faktör analizi - döndürülmüş bileşen matrisiyle faktör skorları ve dağılımları

Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Varimax Rotasyonu)				
	Bileşen			
	Fonksiyonel	Eleştirel	Dönüştürücü	İletişimsel
İL1) İnternette, başkalarının sağlıkla ilgili işlerini yapmalarına yardımcı olurken aynı zamanda kendi işlerimi de yapabilirim.	0,782			
F2) İnternet üzerinden sağlıkla ilgili temel bilgilere nasıl erişeceğimi bilirim.	0,778			
F4) Herhangi bir kişiye internette sağlıkla ilgili temel bilgilerin nasıl bulunacağını anlatabilirim.	0,768			
F1) İnternette edindiğim temel sağlık bilgilerini kendi kelimelerimle özetleyebilirim.	0,734			
F3) Sağlık ihtiyaçlarımı anlatan mesajlar yazmak için bilgisayar kullanabilirim.	0,647			
E3) Sağlıkla ilgili bir internet sitesinin kişisel sağlık bilgilerimi paylaşmak için güvenilir olup olmadığını ayırt edebilirim.		0,824		
E5) Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan internet kullanıcılarının güvenilirliğini nasıl değerlendireceğimi bilirim.		0,779		
E2) İnternetteki sağlık bilgilerinin sahte olup olmadığını ayırt edebilirim.		0,724		
E1) Herhangi bir internet kullanıcısının sağlıkla ilgili güvenilir bir bilgi kaynağı olup olmadığını ayırt edebilirim.		0,692		
E4) İnternetteki bilgilerin sağlık ihtiyaçlarımla alakalı olup olmadığını ayırt edebilirim.		0,594		
D3) Sağlığım hakkında bilinçli bir karar vermek için internetteki bilgileri kullanabilirim.			0,794	
D4) Benimle alakalı konular hakkında bilgi edinmek için interneti kullanabilirim.			0,770	
D2) İnterneti, sağlığımı daha iyi hale getirmek için bir araç olarak kullanabilirim.			0,757	
D1) Sağlığımı olumlu yönde nasıl yöneteceğimi öğrenmek amacıyla interneti kullanabilirim.			0,616	
İL5) Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan diğer internet kullanıcılarıyla kişisel bağlantılar kurabilirim.				0,846
İL4) İnternette sağlık ile ilgili sohbetlere katkıda bulunabilirim.				0,830
İL2) İnternet üzerinden sağlık konuları hakkında aynı anda birden fazla kullanıcıyla konuşabilirim.	0,444			0,563
İL3) İnternette sağlık ile ilgili bir konuşmanın hangi duygusal ses tonunda olduğunu ayırt edebilirim.	0,495			0,559

Ana örnekleme uygulanacak olan ankette, yapılan ön test sonucunda yanlış faktöre yüklenen İL1 kodlu ifade ve birden fazla faktöre yükleme yapan İL3 kodlu ifadenin, yapılacak nihai analizlerin sonunda daha sağlıklı sonuçlar vermesi adına Türkçe

çevirilerinin güncellenmesine karar verilmiştir. “İnternette, başkalarının sağlıkla ilgili işlerini yapmalarına yardımcı olurken aynı zamanda kendi işlerimi de yapabilirim.” ifadesini içeren İL1 kodlu ifade, “Diğer insanların internette sağlıkla ilgili bilgi ihtiyaçlarını karşılarken, kendi sağlık ihtiyaçlarımla ilgili de bilgi edinebilirim.” şeklinde revize edilmiştir. Benzer şekilde; “İnternette sağlık ile ilgili bir konuşmanın hangi duygusal ses tonunda olduğunu ayırt edebilirim.” ifadesini içeren İL3 kodlu ifade, “İnternette birisiyle sağlık hakkında konuşurken, karşımdaki kişinin hangi duygusal tonda konuştuğunu anlayabilirim.” şeklinde revize edilmiştir. İL2 kodlu ifade de iki farklı faktöre yükleme yapmış ancak çevirisi ile alakalı herhangi bir eksiklik ya da yanlışlık olmadığına ve ifadenin revizyon gerektirmediğine kanaat getirilmiştir.

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ön test bağlamında güvenilirliğinin ve katılımcıların cevaplarının uygunluğunun tespit edilebilmesi için ise güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde, ölçüm aracı 5’li Likert tipinde geliştirildiğinden dolayı Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılmıştır (188).

Tablo 4.4: Ön test güvenilirlik analizi

Güvenilirlik İstatistikleri	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
0,906	18

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ön testinin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 4.4’te verilmiştir. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s Alpha değeri 0,906 olarak tespit edilmiş olup ölçüm aracının yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilebilir (189).

Ön test sonuçları, ölçüm aracının ana örnekleme uygulanabilmesi açısından yeterince güvenilir ve uygun olduğunu göstermektedir. Ön test amaçlı ulaşılan örneklem üzerinde yapılan faktör ve güvenilirlik analizi sonucunda yapılması gereken düzenlemeler yapıldıktan sonra revize edilen anket formu katılımcılara uygulanmış, gerekli sayıya ulaşıldıktan sonra ana örneklem üzerinde analizler yapılmıştır.

4.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İÇİN FREKANS ANALİZİ

Ön test sonucunda ana örnekleme uygulanmasında herhangi bir problem bulunmadığı anlaşılan anket kapsamında toplam 706 kişiye ulaşılmış ve anket yaptırılmıştır. Araştırma kapsamında katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu, internetten aylık sağlık araştırması sıklığı, günlük bilgisayar ve akıllı telefon kullanım sıklığı ve kronik hastalık durumu değişkenleri incelenmiştir. Her bir değişkene ait kategoriler, frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Sosyodemografik özellikler için frekans analizi

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-24	305	%43,2
	25-31	157	%22,2
	32-38	87	%12,3
	39 ve üzeri	157	%22,2
Cinsiyet	Kadın	415	%58,8
	Erkek	291	%41,2
Medeni Durum	Evli	250	%35,4
	Bekâr	456	%64,6
Eğitim Durumu	İlkokul	13	%1,8
	Ortaokul	13	%1,8
	Lise	262	%37,1
	Üniversite	347	%49,2
	Yüksek Lisans/Doktora	71	%10,1
Meslek ve Çalışma Durumu	Emekli	21	%3
	Öğrenci	262	%37,1
	Ev Hanımı	25	%3,5
	İşçi	93	%13,2
	Memur	170	%24
	Esnaf	24	%3,4
	Serbest Çalışan	46	%6,5
	Yönetici	14	%2
	Çalışmıyor	23	%3,3
	Diğer	28	%4
Aylık Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Azdır	228	%32,3
	Gelirim Giderime Eşittir	284	%40,2
	Gelirim Giderimden Fazladır	194	%27,5
İnternetten Aylık Sağlık Araştırması Sıklığı	Hiç Yapmıyorum	88	%12,5
	Ayda 1-3 Kez	313	%44,3
	Ayda 4-6 Kez	176	%24,9
	Ayda 7-9 Kez	38	%5,4
	Ayda 10 Kez ve Daha Fazla	91	%12,9
Günlük Bilgisayar Kullanım Sıklığı	Bu Cihaza Sahip Değilim	134	%19
	0-3 Saat	285	%40,4
	4-7 Saat	138	%19,5
	8-11 Saat	130	%18,4
	12 Saat ve Üzeri	19	%2,7

Tablo 4.5 (devam)

	Bu Cihaza Sahip Değilim	0	%0
Günlük Akıllı Telefon Kullanım Sıklığı	0-3 Saat	205	%29
	4-7 Saat	280	%39,7
	8-11 Saat	173	%24,5
	12 Saat ve Üzeri	48	%6,8
Kronik Hastalık Durumu	Var	126	%17,8
	Yok	580	%82,2

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin çoğunlukla genç nüfusu temsil eden 18-24 yaş arası bireylerden oluştuğu görülmektedir (%43,2). Bunun yanı sıra %58,8'ini kadınların ve %64,6'sını bekâr bireylerin oluşturduğu katılımcıların %59,3'ü lisans ve lisansüstü eğitime sahip kişilerden oluşmaktadır. Toplam %53,1'ini çalışan bireylerin oluşturduğu katılımcıların %37,1'inin öğrenci olduğu görülmektedir. Aylık gelir durumlarını paylaşan katılımcılar çoğunlukla gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtirken (%40,2), katılımcıların %44,3'ü sağlık ile ilgili internet üzerinden ayda 1-3 defa araştırma yaptıklarını ifade etmişlerdir. Genel olarak günde 3 saate kadar bilgisayar (%40,4) ve günde 4-7 saat arası akıllı telefon (%39,7) kullanan katılımcıların %82,2'si herhangi bir kronik hastalığa sahip değildir.

4.3. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN FAKTÖR VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Araştırmanın ana örneklemini üzerinden elde edilen veriler için; ilk olarak teknolojik hazır oluş ölçeğinin, ardından etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin uygun örneklerle test edilip edilmediklerini belirlemek ve ölçüm araçlarında yer alan ifadelerin doğru faktörlere yükleme yapıp yapmadığını tespit etmek için faktör analizi yapılmıştır. Ölçüm araçlarının güvenilirliğinin ve katılımcıların cevaplarının uygunluğunun tespit edilebilmesi için ise güvenilirlik analizi yapılmıştır.

4.3.1. Teknolojik Hazır Oluş Ölçeğinin Faktör ve Güvenilirlik Analizleri

706 katılımcı üzerinde test edilen teknolojik hazır oluş ölçeğinin faktör ve güvenilirlik analizi bulguları Tablo 4.6, Tablo 4.7 ve Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.6: Teknolojik hazır oluş ölçeği faktör analizi - KMO ve Bartlett's testi sonuçları

KMO ve Bartlett's Testi		
KMO Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü	0,787	
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	2739,060
	Serbestlik Derecesi	120
	p	0,000

Tablo 4.7: Teknolojik hazır oluş ölçeği faktör analizi - döndürülmüş bileşen matrisiyle faktör skorları ve dağılımları

Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Varimax Rotasyonu)				
	Bileşen			
	İyimserlik	Yenilikçilik	Güvensizlik	Rahatsızlık
İ2) Teknoloji, benim için daha fazla hareket özgürlüğü sağlar.	0,811			
İ3) Teknoloji, günlük yaşantımı daha fazla kontrol altında tutmamı sağlar.	0,781			
İ4) Teknoloji, kişisel hayatımda daha üretken olmamı sağlar.	0,767			
İ1) Teknolojik yenilikler yaşam kalitemi artırır.	0,747			
Y1) Diğer insanlar yeni teknolojiler hakkında tavsiye almak için bana danışır.		0,786		
Y2) Genellikle arkadaş çevremde yeni çıkan teknolojiyi ilk edinenler arasında olurum.		0,737		
Y3) Genellikle son teknoloji ürün ve hizmetleri başkalarının yardımı olmadan kullanabilirim.		0,676		
Y4) İlgi alanıma giren teknolojik gelişmeleri takip ederim.		0,659		
G3) Aşırı derecede teknoloji kullanımı kişiler arası etkileşimi azaltarak ilişkilerin kalitesini düşürür.			0,825	
G2) Aşırı derecede teknoloji kullanımı insanların dikkatini önemli ölçüde dağıtır.			0,783	
G1) İnsanlar işlerini yapma/yaptırma konusunda teknolojiye aşırı derecede bağımlıdır.			0,609	
G4) Yalnızca internet üzerinden erişilebilen bir yerle iş yaparken kendimi güvende hissetmiyorum.			0,544	
R3) Bazen, teknolojik sistemlerin sıradan insanların kullanımı için tasarlanmadığını düşünüyorum.				0,732
R4) Son teknolojik ürünler hakkında sade bir dille yazılmış kılavuzların olmadığını düşünüyorum.				0,704
R2) Anlayacağım şekilde açıklama yapmadıkları için teknik destek hatlarını faydalı bulmuyorum.				0,608
R1) Teknoloji konusunda teknik destek alırken, destek veren kişilerin benden faydalanacağından şüphe duyarım.				0,559

Faktör analizi sonuçlarının yer aldığı tablolardaki değerler incelendiğinde; KMO değeri 0,787 ve Bartlett's Küresellik Testinin p değeri 0,000 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda orijinal ölçekte olduğu gibi dört faktöre ayrılan ölçekte tüm ifadeler ölçeğin orijinal halindeki faktörlerine birebir yerleştiğinden ve tüm ifadelerin faktör yükleri 0,40'ın üzerinde olduğundan dolayı herhangi bir ifade elemesi yapılmamıştır.

Tablo 4.8: Teknolojik hazır oluş ölçeği - güvenilirlik analizi

Güvenilirlik İstatistikleri	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
0,689	16

Teknolojik hazır oluş ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 4.8'de verilmiştir. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,689 olarak tespit edilmiş olup ölçüm aracının oldukça güvenilir olduğu ifade edilebilir (189).

4.3.2. Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Faktör ve Güvenilirlik Analizleri

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği üzerinde, ön test sonucunda yanlış faktöre yüklenen ve revize edilen İL1 kodlu ifade, ana örneklem üzerinde yapılan faktör analizi sonucunda yine yanlış faktöre yüklenmiş, sonuç olarak İL1 kodlu ifade analiz dışı bırakılmıştır. Bir madde elemesi yapılan ve 706 katılımcı üzerinde toplam 17 ifade üzerinden analize tabi tutulan etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin faktör ve güvenilirlik analizi bulguları Tablo 4.9, Tablo 4.10 ve Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.9: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği faktör analizi - KMO ve Bartlett's testi sonuçları

KMO ve Bartlett's Testi	
KMO Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü	0,915
	Yaklaşık Ki-Kare
	5634,754
Bartlett's Küresellik Testi	Serbestlik Derecesi
	136
	p
	0,000

Tablo 4.10: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği faktör analizi - döndürülmüş bileşen matrisiyle faktör skorları ve dağılımları

Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Varimax Rotasyonu)				
	Bileşen			
	Eleştirel	Fonksiyonel	Dönüştürücü	İletişimsel
E3) Sağlıkla ilgili bir internet sitesinin kişisel sağlık bilgilerimi paylaşmak için güvenilir olup olmadığını ayırt edebilirim.	0,811			
E2) İnternetteki sağlık bilgilerinin sahte olup olmadığını ayırt edebilirim.	0,796			
E5) Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan internet kullanıcılarının güvenilirliğini nasıl değerlendireceğimi bilirim.	0,733			
E1) Herhangi bir internet kullanıcısının sağlıkla ilgili güvenilir bir bilgi kaynağı olup olmadığını ayırt edebilirim.	0,720			
E4) İnternetteki bilgilerin sağlık ihtiyaçlarımla alakalı olup olmadığını ayırt edebilirim.	0,665			
F2) İnternet üzerinden sağlıkla ilgili temel bilgilere nasıl erişeceğimi bilirim.		0,779		
F3) Sağlık ihtiyaçlarımı anlatan mesajlar yazmak için bilgisayar kullanabilirim.		0,730		
F1) İnternette edindiğim temel sağlık bilgilerini kendi kelimelerimle özetleyebilirim.		0,705		
F4) Herhangi bir kişiye internette sağlıkla ilgili temel bilgilerin nasıl bulunacağını anlatabilirim.		0,685		
D3) Sağlığım hakkında bilinçli bir karar vermek için internetteki bilgileri kullanabilirim.			0,808	
D2) İnterneti, sağlığımı daha iyi hale getirmek için bir araç olarak kullanabilirim.			0,787	
D4) Benimle alakalı konular hakkında bilgi edinmek için interneti kullanabilirim.			0,754	
D1) Sağlığımı olumlu yönde nasıl yöneteceğimi öğrenmek amacıyla interneti kullanabilirim.			0,563	
İL5) Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan diğer internet kullanıcılarıyla kişisel bağlantılar kurabilirim.				0,833
İL4) İnternette sağlık ile ilgili sohbetlere katkıda bulunabilirim.				0,824
İL2) İnternet üzerinden sağlık konuları hakkında aynı anda birden fazla kullanıcıyla konuşabilirim.				0,623
İL3) İnternette sağlık ile ilgili bir konuşmanın hangi duygusal ses tonunda olduğunu ayırt edebilirim.				0,480

Faktör analizi sonuçlarının yer aldığı tablolardaki değerler incelendiğinde; KMO değeri 0,915 ve Bartlett's Küresellik Testinin p değeri 0,000 olarak tespit edilmiştir. Ölçüm aracında yer alan ifadeler olması gereken faktörlere yükleme yaptığından ve faktör yükleri 0,40'ın üzerinde olduğundan dolayı İL1 kodlu ifade haricinde herhangi bir madde elemesi yapılmamıştır.

Tablo 4.11: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği - güvenilirlik analizi

Güvenilirlik İstatistikleri	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
0,907	17

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 4.11'de verilmiştir. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,907 olarak tespit edilmiş olup ölçüm aracının yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilebilir (189).

4.4. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık) Tablo 4.12 ve Tablo 4.13'te verilmiştir. Bu tablolardaki verilerden hareketle, veri setindeki dağılımların normal olduğunu söylemek mümkündür. Zira Hair ve ark. (190)'na göre bir veri setindeki dağılımın normalliğine karar vermek için o veri setindeki çarpıklık ve basıklık değerlerine bakmak gerekir. Çarpıklık değerleri -2 ile +2, basıklık değerleri ise -7 ile +7 arasında ise dağılımın normal olduğu söylenebilir. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının çarpıklık ve basıklık değerleri söz edilen sınır değerler içerisinde olduğundan dolayı dağılımların normal olduğu söylenebilir. Buradan hareketle ölçüm araçlarına ilişkin grupsal farklılıklar analiz edilirken normal dağılım şartlarında uygulanan parametrik testler olan Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü ANOVA Testi kullanılmıştır.

Teknolojik hazır oluş ölçeğine dair tanımlayıcı istatistiklerin yer aldığı Tablo 4.12'ye göre; motive edici faktörlerin genel ortalaması 3,5172 olup engelleyici faktörlerin genel ortalaması 3,3337 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin teknolojiye karşı motivasyonlarının, olumsuz algılarına göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Motive

edici faktörlerin alt boyutları incelendiğinde; iyimserlik boyutunun skor ortalamasının (3,688) yenilikçilik boyutuna (3,3463) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup bireylerin teknolojiye karşı iyimserlik algılarının yenilikçilik algılarına göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir. İyimserlik boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip olan ifade 3,96 ortalama ile “Teknolojik yenilikler yaşam kalitemi artırır.” ifadesi iken yenilikçilik boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip olan ifade 3,93 ortalama ile “İlgi alanıma giren teknolojik gelişmeleri takip ederim.” ifadesidir.

Engelleyici faktörlerin alt boyutları incelendiğinde; güvensizlik boyutunun skor ortalamasının (3,7801) rahatsızlık boyutuna (2,8874) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup bireylerin teknolojiye karşı güvensizlik algılarının rahatsızlık algılarına göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Rahatsızlık boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip olan ifade 3,18 ortalama ile “Son teknolojik ürünler hakkında sade bir dille yazılmış kılavuzların olmadığını düşünüyorum.” ifadesi iken güvensizlik boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip olan ifade 4,03 ortalama ile “Aşırı derecede teknoloji kullanımı kişiler arası etkileşimi azaltarak ilişkilerin kalitesini düşürür.” ifadesidir.

Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğine dair tanımlayıcı istatistiklerin yer aldığı Tablo 4.13’e göre; bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 3,6808’dir. Ölçüm aracının alt boyutları incelendiğinde; bireylerin fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 3,926; iletişimsel e-sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 3,3573; eleştirel e-sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 3,6572 ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 3,7826’dır. En yüksek puan ortalamasına sahip ifadelerin; fonksiyonel boyutta 4,02 ortalama ile “Sağlık ihtiyaçlarımı anlatan mesajlar yazmak için bilgisayar kullanabilirim.”, iletişimsel boyutta 3,59 ortalama ile “İnternette birisiyle sağlık hakkında konuşurken, karşımdaki kişinin hangi duygusal tonda konuştuğunu anlayabilirim.”, eleştirel boyutta 3,87 ortalama ile “İnternetteki bilgilerin sağlık ihtiyaçlarımla alakalı olup olmadığını ayırt edebilirim.” ve dönüştürücü boyutta 3,96 ortalama ile “Sağlığımı olumlu yönde nasıl yöneteceğimi öğrenmek amacıyla interneti kullanabilirim.” ifadeleri olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.12: Teknolojik hazır oluş ölçeği - tanımlayıcı istatistikler

İfadeler (n: 706)	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
İ1) Teknolojik yenilikler yaşam kalitemi artırır.	3,96	0,983	-1,206	1,416
İ2) Teknoloji benim için daha fazla hareket özgürlüğü sağlar.	3,6	1,069	-0,591	-0,347
İ3) Teknoloji günlük yaşantımı daha fazla kontrol altında tutmamı sağlar.	3,5	1,075	-0,474	-0,590
İ4) Teknoloji kişisel hayatımda daha üretken olmamı sağlar.	3,7	1,016	-0,796	0,281
İyimserlik Boyutu Ortalama Skorlar	3,688	0,828	-0,518	0,280
Y1) Diğer insanlar yeni teknolojiler hakkında tavsiye almak için bana danışır.	3,01	1,138	-0,060	-1,025
Y2) Genellikle arkadaş çevremde yeni çıkan teknolojiyi ilk edinenler arasında olurum.	2,61	1,120	0,394	-0,705
Y3) Genellikle son teknoloji ürün ve hizmetleri başkalarının yardımı olmadan kullanabilirim.	3,84	0,984	-0,933	0,551
Y4) İlgi alanıma giren teknolojik gelişmeleri takip ederim.	3,93	0,975	-1,261	1,538
Yenilikçilik Boyutu Ortalama Skorlar	3,3463	0,784	-0,149	-0,246
MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER ORTALAMA SKORLAR	3,5172	0,682	-0,281	0,128
R1) Teknoloji konusunda teknik destek alırken, destek veren kişilerin benden faydalanacağından şüphe duyarım.	2,55	1,013	0,457	-0,310
R2) Anlayacağım şekilde açıklama yapmadıkları için teknik destek hatlarını faydalı bulmuyorum.	2,9	1,068	0,302	-0,716
R3) Bazen, teknolojik sistemlerin sıradan insanların kullanımı için tasarlanmadığını düşünüyorum.	2,92	1,103	0,023	-0,998
R4) Son teknolojik ürünler hakkında sade bir dille yazılmış kılavuzların olmadığını düşünüyorum.	3,18	1,048	-0,225	-0,728
Rahatsızlık Boyutu Ortalama Skorlar	2,8874	0,712	-0,101	0,041
G1) İnsanlar işlerini yapma/yaptırma konusunda teknolojiye aşırı derecede bağımlıdır.	3,85	0,921	-0,894	0,697
G2) Aşırı derecede teknoloji kullanımı insanların dikkatini önemli ölçüde dağıtır.	3,89	1,038	-1,009	0,565
G3) Aşırı derecede teknoloji kullanımı kişiler arası etkileşimi azaltarak ilişkilerin kalitesini düşürür.	4,03	0,999	-1,119	0,915
G4) Yalnızca internet üzerinden erişilebilen bir yerle iş yaparken kendimi güvende hissetmiyorum.	3,35	1,121	-0,302	-0,738
Güvensizlik Boyutu Ortalama Skorlar	3,7801	0,73289	-0,852	1,37
ENGELLEYİCİ FAKTÖRLER ORTALAMA SKORLAR	3,3337	0,58053	-0,503	0,856

Tablo 4.13: Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeği - tanımlayıcı istatistikler

İfadeler (n:706)	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
F1) İnternette edindiğim temel sağlık bilgilerini kendi kelimelerimle özetleyebilirim.	3,79	0,829	-1,043	1,412
F2) İnternet üzerinden sağlıkla ilgili temel bilgilere nasıl erişeceğimi bilirim.	3,96	0,756	-1,005	1,906
F3) Sağlık ihtiyaçlarımı anlatan mesajlar yazmak için bilgisayar kullanabilirim.	4,02	0,837	-1,150	1,911
F4) Herhangi bir kişiye internette sağlıkla ilgili temel bilgilerin nasıl bulunacağını anlatabilirim.	3,93	0,879	-0,938	0,933
Fonksiyonel Boyut Ortalama Skorlar	3,926	0,67301	-0,891	1,818
İL2) İnternet üzerinden sağlık konuları hakkında aynı anda birden fazla kullanıcıyla konuşabilirim.	3,48	0,995	-0,290	-0,506
İL3) İnternette birisiyle sağlık hakkında konuşurken, karşımdaki kişinin hangi duygusal tonda konuştuğunu anlayabilirim.	3,59	0,921	-0,571	0,181
İL4) İnternette sağlık ile ilgili sohbetlere katkıda bulunabilirim.	3,19	1,063	-0,157	-0,694
İL5) Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan diğer internet kullanıcılarıyla kişisel bağlantılar kurabilirim.	3,16	1,064	-0,262	-0,753
İletişimsel Boyut Ortalama Skorlar	3,3573	0,79331	-0,243	0,100
E1) Herhangi bir internet kullanıcısının sağlıkla ilgili güvenilir bir bilgi kaynağı olup olmadığını ayırt edebilirim.	3,63	0,879	-0,594	0,229
E2) İnternetteki sağlık bilgilerinin sahte olup olmadığını ayırt edebilirim.	3,58	0,898	-0,444	0,067
E3) Sağlıkla ilgili bir internet sitesinin kişisel sağlık bilgilerimi paylaşmak için güvenilir olup olmadığını ayırt edebilirim.	3,60	0,921	-0,508	0,021
E4) İnternetteki bilgilerin sağlık ihtiyaçlarımla alakalı olup olmadığını ayırt edebilirim.	3,87	0,765	-0,836	1,199
E5) Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan internet kullanıcılarının güvenilirliğini nasıl değerlendireceğimi bilirim.	3,61	0,867	-0,467	0,079
Eleştirel Boyut Ortalama Skorlar	3,6572	0,70121	-0,372	0,411
D1) Sağlığımı olumlu yönde nasıl yöneteceğimi öğrenmek amacıyla interneti kullanabilirim.	3,96	0,838	-1,217	2,258
D2) İnterneti, sağlığımı daha iyi hale getirmek için bir araç olarak kullanabilirim.	3,79	0,937	-0,943	0,779
D3) Sağlığım hakkında bilinçli bir karar vermek için internetteki bilgileri kullanabilirim.	3,59	1,004	-0,659	-0,121
D4) Benimle alakalı konular hakkında bilgi edinmek için interneti kullanabilirim.	3,79	0,973	-1,053	0,978
Dönüştürücü Boyut Ortalama Skorlar	3,7826	0,74579	-0,558	0,497
ETKİLEŞİMSEL OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ GENEL ORTALAMA SKORLAR	3,6808	0,57941	-0,242	0,372

4.5. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN GRUP FARKLILIKLARI ANALİZLERİ

Bu başlık altında araştırmada kullanılan ölçüm araçları ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçları normal dağılım şartlarını sağladığından ötürü ölçüm araçlarına ilişkin grupsal farklılıklar analiz edilirken normal dağılım şartlarında uygulanan parametrik testler olan Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü ANOVA Testi kullanılmıştır. Teknolojik hazır oluş ölçeğinde birbirinin zıddı özellikler gösteren iki ana boyut (motive edici / engelleyici faktörler) olduğundan dolayı kullanılan testler bu iki ana boyut üzerinden gerçekleştirilmiştir. Etkileşimsel e-sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin testler ise ölçüm aracının geneli baz alınarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.14: Yaş değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) 18-24 Yaş	305	3,4705	0,65082	9,353	0,000	2>1,3,4 3>4
	2) 25-31 Yaş	157	3,7412	0,64815			
	3) 32-38 Yaş	87	3,5603	0,72559			
	4) 39 Yaş ve üzeri	157	3,3599	0,69573			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) 18-24 Yaş	305	3,3344	0,55081	0,237	0,871	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	2) 25-31 Yaş	157	3,3304	0,61921			
	3) 32-38 Yaş	87	3,2931	0,57939			
	4) 39 Yaş ve üzeri	157	3,3583	0,60150			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) 18-24 Yaş	305	3,7026	0,56442	9,076	0,000	1>4 2>1,4 3>4
	2) 25-31 Yaş	157	3,8217	0,52060			
	3) 32-38 Yaş	87	3,6782	0,65268			
	4) 39 Yaş ve üzeri	157	3,4927	0,57459			

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.14'e göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların

homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,178) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak 25-31 yaş aralığındaki bireylerin diğer yaş gruplarındaki bireylere göre; ayrıca 32-38 yaş aralığındaki bireylerin de 39 yaş ve üzeri bireylere göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{1a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri açısından katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Dolayısıyla H_{1b} hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,120) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak 25-31 yaş aralığındaki bireylerin 18-24 yaş aralığındaki ve 39 yaş ve üzeri bireylere göre; 18-24 yaş aralığındaki bireylerin 39 yaş ve üzeri bireylere göre ve 32-38 yaş arası bireylerin 39 yaş ve üzeri bireylere göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{1c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.15: Cinsiyet değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Kadın	415	3,4352	0,61230	0,000	538,395	0,000
	2) Erkek	291	3,6340	0,75592			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Kadın	415	3,3440	0,55384	0,548	580,289	0,584
	2) Erkek	291	3,3192	0,61728			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Kadın	415	3,6841	0,56433	0,256	704	0,798
	2) Erkek	291	3,6727	0,59946			

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Bağımsız Örneklem T Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.15'e göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek bireylerin kadın bireylere göre motive edici faktör skorları anlamlı bir biçimde yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla erkek bireylerin kadın bireylere göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeyleri anlamlı bir biçimde yüksek olup H_{2a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri ve ayrıca e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Her iki ölçüm aracı için de $p>0,05$). Dolayısıyla H_{2b} ve H_{2c} hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 4.16: Medeni durum değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Evli	250	3,4705	0,71650	-1,348	704	0,178
	2) Bekâr	456	3,5428	0,66135			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Evli	250	3,3375	0,58932	0,127	704	0,899
	2) Bekâr	456	3,3317	0,57630			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Evli	250	3,6407	0,61097	-1,283	475,747	0,200
	2) Bekâr	456	3,7006	0,55973			

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Bağımsız Örneklem T Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.16'ya göre; teknolojik hazır oluşun motive edici - engelleyici faktörleri ve ayrıca e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tüm ölçüm araçları için $p>0,05$). Dolayısıyla H_{3a} , H_{3b} ve H_{3c} hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 4.17: Eğitim durumu değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) İlkokul	13	3,0865	0,54578	11,019	0,000	5>1,2,3,4 4>1,3
	2) Ortaokul	13	3,2788	0,67730			
	3) Lise	262	3,3593	0,64433			
	4) Üniversite	347	3,5944	0,69037			
	5) Yüksek Lisans/Doktora	71	3,8451	0,60889			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) İlkokul	13	3,5577	0,37366	,994	0,410	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	2) Ortaokul	13	3,2788	0,48184			
	3) Lise	262	3,2968	0,58166			
	4) Üniversite	347	3,3429	0,58846			
	5) Yüksek Lisans/Doktora	71	3,3944	0,58158			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) İlkokul	13	3,4480	0,44511	5,612	0,000	5>1,2,3,4 4>3
	2) Ortaokul	13	3,4842	0,58388			
	3) Lise	262	3,6033	0,54446			
	4) Üniversite	347	3,7016	0,59157			
	5) Yüksek Lisans/Doktora	71	3,9296	0,58348			

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumları ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.17'ye göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,497) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak lisansüstü eğitim düzeyindeki bireylerin diğer tüm eğitim düzeyindeki bireylere göre; ayrıca üniversite mezunu bireylerin ilkokul ve lise mezunu bireylere göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{4a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri açısından katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Dolayısıyla H_{4b} hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,531) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer eğitim düzeylerine sahip bireylere göre; ayrıca üniversite mezunu bireylerin lise mezunu bireylere göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{4c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.18: Meslek değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Emekli	21	3,1786	0,58839	5,517	0,000	2>3 4>1,3 5>1,2,3 6>1,2,3 7>3 8>1,2,3,4,7
	2) Öğrenci	262	3,4485	0,61537			
	3) Ev Hanımı	25	2,8750	0,61872			
	4) İşçi	93	3,5712	0,63186			
	5) Memur	170	3,6154	0,74431			
	6) Yönetici	14	3,8214	0,46439			
	7) Esnaf	24	3,4479	0,83967			
	8) Serbest Çalışan	46	3,8071	0,61221			
	9) Çalışmıyor	23	3,4837	0,72721			
	10) Diğer	28	3,6696	0,69490			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Emekli	21	3,4524	0,59487	0,677	0,730	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	2) Öğrenci	262	3,3507	0,55055			
	3) Ev Hanımı	25	3,4550	0,59608			
	4) İşçi	93	3,2957	0,45735			
	5) Memur	170	3,2904	0,64511			
	6) Yönetici	14	3,5089	0,32324			
	7) Esnaf	24	3,2552	0,67009			
	8) Serbest Çalışan	46	3,3940	0,71588			
	9) Çalışmıyor	23	3,3043	0,53144			
	10) Diğer	28	3,2723	0,61713			

Tablo 4.18 (devam)

Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Emekli	21	3,4734	0,41946	1,774	0,070	Gruplar arasında anlamli farklilik yoktur.
	2) Öğrenci	262	3,6852	0,54599			
	3) Ev Hanımı	25	3,3624	0,62776			
	4) İşçi	93	3,6458	0,53541			
	5) Memur	170	3,7422	0,61698			
	6) Yönetici	14	3,4874	0,62399			
	7) Esnaf	24	3,8015	0,63918			
	8) Serbest Çalışan	46	3,6765	0,62126			
	9) Çalışmıyor	23	3,7059	0,52163			
	10) Diğer	28	3,7668	0,65218			

Araştırmaya katılan bireylerin meslekleri ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.18'e göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların meslekleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi meslekler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,126) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak öğrencilerin ev hanımlarına göre; işçilerin emeklilere ve ev hanımlarına göre; memurların emeklilere, öğrencilere ve ev hanımlarına göre; yöneticilerin emeklilere, öğrencilere ve ev hanımlarına göre; esnafların ev hanımlarına göre; serbest çalışanların emeklilere, öğrencilere, ev hanımlarına, işçilere ve esnaflara göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{5a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri ve ayrıca e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların çalışma durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Her iki ölçüm aracı için de $p > 0,05$). Dolayısıyla H_{5b} ve H_{5c} hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 4.19: Aylık gelir durumu değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Gelirim giderimden azdır.	228	3,3788	0,64226	22,507	0,000	3>1,2
	2) Gelirim giderime eşittir.	284	3,4454	0,70114			
	3) Gelirim giderimden fazladır.	194	3,7848	0,62422			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Gelirim giderimden azdır.	228	3,4024	0,55376	2,367	0,095	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	2) Gelirim giderime eşittir.	284	3,3024	0,57772			
	3) Gelirim giderimden fazladır.	194	3,2990	0,61053			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Gelirim giderimden azdır.	228	3,6760	0,52208	4,020	0,018	3>2
	2) Gelirim giderime eşittir.	284	3,6193	0,62167			
	3) Gelirim giderimden fazladır.	194	3,7714	0,56753			

Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumları ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.19'a göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların aylık gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,186) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak aylık gelirleri giderlerinden fazla olan bireylerin aylık gelirleri giderlerinden az ve aylık gelirleri giderlerine denk olan bireylere göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{6a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri açısından katılımcıların aylık gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Dolayısıyla H_{6b} hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların aylık gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,100) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak aylık gelirleri giderlerinden fazla olan bireylerin aylık geliri giderlerine denk olan bireylere göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{6c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.20: İnternette aylık sağlık araştırması sıklığı değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Hiç	88	3,4162	0,79684	2,921	0,021	3>1,2 5>1,2
	2) 1-3 Kez	313	3,4577	0,69121			
	3) 4-6 Kez	176	3,6044	0,63360			
	4) 7-9 Kez	38	3,4836	0,58714			
	5) 10 Kez ve Üzeri	91	3,6648	0,62358			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Hiç	88	3,2372	0,67382	0,988	0,413	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	2) 1-3 Kez	313	3,3235	0,54815			
	3) 4-6 Kez	176	3,3786	0,56859			
	4) 7-9 Kez	38	3,3783	0,52672			
	5) 10 Kez ve Üzeri	91	3,3571	0,63398			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Hiç	88	3,4332	0,61171	13,290	0,000	2>1 3>1 4>1 5>1,2,3,4
	2) 1-3 Kez	313	3,6194	0,58339			
	3) 4-6 Kez	176	3,7219	0,48858			
	4) 7-9 Kez	38	3,7709	0,49382			
	5) 10 Kez ve Üzeri	91	4,0032	0,57637			

Araştırmaya katılan bireylerin internet üzerinden aylık sağlık araştırması sıklığı ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.20'ye göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların internetten aylık sağlık araştırması sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten küçük (0,029) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olmadığı tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojen olmadığı durumda uygun olan Dunnett's C testi yapılmış; sonuç olarak internetten ayda 4-6 kez sağlık araştırması yapan bireylerin hiç araştırma yapmayan ve ayda 1-3 kez araştırma yapan bireylere göre; ayrıca internetten ayda 10 kez ve daha fazla sağlık araştırması yapan bireylerin hiç araştırma yapmayan ve ayda 1-3 kez araştırma yapan bireylere göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{7a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri açısından katılımcıların internetten aylık sağlık araştırması sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Dolayısıyla H_{7b} hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların internetten aylık sağlık araştırması sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,141) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak internetten ayda 1-3 kez, 4-6 kez ve 7-9 kez sağlık araştırması yapan bireylerin hiç sağlık araştırması yapmayan bireylere göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu; ayrıca internetten ayda 10 kez ve daha fazla sağlık araştırması yapan bireylerin diğer tüm gruplara göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{7c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.21: Günlük bilgisayar kullanım sıklığı değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Bu cihaza sahip değilim.	134	3,2453	0,63301	11,604	0,000	2>1 3>1 4>1,2 5>1,2,3,4
	2) 0-3 Saat	285	3,5066	0,65794			
	3) 4-7 Saat	138	3,5752	0,70169			
	4) 8-11 Saat	130	3,6712	0,67667			
	5) 12 Saat ve Üzeri	19	4,1184	0,50428			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Bu cihaza sahip değilim.	134	3,4524	0,57595	2,056	0,085	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	2) 0-3 Saat	285	3,3237	0,54531			
	3) 4-7 Saat	138	3,3116	0,60228			
	4) 8-11 Saat	130	3,2567	0,63763			
	5) 12 Saat ve Üzeri	19	3,3355	0,47881			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Bu cihaza sahip değilim.	134	3,5667	0,55882	3,036	0,017	5>1
	2) 0-3 Saat	285	3,7053	0,53259			
	3) 4-7 Saat	138	3,6773	0,61540			
	4) 8-11 Saat	130	3,6923	0,65095			
	5) 12 Saat ve Üzeri	19	4,0124	0,43606			

Araştırmaya katılan bireylerin günlük bilgisayar kullanım sıklığı ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.21'e göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların günlük bilgisayar kullanım sıklıkları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,565) olarak bulunduğu için varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak günde 3 saate kadar ve 4-7 saat arası bilgisayar kullanan bireylerin bilgisayar sahibi olmayan bireylere göre; günde 8-11 saat arası bilgisayar kullanan bireylerin bilgisayar sahibi olmayan ve günde 3 saate kadar bilgisayar kullanan bireylere göre; günde 12 saat ve üzeri bilgisayar kullanan bireylerin ise diğer tüm gruplara göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{8a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri açısından katılımcıların günlük bilgisayar kullanım sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Dolayısıyla H_{8b} hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların günlük bilgisayar kullanım sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten küçük (0,035) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olmadığı tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojen olmadığı durumda uygun olan Dunnett's C testi yapılmış; sonuç olarak günde 12 saat ve üzeri bilgisayar kullanan bireylerin bilgisayar sahibi olmayan bireylere göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{8c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.22: Günlük akıllı telefon kullanım sıklığı değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	2) 0-3 Saat	205	3,3652	0,72817	6,153	0,000	3>2 4>2 5>2
	3) 4-7 Saat	280	3,5290	0,64913			
	4) 8-11 Saat	173	3,6553	0,65438			
	5) 12 Saat ve Üzeri	48	3,5990	0,65078			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	2) 0-3 Saat	205	3,3116	0,60856	0,306	0,821	Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.
	3) 4-7 Saat	280	3,3268	0,51317			
	4) 8-11 Saat	173	3,3605	0,66279			
	5) 12 Saat ve Üzeri	48	3,3724	0,51988			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	2) 0-3 Saat	205	3,5544	0,61394	5,159	0,002	3>2 4>2 5>2
	3) 4-7 Saat	280	3,7017	0,54453			
	4) 8-11 Saat	173	3,7593	0,55925			
	5) 12 Saat ve Üzeri	48	3,7953	0,61143			

Araştırmaya katılan bireylerin günlük akıllı telefon kullanım sıklığı ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.22'ye göre; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri açısından katılımcıların günlük akıllı telefon kullanım sıklıkları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,244) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak günde 4-7 saat, günde 8-11 saat ve günde 12 saat ve üzeri akıllı telefon kullanan bireylerin günde 0-3 saat akıllı telefon kullanan bireylere göre teknolojiye yönelik hazır oluş ve motivasyon düzeylerinin anlamlı bir biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{9a} hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri açısından katılımcıların günlük akıllı telefon kullanım sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Dolayısıyla H_{9b} hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların günlük akıllı telefon kullanım sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu ölçebilmek adına öncelikle ANOVA testinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Levene testi sonucundaki p (anlamlılık) değeri 0,05'ten büyük (0,216) olarak bulunduğundan dolayı varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir. Ardından Post Hoc testlerinden varyansların homojenliği durumunda uygun olan LSD testi yapılmış; sonuç olarak günde 4-7 saat, günde 8-11 saat ve günde 12 saat ve üzeri akıllı telefon kullanan bireylerin günde 0-3 saat akıllı telefon kullanan bireylere göre anlamlı bir biçimde daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H_{9c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.23: Kronik hastalık değişkenine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

Ölçüm Araçları	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Motive Edici Faktörler	1) Var	126	3,5169	,67995	-0,006	704	0,996
	2) Yok	580	3,5172	,68274			
Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği - Engelleyici Faktörler	1) Var	126	3,3532	,54454	0,414	704	0,679
	2) Yok	580	3,3295	,58842			
Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1) Var	126	3,6606	,57124	-0,402	704	0,688
	2) Yok	580	3,6835	,58068			

Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumları ile araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarına verdikleri yanıt ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek adına Bağımsız Örneklem T Testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarını gösteren Tablo 4.23'e göre; teknolojik hazır oluşun motive edici - engelleyici faktörleri ve ayrıca e-sağlık okuryazarlığı açısından katılımcıların kronik hasta olup olmamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tüm ölçüm araçları için $p>0,05$). Dolayısıyla H_{10a} , H_{10b} ve H_{10c} hipotezleri reddedilmiştir.

4.6. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN KORELASYON ANALİZLERİ

Bireylerin teknolojiye hazır olma durumlarıyla e-sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi maksadıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz edilen veriler normal dağılım şartlarına uyduğu için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Yapılan korelasyon analizinde; teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici ve engelleyici faktörler ile önce e-sağlık okuryazarlığının geneli, ardından fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki gücü yorumlanırken Köklü ve ark. (192) tarafından belirtilen, eğitim bilimleri ve sosyal bilimler literatüründe genel kabul gören sınır değerler kullanılmıştır.

Buna göre iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı;

- 0,00 ise ilişki yok,
- 0,01 - 0,29 ise düşük düzeyde ilişki,

- 0,30 - 0,70 ise orta düzeyde ilişki,
- 0,71 - 0,99 ise yüksek düzeyde ilişki,
- 1,00 ise mükemmel ilişki

olarak yorumlanmaktadır (192). Korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.24’te belirtilmiştir.



Tablo 4.24: Teknolojik hazır oluşun motive edici ve engelleyici faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasındaki ilişkiler

Korelasyonlar								
		THO - Motive Edici Faktörler	THO - Engelleyici Faktörler	E-Sağlık Okuryazarlığı	Fonksiyonel E-Sağlık Okuryazarlığı	İletişimsel E-Sağlık Okuryazarlığı	Eleştirel E-Sağlık Okuryazarlığı	Dönüştürücü E-Sağlık Okuryazarlığı
THO - Motive Edici Faktörler	Pearson Korelasyonu	1						
	Sig. (2-tailed)							
	n	706						
THO - Engelleyici Faktörler	Pearson Korelasyonu	-0,040	1					
	Sig. (2-tailed)	0,285						
	n	706	706					
E-Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Korelasyonu	0,472*	0,050	1				
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,182					
	n	706	706	706				
Fonksiyonel E-Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Korelasyonu	0,402*	0,059	0,829*	1			
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,119	0,000				
	n	706	706	706	706			
İletişimsel E-Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Korelasyonu	0,345*	0,028	0,798*	0,559*	1		
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,462	0,000	0,000			
	n	706	706	706	706	706		
Eleştirel E-Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Korelasyonu	0,353*	0,012	0,795*	0,572*	0,521*	1	
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,749	0,000	0,000	0,000		
	n	706	706	706	706	706	706	
Dönüştürücü E-Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Korelasyonu	0,407*	0,062	0,763*	0,540*	0,423*	0,461*	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,097	0,000	0,000	0,000	0,000	
	n	706	706	706	706	706	706	706

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Teknolojik hazır oluşun motive edici ve engelleyici faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkileri tespit eden korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı arasında orta düzeyde (0,472), pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Motive edici faktörler ile e-sağlık okuryazarlığının alt boyutları olan fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek adına yapılan korelasyon analizinde ise; motive edici faktörler ile e-sağlık okuryazarlığının tüm boyutları arasında orta düzeyde (fonksiyonel: 0,402; iletişimsel: 0,345; eleştirel: 0,353; dönüştürücü: 0,407), pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı (tüm boyutlarda $p<0,05$) ilişkiler tespit edilmiştir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Aynı şekilde engelleyici faktörler ile e-sağlık okuryazarlığının hiçbir boyutu arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

4.7. ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN REGRESYON ANALİZLERİ

Yapılan korelasyon analizinin sonuçlarına göre teknolojik hazır oluşun engelleyici faktörleri ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasından dolayı, engelleyici faktörler bu iki değişken arasındaki etki düzeyini ölçmek adına kullanılan regresyon analizinin kapsamından çıkarılmış, regresyon analizinde yalnızca motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına ve alt boyutlarına olan etkisi analiz edilmiştir. Teknoloji hazırlığının engelleyici faktörleri olan rahatsızlık ve güvensizliğin, e-sağlık okuryazarlığına ve onun alt boyutlarına herhangi bir etkisinin tespit edilmemesinden dolayı, H_{16} , H_{17} , H_{18} , H_{19} ve H_{20} hipotezleri reddedilmiştir.

Regresyon analizinde; bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi göz önüne alınırken; Cohen (193)'in Regresyon katsayısı (R^2) üzerinde yapmış olduğu sınıflandırma dikkate alınmıştır. Buna göre;

$0,02 \leq R^2 \leq 0,13$ düşük etki düzeyini;

$0,13 \leq R^2 \leq 0,26$ orta seviyede etki düzeyini;

$R^2 \geq 0,26$ yüksek düzeyde etki düzeyini temsil etmektedir (193).

Regresyon analizinde kullanılan iki ölçüm aracının katılımcılar tarafından birbiri ile benzer içerikler olarak algılanıp algılanmadığının (ölçüm araçları arasında otokorelasyon bulunup bulunmadığının) tespit edilmesi amacıyla otokorelasyon düzeyini gösteren Durbin-Watson katsayısı kullanılmıştır. Durbin-Watson katsayısının 1,5 ile 2,5 arasında olması ölçüm araçları arasında otokorelasyon bulunmadığını göstermektedir (194). Regresyon analizi kapsamındaki model özetleri, modellerin anlamlılık testleri ve etki düzeylerinin anlamlılık testleri aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 4.25: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına etkisini gösteren regresyon model özeti

Model Özeti^b					
Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Standart Hata	Durbin-Watson Katsayısı
1	0,472 ^a	0,223	0,222	0,51106	1,757
a. Tahmin Edici (Bağımsız Değişken): THO - Motive Edici Faktörler					
b. Bağımlı Değişken: E-Sağlık Okuryazarlığı (1)					

Tablo 4.25'te teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığına etkisini gösteren regresyon model özeti yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığını açıklama düzeyi %22,3 olup motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığını orta düzeyde etkilediği ifade edilebilir. Durbin-Watson katsayısı ise 1,757 olduğundan değişkenler arasında otokorelasyon bulunmamaktadır.

Tablo 4.26: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına etkisini gösteren modelin anlamlılık testi

ANOVA ^a						
	Model	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p
1	Regresyon	52,811	1	52,811	202,200	0,000^b
	Kalan	183,870	704	0,261		
	Toplam	236,681	705			
a. Bağımlı Değişken: E-Sağlık Okuryazarlığı (1)						
b. Tahmin Edici (Sabit): THO - Motive Edici Faktörler						

Tablo 4.26, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin (bağımsız değişken) e-sağlık okuryazarlığına (bağımlı değişken) etkisini temsil eden modelin anlamlılığını göstermektedir. ANOVA değerinin $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olmasından dolayı teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığına etkisi hakkındaki model anlamlıdır.

Tablo 4.27: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığına etki düzeyinin katsayıları

		Katsayılar^a			t	p
Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		
		B	Std. Hata	Beta		
	(Sabit)	2,269	0,101		22,432	0,000
1	THO - Motive Edici Faktörler	0,401	0,028	0,472	14,220	0,000

a. Bağımlı Değişken: E-Sağlık Okuryazarlığı (1)

Tablo 4.27'ye göre e-sağlık okuryazarlığı katsayısı (B) 2,269; motive edici faktörlerin katsayısı 0,472 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla; bireylerde hâlihazırda sabit olan e-sağlık okuryazarlığı düzeyi 2,269 seviyesindeyken, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri bu düzeyi 0,472 katsayısında artırmaktadır. Teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığına etkisi $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı ve pozitif yöndedir. Regresyon analizi bulgularına göre bireylerin teknolojiye hazır olma durumlarıyla ilgili olumlu motivasyonları onların e-sağlık okuryazarlıklarını artırmaktadır. Bu durumda H_{11} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.28: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına etkilerini gösteren regresyon model özetleri

Model Özeti^b					
Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Standart Hata	Durbin-Watson Katsayısı
2	0,402 ^a	0,162	0,161	0,61662	1,800
3	0,345 ^a	0,119	0,118	0,74513	1,884
4	0,353 ^a	0,124	0,123	0,65667	1,752
5	0,407 ^a	0,165	0,164	0,68183	1,948

a. Tahmin Edici (Bağımsız Değişken): THO - Motive Edici Faktörler
b. Bağımlı Değişken: Fonksiyonel (2) - İletişimsel (3) - Eleştirel (4) - Dönüştürücü (5)

Tablo 4.28’de teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığına etkilerini gösteren regresyon model özetleri yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre motive edici faktörlerin fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığını açıklama düzeyi %16,2; iletişimsel e-sağlık okuryazarlığını açıklama düzeyi %11,9; eleştirel e-sağlık okuryazarlığını açıklama düzeyi %12,4 ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığını açıklama düzeyi %16,5’tir. Diğer bir ifadeyle motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının fonksiyonel ve dönüştürücü boyutlarını orta düzeyde, iletişimsel ve eleştirel boyutlarını ise düşük düzeyde etkilediği söylenebilir. Analizlerdeki Durbin-Watson katsayıları ise sırasıyla 1,800; 1,884; 1,752 ve 1,948 olduğundan değişkenler arasında otokorelasyon bulunmamaktadır.

Tablo 4.29: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına etkilerini gösteren modellerin anlamlılık testleri

ANOVA ^a					
Model	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p
2	Regresyon	51,642	1	51,642	135,818
	Kalan	267,679	704	0,380	0,000^b
	Toplam	319,321	705		
3	Regresyon	52,806	1	52,806	95,107
	Kalan	390,879	704	0,555	0,000^b
	Toplam	443,685	705		
4	Regresyon	43,075	1	43,075	99,893
	Kalan	303,573	704	0,431	0,000^b
	Toplam	346,648	705		
5	Regresyon	64,838	1	64,838	139,468
	Kalan	327,287	704	0,465	0,000^b
	Toplam	392,126	705		
a. Bağımlı Değişken: Fonksiyonel (2) - İletişimsel (3) - Eleştirel (4) - Dönüştürücü (5)					
b. Tahmin Edici (Sabit): THO - Motive Edici Faktörler					

Tablo 4.29, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin (bağımsız değişken) fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığına (bağımlı değişkenler) etkisini temsil eden modellerin anlamlılığını göstermektedir. Her bir boyut için ANOVA değerlerinin $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olmasından dolayı teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığının fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü boyutlarına etkisi hakkındaki model anlamlıdır.

Tablo 4.30: Teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına etki düzeylerinin katsayıları

Katsayılar ^a						
Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
		B	Std. Hata	Beta		
2	(Sabit)	2,530	0,122		20,729	0,000
	THO - Motive Edici Faktörler	0,397	0,034	0,402	11,654	0,000
3	(Sabit)	1,945	0,147		13,192	0,000
	THO - Motive Edici Faktörler	0,401	0,041	0,345	9,752	0,000
4	(Sabit)	2,382	0,130		18,329	0,000
	THO - Motive Edici Faktörler	0,363	0,036	0,353	9,995	0,000
5	(Sabit)	2,218	0,135		16,437	0,000
	THO - Motive Edici Faktörler	0,445	0,038	0,407	11,810	0,000
a. Bağımlı Değişken: Fonksiyonel (2) - İletişimsel (3) - Eleştirel (4) - Dönüştürücü (5)						

Tablo 4.30'a göre fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı katsayısı (B) 2,530; motive edici faktörlerin katsayısı 0,402; iletişimsel e-sağlık okuryazarlığı katsayısı (B) 1,945; motive edici faktörlerin katsayısı 0,345; eleştirel e-sağlık okuryazarlığı katsayısı (B) 2,382; motive edici faktörlerin katsayısı 0,353; dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı katsayısı (B) 2,218; motive edici faktörlerin katsayısı 0,407 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla; bireylerde hâlihazırda sabit olan fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı düzeyi 2,530 seviyesindeyken, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri bu düzeyi 0,402 katsayısında artırmakta; iletişimsel e-sağlık okuryazarlığı düzeyi 1,945 seviyesindeyken, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri bu düzeyi 0,345 katsayısında artırmakta; eleştirel e-sağlık okuryazarlığı düzeyi 2,382 seviyesindeyken, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri bu düzeyi 0,353 katsayısında artırmakta; dönüştürücü e-sağlık okuryazarlığı düzeyi 2,218 seviyesindeyken, teknolojik hazır oluşun motive edici faktörleri bu düzeyi 0,407 katsayısında artırmaktadır. Teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığının tüm boyutlarına olan etkisi $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı ve pozitif yöndedir. Analiz bulgularına göre bireylerin teknolojiye hazır olma durumlarıyla ilgili olumlu motivasyonları onların fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü e-sağlık okuryazarlıklarını artırmaktadır. Bu durumda H_{12} , H_{13} , H_{14} ve H_{15} hipotezleri kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; teknolojik hazır oluşu meydana getiren motive edici ve engelleyici faktörlerin, e-sağlık okuryazarlığı ve onun alt boyutları üzerinde bir etkisinin olup olmadığını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Dijital olanakların hızla arttığı günümüzde; yaşamın hemen her alanında teknolojinin sunmuş olduğu kolaylıklardan faydalanılmaktadır. Bireyler açısından vazgeçilemez ve ertelenemez nitelikte olan sağlık hizmetlerinde de teknoloji yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Dolayısıyla bireylerin teknolojiye hazır olma ve e-sağlık okuryazarlığı becerileri, onların sağlık hizmetlerinden elde edecekleri fayda üzerinde yakından ilişkisi olan kavramlardır. Araştırmanın bu bölümünde, anket yoluyla ulaşılan katılımcıların belirttikleri görüşler doğrultusunda elde edilen bulgular yorumlanmış ve tartışılmıştır. Öne çıkan bulguların alanyazındaki benzer ve yakın araştırmalardan elde edilmiş genel sonuçlar ile uyumluluğunun ele alındığı bölümde, ilgili benzerliklerin ve farklılıkların olası nedenleri tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin teknolojik hazır oluş bağlamında belirttikleri görüşler incelendiğinde; bireylerin teknolojiye karşı genel olarak motive oldukları ifade edilebilir. İyimserlik ve yenilikçilik alt boyutlarının skor ortalamaları yüksek olarak tespit edildiğinden dolayı kişilerin teknolojiye karşı olumlu bir tutum sergiledikleri, yeni teknolojileri kullanma noktasında iyimser, istekli ve yenilikçi oldukları söylenebilir. Teknolojiyi motive eden faktörlerin katılımcılar tarafından yüksek oranda benimsenmesi, yararlanılan örneklemin genellikle genç nüfustan ve yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerden meydana gelmesiyle açıklanabilir. Zira benzer özelliklerde örneklemelerin yer aldığı Öngel ve ark. (1) ve Kaymak (195) tarafından yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış olup bireylerin teknoloji kullanımına yönelik iyimserlik ve yenilikçilik algılarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Teknoloji kullanımı noktasında rahatsızlık algıları düşük olan katılımcılarda bu durumun aksine teknolojiye karşı yüksek düzeyde bir güvensizlik söz konusudur. Katılımcılar özellikle teknolojik olanakların geleneksel insan ilişkilerini köreltip kişiler arası etkileşimlerin kalitesini düşürdüğü ve aşırı teknoloji kullanımının insanların dikkatini dağıttığı görüşlerinde birleşmektedir. Nitekim Celik ve Kocaman

(196) tarafından yapılan araştırmada da örneklemde yer alan bireylerin genç nüfusu temsil eden öğrencilerden oluştuğu ve bu bireylerin mobil uygulamaları benimseme davranışları incelendiğinde güvensizlik algılarının yüksek olduğu görülmektedir. Price-Haywood ve ark. (197) tarafından ileri yaştaki bireyler üzerinde, kronik hastalıklar ile ilgili çeşitli bilgilerin yer aldığı hasta portallarının ve mobil sağlık uygulamalarının kullanım oranını inceleyen bir araştırmada ise bireylerin veri güvenliği, kişiselleştirme eksiklikleri ve uygulamadaki çeşitli yetersizlikler sebebiyle hasta portallarını kullanma noktasında güvensiz davrandıkları belirtilmiştir. Bu tez çalışmasında bireylerin teknolojik hazır oluşları incelendiğinde onların; teknolojik olanakların her geçen gün arttığı günümüzde bu imkânları kullanmaya istekli ve motive oldukları, gerektiğinde yeniliklere de açık oldukları, buna rağmen teknolojinin insan ilişkilerine vereceği muhtemel zararlardan dolayı endişeli oldukları ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin e-sağlık okuryazarlığı bağlamında belirttikleri görüşler incelendiğinde; bireylerin genel e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu düzeyin yüksek seyretmesi; tıpkı teknolojik hazır oluş kısmında belirtildiği gibi araştırmada verisine başvurulan örneklemenin genel yaş aralığının genç nüfustan meydana gelmesine ve örneklemenin eğitim düzeyinin yüksek olmasına bağlanabilir. Nitekim Neter ve Brainin (121) tarafından yapılan araştırmada yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin düşük e-sağlık okuryazarlığına sahip olanlara göre daha genç ve daha eğitimli bireyler olma eğiliminin mevcut olduğu, Xie (198) tarafından yapılan araştırmada ise etkin e-sağlık müdahaleleri ve eğitimleri ile birlikte ileri yaştaki bireylerin de e-sağlık okuryazarlıklarını iyileştirebildikleri belirtilmektedir. Bununla birlikte e-sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından fonksiyonel beceriler noktasında katılımcıların diğer boyutlara nispeten daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Fonksiyonel boyutu sırasıyla dönüştürücü ve eleştirel boyutlar takip etmektedir. Alt boyutlardan iletişimsel boyuttan elde edilen skorlar diğer boyutlara nispeten daha düşük bulunmuştur. Dolayısıyla bireyler elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi ararken ve bu bilgileri kullanırken bilgilerin işlevselliğine ve yararlılığına odaklanmaktadır. Elde edilen e-sağlık bilgilerinin günlük hayata adapte edilmesi ve eleştiri süzgecinden geçirilmesi noktasında oldukça başarılı olan katılımcılar, bu bilgileri kullanarak diğer bireylerin soru ve sorunlarına katkıda bulunma ve etkili iletişimde bulunma noktasında nispeten yetersiz olarak grlmştir.

Bu durum ise bilgilerin doğruluğundan çoğu zaman emin olun(a)mayan internet ortamında kullanıcılar tarafından sunulan sağlık bilgilerinin geçerli bir dayanağının olmamasıyla ilişkilendirilebilir. Teknolojik hazır oluş kısmında ortaya çıkan güvensizlik algısının yüksek olması da söz konusu durumu açıklar niteliktedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri teknolojiye hazır olma bağlamında ele alındığında; bireylerin teknolojiye hazır olma noktasında motivasyonlarının yüksek olması, 18-24 yaş arası genç nüfusun ve üniversite mezunu bireylerin örneklem genelinde en fazla yer tutan gruplar olmasıyla açıklanabilir. Nitekim literatürde yer alan araştırmalar bireylerin yaşlandıkça teknoloji kullanımlarının ve teknolojiye hazır oluşlarının azaldığını, yaşlı bireylerin genç bireylere nazaran teknoloji kullanımında daha fazla rahatsız ve güvensiz hissettiklerini, kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe teknolojiye hazır oluşlarının arttığını ortaya koymaktadır (47,53,199,200). Bu tez çalışmasında ise literatüre benzer sonuçlara ulaşılmış olup eğitim düzeyi yüksek bireylerin teknolojik yeniliklere daha hazır oldukları görülmüştür ancak yaş değişkeni ile ilgili literatürde yer alan genel sonuçlardan farklı olarak 25-31 yaş aralığındaki bireyler 18-24 yaş arasındaki bireylere göre teknolojiye daha yatkın olarak tespit edilmiştir. Daha yüksek yaş gruplarında ise teknolojiye yönelik motivasyon azalmaktadır. Bu durum; kuşak farklılıklarından kaynaklı olarak ileri yaştaki bireylerin yeni teknolojilere adapte olma durumunun gençlere nazaran daha güç olmasının yanında 18-24 yaş arası bireylerin genellikle henüz çalışma hayatına girmemiş, dolayısıyla sosyoekonomik düzeyi tam anlamıyla gelişmemiş bireylerden meydana gelmesi nedeniyle bu kişilerin teknolojik ürün ve hizmetlerden tam manasıyla faydalanamaması ile açıklanabilmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun ayda en az bir kere internet üzerinden sağlık araştırması yapması, bilgisayar ve akıllı telefon kullanım oranlarının hatırı sayılır derecede olması, onların teknoloji hazırlıkları üzerinde motive edici bir etki yaratabilmektedir. Zira 7 gün 24 saat ulaşılabilir olan teknolojik cihazlar sayesinde bireyler günlük hayatta hemen her problemini çözebilmekte, diğer kullanıcılar ile fikir alışverişinde bulunabilmekte, böylelikle teknolojiye daha yatkın olmaktadır. Araştırmanın bir başka sonucu olarak erkek bireylerin teknolojiye hazır oluşunun kadın bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum araştırma örnekleminde yer alan erkek bireylerin iş hayatında daha aktif yer alması ve

teknolojiye daha yatkın olması ile açıklanabilir. Literatürdeki sonuçlar incelendiğinde Summak ve ark. (201) tarafından ilköğretim öğretmenleri üzerinde yapılan bir araştırmada erkek öğretmenlerin teknolojiye hazır oluşları kadın öğretmenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bir başka araştırmada ise Na ve ark. (202), self servis teknolojilerini kullanma devamlılığı ile teknolojiye hazır oluş arasındaki ilişkide cinsiyetin aracı rolünün bulunduğunu ve erkek bireylerin kadın bireylere göre teknolojiye karşı daha iyimser ve yenilikçi olduklarını tespit etmişlerdir.

Teknolojik hazır oluş bağlamında araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumu beyanları incelendiğinde; aylık gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirten bireyler, gelirleri giderlerine denk olan ve gelirleri giderlerini karşılamayan bireylere göre teknolojiye daha hazır konumdadırlar. Bunun en temel nedeni teknolojik olanaklara yeterli düzeyde erişebilmek için belli bir gelir seviyesinin üzerinde olmanın gerekliliğidir. Ortalamanın üzerinde bir gelire sahip bireyler, teknolojik imkânlardan faydalanma noktasında problem yaşamamakta, kendilerine daha fazla hareket alanı sağlamakta ve yeni çıkan ürün ya da hizmetleri ilk deneyimleyenler arasında olmaktadır. Nitekim Sarıkaya (203) tarafından yapılan araştırmada ortalamanın üzerinde gelire sahip olan bireylerin teknolojik bağlamda yenilikçilik tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kısacası teknolojinin sunmuş olduğu imkânları elde etmek için yeterli gelir seviyesine sahip olmak gerekmektedir. Bu durumda, orta ve üst gelir seviyesine sahip kişilerin, genellikle teknolojiye daha hazır oldukları ifade edilebilir. Araştırmadan elde edilen bir başka sonuç; bireylerdeki kronik hastalık mevcudiyetinin onların teknolojiye hazır olmaları noktasında bir etki göstermemesidir. Bu sonuç Lee ve ark. (204) tarafından yapılan araştırma ile benzer niteliktedir. İlgili araştırmada da kronik hastalık değişkeninin teknoloji hazırlığında önemli bir belirleyici olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri e-sağlık okuryazarlığı bağlamında ele alındığında; katılımcıların genelinin e-sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu, bununla birlikte yaş arttıkça e-sağlık okuryazarlık becerilerinin azaldığı görülmektedir. Ancak tıpkı teknolojik hazır oluş kısmında bahsedildiği gibi e-sağlık okuryazarlığı becerilerinde de en yüksek skor ortalamalarına sahip yaş grubu 25-31 yaş aralığıdır. Bu grubu 18-24 yaş arası genç kuşak ve ardından doğrusal bir şekilde artan ileri yaş grupları takip etmektedir. Bu

durum internet ve temel teknoloji kullanım becerilerinin yaş ilerledikçe azalmasıyla ve belirli bir yaşı n üzerindeki nüfusun geleneksel yöntemlerden vazgeçemeyip dijital sağlık hizmetlerini kullanma noktasında isteksiz olmasıyla açıklanabilir. Öte yandan yaş yükseldikçe sağlığı a olan ihtiyacın artmasına karşın kuşaklar arasındaki teknoloji kullanım farklılıklarından kaynaklı ileri yaştaki bireylerin e-sağlık okuryazarlığı noktasındaki eksikliklerinin mevcut olduğu; ayrıca 18-24 yaş arası genç kuşağın sağlığı a daha az gereksinim duymasından dolayı bir üst kuşağı a göre e-sağlık okuryazarlık becerilerinin eksik olduğu ifade edilebilir. Stellefson ve ark. (205) tarafından yapılan araştırmada üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık becerilerinin beklenenin altında kalmış olması da söz konusu durumu destekler niteliktedir. Bununla birlikte araştırmada ortaya çıkan sonuçlara benzer sonuçların yer aldığı literatür incelendiğinde yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahip olan kişilerin genellikle genç bireylerden meydana geldiğı ifade edilmektedir (121,141,156).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile e-sağlık okuryazarlık becerileri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Nitekim literatürde e-sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalardan çıkan sonuçlar çeşitli ve istikrarsızdır. Kadınların morbidite oranlarının erkeklere göre daha fazla olmasından dolayı kadın bireylerin hastalıklar ve çeşitli sağlık konularıyla ilgili internetten bilgi arama içgüdülerinin daha fazla olduğunu ifade eden araştırmalar (162,206) mevcut iken erkeklerin ise temel okuryazarlık bilgilerinin, aritmetik becerilerinin ve teknolojik yatkınlıklarının daha yüksek olması sebebiyle daha yüksek e-sağlık okuryazarı olduklarını belirten araştırmalar da (163,207,208) mevcuttur. Araştırmadan çıkan önemli sonuçlardan birisi de bireylerin eğitim düzeylerinin arttıkça e-sağlık okuryazarlıklarının da artmasıdır. Araştırma genelinde e-sağlık okuryazarlığı skorlarının yüksek düzeyde tespit edilmesinin temel nedeni örneklemi oluşturan bireylerin büyük çoğunluğunu üniversite mezunu bireylerin oluşturmasıdır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin eğitim düzeyi düşük olanlara göre e-sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olması literatürdeki pek çok araştırmayla örtüşmektedir (155,209,210). Zira e-sağlık okuryazarlığını oluşturan temel bileşenlerden bir tanesi de temel (geleneksel) okuryazarlıktır. Bu doğrultuda eğitim düzeyi yüksek olan bireyler internetteki sağlık kaynaklarının kalitesini ayırt etme ve doğru bilgiye ulaşma noktasında daha başarılı olmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı bağlamında araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumu beyanları

incelendiğinde; aylık gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirten bireyler, gelirleri giderlerine denk olan ve gelirleri giderlerini karşılamayan bireylere göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığına sahiptir. Teknolojik hazır oluş kısmındaki gerekçeye benzer bir biçimde belirli bir gelir ortalamasının üzerindeki bireyler teknolojik cihaz ve hizmetlere daha rahat ulaşabildikleri için bu kişilerin e-sağlık okuryazarlıklarının gelişme olanağı daha yüksek olabilmektedir. Nitekim literatürdeki araştırma sonuçları incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanılmakta, sosyoekonomik düzeyi düşük olan, dolayısıyla daha az bilgisayar ve internet deneyimi olan bireylerde e-sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük seyrettiği ifade edilmektedir (153,164,211). Araştırmada ortaya çıkan en net farklılıklardan birisi, internetten sağlık araştırması sıklığı ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki farklılıklardır. Bulgulara göre; internet üzerinden sağlık araştırması yapmanın sıklığı arttıkça, e-sağlık okuryazarlığı düzeyi de doğrusal olarak artmaktadır. Bu sonuç da alanyazında yer alan araştırmalardan elde edilen sonuçlar ile örtüşmektedir (161,212). Zira elektronik ortamdaki beceriler, sürekli kullanım ve deneyim kazanma yoluyla gelişmektedir. Benzer doğrultuda katılımcıların günlük bilgisayar ve akıllı telefon kullanım oranları incelendiğinde bu cihazlarla fazla vakit geçiren kişilerin az vakit geçiren kişilere göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip oldukları görülmektedir. Nitekim Xesfingi ve Vozikis (213), yaptıkları araştırmada bilgisayar ve bilgi okuryazarlıklarının da e-sağlık okuryazarlığı üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu belirtmektedir (213). Bu sonuçların yanı sıra Özer ve ark. (214) tarafından yapılan araştırmada sosyal medya kullanımı ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiş olup buradan hareketle özellikle akıllı telefon kullanımı fazla olan bireylerin e-sağlık okuryazarlık becerilerinin daha gelişmiş olduğu söylenebilir. Araştırmada tıpkı teknolojik hazır oluş gibi e-sağlık okuryazarlığı düzeyinde de kronik hastalık değişkeninin bir etkisi tespit edilmemiştir. Bu sonuç literatürün genelinden farklılaşmaktadır. Literatürde yer alan sonuçların birçoğunda kronik hasta bireylerin internetten sağlık bilgisi arama kapasitelerinin yetersiz olduğu ve e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastalığı olmayan bireylere kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir (142,215). Bu tez çalışmasında ise kronik hastalık değişkeninin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde bir etkisinin olmaması, örneklemin çoğunluğunun ve bununla birlikte kronik hastalığa sahip olanların, eğitim düzeyi yüksek ve genç nüfustan meydana gelmesiyle açıklanabilir.

Araştırmanın ana problemini oluşturan; teknolojik hazır oluşu meydana getiren motive edici ve engelleyici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde bir etkisinin olup olmadığını tespit etmek adına, öncelikle değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin bulunup bulunmadığını test eden korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizi sonucunda teknoloji hazırlığının motive edici faktörleri olan iyimserlik ve yenilikçilik ile hem e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geneli, hem de ölçeğin alt boyutları arasında orta düzeyde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Fakat teknoloji hazırlığının engelleyici faktörleri olan rahatsızlık ve güvensizlik ile e-sağlık okuryazarlığı ve ölçeğin alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Korelasyon analizinde arasında anlamlı ilişki bulunmayan değişkenler regresyon analizine tabi tutulmamış, yalnızca motive edici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığı ve onun alt boyutlarına olan etkisi regresyon analizinde ele alınmıştır. Beklendiği üzere; teknolojik hazır oluşu belirleyen motive edici faktörlerin, e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde pozitif yönde etki ettiği saptanmıştır. Bu sonuca benzer şekilde, Chiu ve Cho (216) tarafından yapılan çalışmada teknolojiye yönelik motivasyonları yüksek olan bireylerin sağlık ve fitness uygulamalarını daha fazla kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Arcury ve ark. (217) tarafından ileri yaştaki yetişkinler üzerinde yürütülen çalışmada ise internet kullanım oranı ve elektronik cihaz sayısı fazla olan bireyler ile bu cihazlara yönelik kullanım stresi az olan bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Benzer biçimde Price-Haywood ve ark. (197) tarafından yapılan çalışmada da, kronik hastalıklar ile ilgili çeşitli hasta portallarının ve mobil uygulamaların kullanma yatkınlığı ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Öte yandan teknoloji hazırlığının engelleyici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığını düşürücü etki göstermesi beklenirken, beklentilerin aksine engelleyici faktörlerin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde bir etkisine rastlanmamıştır. Bu durum şu şekilde yorumlanabilir: Sağlık sektörü geçmiş dönemlerden beri teknoloji-yoğun bir sektör olmasının yanında özellikle son dönemde internet ve mobil teknolojilerin gelişim hızının geçmişe göre çok daha yüksek olması, sağlık hizmetlerinde mobilizasyon ve dijitalleşme gibi kavramların önünü açmıştır. Hastane randevuları, tahliller, tetkikler gibi rutin süreçlerin yanında teletıp hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte telemuayene, telekonsültasyon gibi çevrim içi çözümler gelişme göstermiştir. Dolayısıyla son kullanıcı ve sağlık hizmeti alıcısı konumundaki bireyler, sağlık

hizmetlerinde meydana gelen dijitalleşmeye ayak uydurmak zorunda kalmışlardır. Hemen hemen tüm işlemlerin internet ve mobil cihazlar vasıtasıyla gerçekleştirdiği bir ortamda, bireyler teknoloji konusunda rahatsız ve güvensiz hissetseler dahi, bu durum onların e-sağlık okuryazarlıklarını etkilememiştir. Özellikle COVID-19 pandemi döneminde Hayat Eve Sığar, E-Nabız, Merkezi Hekim Randevu Sistemi gibi e-sağlık ve mobil sağlık uygulamalarının kullanım oranının artması, bu dönemden kalan birtakım alışkanlıkların devam etmesi ve sağlık kurumlarının viral açıdan tehlikeli yerler olması, araştırmada ortaya çıkan bu sonucun aslında sürpriz olmadığını ifade etmektedir. Zira bireyler, sağlıkta teknoloji kullanımına adeta zorunlu tutulduklarından dolayı teknoloji konusunda olumsuz görüşler bildirmelerine rağmen bu görüşlerini e-sağlığa yansıtmamışlardır. Bu süreçte, COVID-19 döneminin meydana getirdiği dijitalleşmeyi zorlayıcı faktörlerin de etkisi büyüktür. Tatlı ve Öngel (218), Yeni Kurumsal Kuram çerçevesine dayandırarak yaptıkları araştırmada COVID-19 pandemisinin meydana getirdiği “yeni normal” kavramı ile birlikte firmaların dijital dönüşüme adeta zorlandığını, bundan sonraki dönemin dijitalleşme ile birlikte şekilleneceğini belirtmişlerdir. Firma bazında gerçekleşen bu dijital dönüşüm, bireysel yaşantıya da sirayet etmiş, teknolojinin en yoğun kullanıldığı sektörlerden biri olan sağlık sektöründe dijital dönüşüm hızlanmıştır. Dolayısıyla bireylerdeki teknoloji motivasyonu, onların e-sağlık bağlamında daha bilgili ve donanımlı hale gelmelerini sağlarken, yaşanan teknoloji endişeleri, onların e-sağlık kullanım düzeylerinde ve okuryazarlıklarında bir etkiye sahip olmamıştır. Özetle, teknoloji kullanımı noktasında iyimser ve yenilikçi olan bireyler elektronik ortamda sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri işleme ve sağlık problemlerini çözme noktasında kullanma becerileri açısından daha başarılıdır; ancak bireylerin teknoloji kullanımı noktasında rahatsız ve güvensiz hissetmeleri onların e-sağlık okuryazarlık düzeyini değiştirmemektedir.

Teknolojik hazır oluşun motive edici faktörlerinin e-sağlık okuryazarlığına etkileri; e-sağlık okuryazarlığının alt boyutları olan fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve dönüştürücü bağlamlarda incelendiğinde; teknolojiyi motive edici faktörler olan iyimserlik ve yenilikçiliğin, e-sağlık okuryazarlığının tüm boyutları üzerinde orta düzeyde etkisinin olmasının yanında fonksiyonel ve dönüştürücü boyutları diğer boyutlara göre daha fazla etkilediği görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasındaki sebep, fonksiyonel (işlevsel) okuryazarlığın bireyler tarafından daha çok

benimsenmesi, bireylerin daha işlevsel ve somut e-sağlık çözümlerine yönelmesi, teknolojiye hazır olmanın bireylerin internet üzerinden doğru bilgi edinmesine ve bu bilgileri sağlığı olumlu yönde yönetmede kullanmasına zemin hazırlamasıdır. Nitekim Hsu ve ark. (150) tarafından yapılan araştırmada, fonksiyonel e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin bireylerin sağlıklarıyla ilgili duydukları endişeden kaynaklı iletişim teknolojileri kullanımları ile sağlıklı yeme ve egzersiz davranışları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği belirtilmektedir. Öte yandan teknolojiye daha motive olan bireyler, e-sağlık becerilerini dönüştürücü bazda daha fazla geliştirerek bu beceriler ile öz sağlık yönetimlerini iyileştirebilmektedir. Teknoloji hazırlığının motive edici faktörlerinin, e-sağlık okuryazarlığının iletişimsel ve eleştirel boyutlarını diğer boyutlara göre daha az etkilediği görülmektedir. Buradan hareketle de, bireylerin teknoloji konusunda iyimser ve yenilikçi olmasının aslında onların diğer insanlarla e-sağlık bilgilerini paylaşma, eleştirel düşünme ve sorunlara katkıda bulunma noktasında diğer boyutlara nazaran daha az etkili olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Söz konusu durum üzerinde, bireylerin genel teknolojik hazır oluşlarındaki güvensizlik algılarının nispeten yüksek olması etkili olabilir. Zira bireyler sanal ortamda karşılaştığı kişilere karşı güvensizlik yaşayabilmekte, bunun sonucunda da kişiler arası iletişim zayıflıkları ortaya çıkabilmektedir. Yine de teknolojiye daha hazır olan bireylerin e-sağlık okuryazarlığının tüm boyutları açısından daha başarılı oldukları söylenebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmadan ortaya çıkan sonuçlar özetlendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin teknolojiye hazır oluşlarının ve e-sağlık okuryazarlıklarının yüksek düzeyde seyrettiği ifade edilebilir. Bunun yanı sıra; teknoloji kullanımına yönelik rahatsızlık algıları çok yüksek olmayan katılımcıların güvensizlik algıları yüksek olarak tespit edilmiştir. Teknoloji kullanımı noktasında genel olarak iyimser ve yenilikçi hisseden bireylerde, teknolojinin getireceği muhtemel olumsuzluklar karşısında da bir endişe ve güvensizlik söz konusudur. Bunun genel sebebinin ise kullanılan uygulamalardaki veri güvenliği ve gizlilik endişeleri olduğu ifade edilebilir. Nitekim bireylerin iletişimsel e-sağlık okuryazarlıklarının, e-sağlık okuryazarlığının diğer alt boyutlarına göre daha düşük seyretmesi bu durumu açıklamaktadır. İletişimsel boyutta bireylerin diğer e-sağlık kullanıcılarıyla içinde bulundukları ilişkiler, sohbetler ve bağlantılardan bahsedilmektedir. Teknoloji konusunda güvensiz hisseden bireylerin etkili iletişim kurma noktasında nispeten yetersiz kalmaları şaşırtıcı değildir.

Araştırmada; çalışma hayatına yeni girilen genç yaşlarda bulunan, üniversite ve lisansüstü eğitimine sahip olan, internetten daha çok sağlık araştırması yapan, akıllı telefon ve bilgisayar kullanım oranı görece yüksek olan ve sosyoekonomik durumu ortalamanın üzerinde olan bireylerin teknolojik hazır oluşları ve e-sağlık okuryazarlıkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Erkek bireylerin teknoloji hazırlığının kadınlara nispeten daha yüksek bulunduğu araştırmada e-sağlık okuryazarlığı bağlamında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Öte yandan araştırmaya katılan bireylerdeki kronik hastalık mevcudiyetiyle, onların teknoloji hazırlıkları ve e-sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Araştırmada; teknolojiye hazır olma noktasında motive olan, yeni teknolojileri benimseme noktasında iyimser ve yenilikçi bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın amacını açıkla nitelikte olan bu sonuç ile, vatandaşların teknolojinin sunmuş olduğu olanaklardan maksimum derecede faydalanarak ve ilgi alanlarına giren teknolojik gelişmeleri sürekli takip ederek bunun sonucunda sağlık durumlarıyla ilgili daha net bilgilere erişmesinin,

sağlıklarını daha iyi yönetmesinin, e-sağlık konularıyla ilgili daha donanımlı bireyler haline gelip gerektiğinde bu konularla ilgili eleştirel düşünüp etkin kararlar alabilmesinin önünün açılacağı düşünülmektedir. E-sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinden birinin teknoloji hazırlığı olduğunu kanıtlayan araştırma sonucu ile teknoloji yatkınlığı daha yüksek olan bireylerde bu yatkınlığın olumlu etkisiyle e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin de gelişim gösterdiği ifade edilebilir. Öte yandan teknoloji kullanımı noktasında kendisini yetersiz gören bireylerin e-sağlık okuryazarlıklarında herhangi bir değişime rastlanılmaması, dijitalleşen sağlık sektöründe artık geleneksel yöntemlerin popüleritesini kaybetmeye yüz tuttuğunu, dijital sağlık çözümlerinin gelecek yıllarda daha da yaygınlaşması gerektiğini ifade etmektedir. Zira dijitalleşen sağlık sektöründe basit düzeyden karmaşık düzeye kadar her türlü iş ve işlemde teknolojik ve çevrim içi yöntemlerden yararlanmak bireyler için zorunlu hale gelmiştir. Elde edilen sonuçların bu yönüyle alanyazına olumlu yönde katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmada kullanılan örneklemin çoğunlukla genç nüfustan meydana gelmesi, teknoloji konusunda rahatsız ve güvensiz hisseden bireylerde bu etkinin e-sağlık okuryazarlığına yansımamasının bir nedeni olabilir. Nitekim araştırma örnekleminin yaş değişkeni bağlamında tam manasıyla homojen dağılmaması ve ileri yaş bireylere çok fazla ulaşamaması araştırmanın en büyük kısıtlarından birisidir. Araştırmanın ileri yaştaki bireylere tam olarak genellenebilmesini engelleyen bu kısıtlılıkta araştırma anketlerinin büyük çoğunlukla çevrim içi ortamlardan paylaşılmasının ve ileri yaştaki bireylerin bu mecralarda çok fazla aktif olmamasının rolünün büyük olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın bir başka kısıtlılığı ise ulaşılan bireylerin tamamının İstanbul'da ikamet etmesidir. Türkiye'nin diğer bölgelerinde yaşayan bireylerin çeşitli kültürel farklılıklar, bölgenin sosyoekonomik özellikleri gibi faktörlerden ötürü teknoloji hazırlığı ve e-sağlık okuryazarlığı bağlamında belirtecekleri görüşlerin farklılaşabileceği ifade edilebilir. Ayrıca gelecekte e-sağlık okuryazarlığı alanında yapılacak araştırmalarda daha spesifik bir örneklem üzerinde çalışılması önerilebilir. Örneğin çeşitli meslek grupları ya da belirli yaş grupları özelinde yapılacak olan araştırmalarda, teknolojiye hazır oluş ve e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin farklılaşabileceğinin yanı sıra, ilişkilerin yönünün ve büyüklüğünün de değişebileceği ifade edilebilir.

Teknoloji hazırlığının e-sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilediği sonucu ele alındığında; toplumun genel sağlık ve refah seviyesinin yükseltilebilmesi adına uygulayıcı kurumlara, politika yapıcılara ve son kullanıcılara da çeşitli öneriler sunulabilir. Öncelikle eğitim durumu ve sosyoekonomik durum değişkenlerinin e-sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olması, kişilerin genel eğitim düzeyinin artırılmasını ve toplumsal refah düzeyinin iyileştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu noktada ileri yaştaki vatandaşlar başta olmak üzere her yaştan bireye e-sağlık alanında çeşitli eğitimler düzenlenmeli ve toplum refahını artırıcı politikalar izlenerek kişilerin teknolojiye daha hazır ve e-sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler haline gelmeleri teşvik edilmelidir. Halk eğitimi merkezleri, üniversiteler bünyesinde faaliyet gösteren sürekli eğitim merkezleri, kamu spotları gibi çeşitli şekillerde vatandaşlara sunulabilecek eğitimler vasıtasıyla özellikle teknoloji kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı konularında diğer yaş gruplarına nispeten yetersiz seviyede olan ileri yaştaki vatandaşlara yönelik eğitim hizmetleri geliştirilmelidir. Bununla birlikte, geliştirilen e-sağlık ve mobil sağlık uygulamalarının daha kolay kullanımlı ve kullanıcı dostu uygulamalar haline getirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca; kamu ve özel sektördeki tüm sağlık kurumlarının teknolojik hazır oluş ve e-sağlık okuryazarlığı bağlamında bilgi sahibi olması, hastaların da bu becerilere sahip olup olmamalarını önemsemesi gerekmektedir. Bu noktada hastanelerde topluma yönelik düzenlenecek olan çeşitli eğitimler ve konferanslar vasıtasıyla kişilerin teknolojiye yönelik yatkınlıklarının artırılması hedeflenebilir. Bireylerin teknolojiye yönelik güvensizlik algılarının da yüksek olduğu göz önüne alındığında e-sağlık alanında kullanılan web sitelerinin, mobil uygulamaların, cihazların ve e-hizmetlerin; öncelikle kişisel veri güvenliğine, gizliliğe, mahremiyete ve kullanım kolaylığına maksimum derecede önem vermesi gerekmektedir. Dolayısıyla hem Sağlık Bakanlığı hem de özel girişimciler tarafından geliştirilen e-sağlık çözümlerinin yukarıda sıralanan kriterler göz önüne alınarak geliştirilmesi önerilmektedir.

Toplumun e-sağlık noktasında teknolojiyle daha iç içe olmasını sağlamak adına sağlık kurumlarında self servis hizmetleri geliştirilebilir. Örneğin; hastanelerde self servis kiosk hizmetleri yaygınlaştırılabilir. Bu hizmet ile hastalar herhangi biriyle iletişime geçmek ve sıra beklemek zorunda kalmadan hasta kaydı ile ilgili işlemlerini, ödemelerini, kimlik kontrollerini, imza işlemlerini vb. kendileri yapabilmektedir.

Böylece hastalar bu cihazları kullanırken kendilerini daha rahat hissedebilmekte, sağlık kurumları da personel açısından tasarruf edebilmektedir. Hastanelerin içerisine yerleştirilen cihazların yanında, kişilerin sürekli yanlarında taşıyacağı giyilebilir teknolojilere yönelik farkındalığın da artırılması gerekmektedir. Zira giyilebilir cihazlar vasıtasıyla bireyler sağlık durumlarıyla ilgili verileri güncel olarak takip edebilmekte, e-sağlık noktasında daha donanımlı hale gelmektedirler. Özetle; bireylerin halihazırda var olan ve gelecekte geliştirilmeye devam edecek olan teknolojik olanaklardan mümkün olan en yüksek derecede faydalanması ve onların bu teknolojileri kullanma noktasında kendilerini hazır hissetmeleri ile toplumun e-sağlık okuryazarlığı düzeyi yükselmekte, bunun sonucunda da sağlıkları hakkında daha objektif ve bilinçli kararlar alabilen bireyler yetişmekte ve toplum sağlığı ile refahı gelişmektedir. Dolayısıyla teknolojiye daha hazır ve e-sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplumun elde edilmesi için sağlık yöneticileri, devlet karar vericileri ve son kullanıcı konumundaki bireyler üzerlerine düşen görevleri en iyi şekilde yerine getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Öngel, V., Yavuz, M. S. ve Tatlı, H. S. (2022). Factors affecting digital literacy of human resources. *Управленец*, 13(1), 68-83.
2. Norman, C. D. ve Skinner, H. A. (2006a). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e506.
3. Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L. ve Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 7(4), 522-540.
4. Xie, B. (2011a). Older adults, e-health literacy, and collaborative learning: An experimental study. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(5), 933-946.
5. Xie, B. (2012). Improving older adults' e-health literacy through computer training using NIH online resources. *Library & Information Science Research*, 34(1), 63-71.
6. Yıldız, A. (2021). Sağlık alanında öğrenim gören yükseköğrenim öğrencilerinin internete yönelik tutumlarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerine etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(79), 1420-1431.
7. Mıdık, Ö. ve Aker, S. (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinin pandemi sürecinde e-sağlık okur yazarlık düzeyleri ve sağlık bilgisi arama davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(4), 245-251.
8. Kurtoğlu, İ., Yılmaz, N. ve Taş, M. A. (2021). Kronik hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerine bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (35), 126-136.
9. Paige, S. R., Stellefson, M., Krieger, J. L., Anderson-Lewis, C., Cheong, J. ve Stopka, C. (2018). Proposing a transactional model of eHealth literacy: Concept analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), e10175.
10. Parasuraman, A. (2000). Technology Readiness Index (TRI): A multiple-item scale to measure readiness to embrace new technologies. *Journal of Service Research*, 2(4), 307-320.
11. Liljander, V., Gillberg, F., Gummerus, J. ve Reil, A. V. (2006). Technology readiness and the evaluation and adoption of self-service technologies. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 13(3), 177-191.
12. Meuter, M. L., Bitner, M. J., Ostrom, A. L. ve Brown, S. W. (2005). Choosing among alternative service delivery modes: An investigation of customer trial of self-service technologies. *Journal of Marketing*, 69(2), 61-83.
13. Çetindamar, D. ve Günsel, A. (2009). Teknoloji yetenek kapasitesinin değerlendirilmesi: Nedir ve nasıl uygulanır?. *TÜSİAD - Sabancı Üniversitesi Rekabet Forumu*, 2009.
14. İşman, A. (2001). Teknolojinin felsefi temelleri. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1).
15. Yıldırım, M. (2017). *Teknolojiye hazır olma düzeyinin yeni ve geleneksel medyada reklama yönelik tutum ve hatırlamaya etkisi üzerine bir değerlendirme* (Doktora Tezi). Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
16. Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. ve Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478.
17. Mick, D. G. ve Fournier, S. (1998). Paradoxes of technology: Consumer cognizance, emotions, and coping strategies. *Journal of Consumer Research*, 25(2), 123-143.
18. Parasuraman, A. ve Colby, C. L. (2015). An updated and streamlined technology readiness index: TRI 2.0. *Journal of Service Research*, 18(1), 59-74.
19. Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory Research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
20. Semiz, B. B. (2021). Algılanan risk ve e-güvensizliğin webrooming niyeti ve webrooming davranışı üzerindeki etkisinin gerekçeli eylem teorisi çerçevesinde incelenmesi. *Journal of Management Marketing and Logistics*, 8(1), 53-63.
21. Bang, H. K., Ellinger, A. E., Hadjimarcou, J. ve Traichal, P. A. (2000). Consumer concern, knowledge, belief, and attitude toward renewable energy: An application of the reasoned action theory. *Psychology & Marketing*, 17(6), 449-468.
22. Akıncı, S. ve Kıymahoğlu, A. (2014). Planlı davranış teorisi. İçinde M. İ. Yağcı ve S. Çabuk (Ed.), *Pazarlama Teorileri*. İstanbul: MediaCat Yayınları; 385-418.
23. Ajzen, I. ve Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.
24. Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of Innovations*. Illinois: The Free Press.

25. Park, S. (2004). *Factors that affect information technology adoption by teachers*. (Doktora Tezi). Faculty of The Graduate Collage, University of Nebraska, Nebraska.
26. Berger, J. I. (2005). Perceived consequences of adopting the internet into adult literacy and basic education classrooms. *Adult Basic Education*, 15(2), 103-121.
27. Demir, K. (2006). Rogersın yeniliğin yayılması teorisi ve internetten ders kaydı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 47(47), 367-391.
28. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
29. Pai, F. Y. ve Huang, K. I. (2011). Applying the technology acceptance model to the introduction of healthcare information systems. *Technological Forecasting and Social Change*, 78(4), 650-660.
30. Enér, R. (2015). *Factors influencing consumer acceptance of new technology*. (Yüksek Lisans Tezi). Luleå University of Technology, Department of Business Administration, Technology and Social Sciences, Luleå.
31. Davis, F. D. (1985). *A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: Theory and results* (Doktora Tezi). Massachusetts Institute of Technology, Massachusetts.
32. Godoe, P. ve Johansen, T. (2012). Understanding adoption of new technologies: Technology readiness and technology acceptance as an integrated concept. *Journal of European Psychology Students*, 3(1), 38-52.
33. Lin, C. H., Shih, H. Y. ve Sher, P. J. (2007). Integrating technology readiness into technology acceptance: The TRAM model. *Psychology & Marketing*, 24(7), 641-657.
34. Lu, J., Yu, C. S., Liu, C. ve Yao, J. E. (2003). Technology acceptance model for wireless Internet. *Internet Research*, 13(3), 206-222.
35. Taylor, S. ve Todd, P. A. (1995). Understanding information technology usage: A test of competing models. *Information Systems Research*, 6(2), 144-176.
36. Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
37. Şenlik, A. C. (2021). *Teknoloji kabulü ve teknolojik yatkınlığın tüketicilerin dijital yayın platformlarını kullanım niyeti ve sıklığı üzerine etkileri*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
38. Akça, Y. ve Özer, G. (2012). Teknoloji kabul modeli'nin kurumsal kaynak planlaması uygulamalarında kullanılması (The use of technology acceptance model in enterprise resource planning implementations). *Business and Economics Research Journal*, 3(2), 79-96.
39. Burton-Jones, A. ve Hubona, G. S. (2006). The mediation of external variables in the technology acceptance model. *Information & Management*, 43(6), 706-717.
40. Esen, M. ve Erdoğan, N. (2014). Effects of technology readiness on technology acceptance in E-HRM: Mediating role of perceived usefulness. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 9(1), 7-21.
41. Lallmahamood, M. (2007). An examination of individual's perceived security and privacy of the internet in Malaysia and the influence of this on their intention to use e-commerce: Using an extension of the technology acceptance model. *Journal of Internet Banking and Commerce*, 12(3), 1-26.
42. Venkatesh, V. ve Davis, F. D. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management Science*, 46(2), 186-204.
43. Meuter, M. L., Ostrom, A. L., Roundtree, R. I. ve Bitner, M. J. (2000). Self-service technologies: Understanding customer satisfaction with technology-based service encounters. *Journal of Marketing*, 64(3), 50-64.
44. Massey, A. P., Khatri, V. ve Montoya-Weiss, M. M. (2007). Usability of online services: The role of technology readiness and context. *Decision Sciences*, 38(2), 277-308.
45. Parasuraman, A. ve Colby, C. L. (2001). *Techno-Ready Marketing: How and Why Your Customers Adopt Technology?*. New York: Free Press.
46. Walczuch, R., Lemmink, J. ve Streukens, S. (2007). The effect of service employees' technology readiness on technology acceptance. *Information & Management*, 44(2), 206-215.
47. Demirci, A. E. ve Ersoy, N. F. (2008). Technology readiness for innovative high-tech products: How consumers perceive and adopt new technologies. *The Business Review*, 11(1), 302-308.
48. Scheier, M. E. ve Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.
49. Sönmez, E. ve Akgül, H. (2015). Üniversite öğrencilerinin teknolojiye hazır bulunuşluk düzeyi ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki: Erciyes Üniversitesi örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13(26), 305-327.
50. Tsikriktsis, N. (2004). A technology readiness-based taxonomy of customers: A replication and extension. *Journal of Service Research*, 7(1), 42-52.

51. Lundberg, E. (2017). *How to compete effectively with self-service technologies: The impact of technology readiness and the technology acceptance model on self-scanning*. (Yüksek Lisans Tezi). Uppsala University Department of Business Studies, Uppsala.
52. Köse, B. (2012). *Tüketici yenilikçiliği ve yeniliklerin benimsenmesi: Bir yenilik olarak mobil internetin benimsenmesi*. (Doktora Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.
53. Korkmaz, S. (2019). *Çalışanların teknolojiye hazırbulunuşluk eğilimleri, teknoloji kabulü ve iş tatmini arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
54. Sophonthummapharn, K. ve Tesar, G. (2007). Technology readiness and propensity of cell phone users to subscribe to commercial messaging services. *Marketing Management Journal*, 17(2), 81-95.
55. Kuo, K. M., Liu, C. F. ve Ma, C. C. (2013). An investigation of the effect of nurses' technology readiness on the acceptance of mobile electronic medical record systems. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 1-14.
56. Özbay, M. ve Çelik, M. E. (2013). Türkçe öğretmeni adaylarının bilgi okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Ana Dili Eğitimi Dergisi*, 1(4), 10-21.
57. Aşıcı, M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 9-26.
58. Barton, D. ve Hamilton, M. (2012). *Local Literacies: Reading and Writing in One Community*. London: Routledge.
59. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
60. Montoya, S. (2018). *Defining Literacy*. Global Alliance to Monitor Learning - UNESCO (İnternette). Erişim 10.03.2023, https://gaml.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/4.6.1_07_4.6-defining-literacy.pdf.
61. Gerger, G. (2022). *Ortaöğretim öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile fiziksel okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlıklarının incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray.
62. Altun, A. (2005). *Gelişen Teknolojiler ve Yeni Okuryazarlıklar*. Ankara: Anı Yayıncılık.
63. Avcı, Y. D. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 259-266.
64. Ishikawa, H. ve Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 1-5.
65. Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.
66. Kickbusch, I., Wait, S. ve Maag, D. (2006). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. London: International Longevity Center (İnternette). Erişim 25.10.2022, <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>.
67. Peerson, A. ve Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24(3), 285-296.
68. Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
69. Nutbeam, D. ve Wise, M. (1993). Australia: Planning for better health: Opportunities for health promotion through the development of national health goals and targets. *Promotion & Education*, 1(4), 19-24.
70. World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO Institutional Repository for Information Sharing (İnternette). Erişim 24.10.2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>.
71. American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Jama*, 281(6), 552-557.
72. Baur, C., Harris, L. ve Squire, E. (2017). The US National Action Plan to improve health literacy: A model for positive organizational change. İçinde R. A. Logan ve E. R. Siegel (Ed.), *Health Literacy*. Amsterdam: IOS Press; 186-202.
73. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
74. Inoue, M., Takahashi, M. ve Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*, 14(1), 1-9.
75. Kickbusch, I. (2004, Ekim). *Improving health literacy - A key priority for enabling good health in Europe*. European Health Forum Gastein, Salzburg, Avusturya.
76. Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B. ve Akalin, H. E. (2014). *Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

77. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. ve Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
78. Yüksel, O. ve Deniz, S. (2019, Ekim). *Bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma*. 2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19), Balıkesir, Türkiye.
79. Gündoğdu, S. (2022). *Yeni kamu yönetimi paradigması bağlamında e-devletin sağlık sektöründeki uzantısı e-Sağlık: Konya örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
80. Kesici, N. (2014). *Sağlık kurumları itibar yönetiminde kalite ve inovasyon*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
81. Akalın, B. ve Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zekâ. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(2), 128-137.
82. Altuntaş, E. Y. (2019). *Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Dijital Dönüşüm*. Konya: Eğitim Yayınevi.
83. Tezcan, C. (2018). Sağlığın dijital dönüşümü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, 46, 18-21.
84. Akalın, B. ve Veranyurt, Ü. (2022). Sağlık 4.0 ve sağlıkta yapay zekâ. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 4(1), 57-64.
85. Herselman, M., Botha, A., Toivanen, H., Myllyoja, J., Fogwill, T. ve Alberts, R. (2016, Mayıs). *A digital health innovation ecosystem for South Africa*. 2016 IST-Africa Week Conference, Durban, Güney Afrika Cumhuriyeti.
86. Hudes, M. K. (2017, Şubat). *Fostering innovation in digital health a new ecosystem*. 2017 Pan Pacific Microelectronics Symposium, Hawaii, Amerika Birleşik Devletleri.
87. Atasoy, H., Greenwood, B. N. ve McCullough, J. S. (2019). The digitization of patient care: A review of the effects of electronic health records on health care quality and utilization. *Annual Review of Public Health*, 40, 487-500.
88. Özen, H. (2021). Dijital sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından değerlendirilmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(38), 5440-5472.
89. Bektaş, G. ve Şimşek, F. (2016). İleri yaş sağlık turizminde mobil sağlık hizmetlerinin önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 179-185.
90. Wernhart, A., Gahbauer, S. ve Haluza, D. (2019). eHealth and telemedicine: Practices and beliefs among healthcare professionals and medical students at a medical university. *PloS One*, 14(2), e0213067.
91. Mitchell, J. (2000). Increasing the cost-effectiveness of telemedicine by embracing e-health. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(1_suppl), 16-19.
92. Jagde, A. K., Shrivastava, R., Feine, J. ve Emami, E. (2021). Patients' e-readiness to use e-health technologies for oral health. *PloS One*, 16(7), e0253922.
93. T. C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *E-sağlık (Elektronik Sağlık)*. Erişim Tarihi (09.03.2023), T. C. Sağlık Bakanlığı - Dijital Hastane: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4894/e-saglik-elektronik-saglik.html>.
94. World Health Organization. (2022). *eHealth*. Erişim Tarihi (21.11.2022), World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean: <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/#:~:text=WHO%20defines%20eHealth%20as%20the,health%20education%2C%20knowledge%20and%20research>.
95. May, C. R., Finch, T. L., Cornford, J., Exley, C., Gately, C., Kirk, S., ... ve Mair, F. S. (2011). Integrating telecare for chronic disease management in the community: What needs to be done?. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-11.
96. Aydın, S. (2004). *Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (İnternette) Ocak 2004. Erişim 25.11.2022, [https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf).
97. Özata, M. (2009). Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*, 6, 444-464.
98. Toygar, Ş. A. (2018). E-sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi*, (37), 101-123.
99. Sağlam, Ş. (2021). *Hastanelerin dijitalleşme sürecinde içsel pazarlama uygulamalarının sağlık çalışanları üzerindeki etkisine yönelik bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
100. Tebeje, T. H. ve Klein, J. (2021). Applications of e-health to support person-centered health care at the time of COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 27(2), 150-158.
101. Terzi, M. (2019). *Sağlık hizmetlerinde inovasyon: E-sağlık uygulamalarının hastalar tarafından değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

102. Işık, O. ve Yılmaz, A. (2014). *Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
103. Jung, M. L. (2008). *From health to e-health: understanding citizens' acceptance of online health care*. (Doktora Tezi). Luleå University of Technology, Department of Business Administration and Social Sciences, Luleå.
104. Weaver, C. A., Ball, M. J., Kim, G. R. ve Kiel, J. M. (2015). *Healthcare Information Management Systems: Cases, Strategies, and Solutions*. New York: Springer.
105. Ball, M. J. ve Lillis, J. (2001). E-health: Transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61(1), 1-10.
106. Weeks, R. (2012). A technology perspective of healthcare services management. *Acta Commercii*, 12(1), 173-185.
107. Koca, M., Gulhan, Y. ve Yılmaz, S. (2017). In terms of hospital management, employee perception of hospital automation system. *PressAcademia Procedia*, 3(1), 770-782.
108. Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E. ve Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e6349.
109. Yen, L., Gillespie, J., Kljakovic, M., Brien, J. A., Jan, S., Lehnbohm, E., ... ve Usherwood, T. (2011). Health professionals, patients and chronic illness policy: A qualitative study. *Health Expectations*, 14(1), 10-20.
110. Griebel, L., Enwald, H., Gilstad, H., Pohl, A. L., Moreland, J. ve Sedlmayr, M. (2017). eHealth literacy research - Quo vadis?. *Informatics for Health and Social Care*, 43(4), 427-442.
111. Altay, A. (2022). *Sağlık turizmi işletmeciliği öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı üzerine bir inceleme*. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
112. Arora, V. S., McKee, M. ve Stuckler, D. (2019). Google Trends: Opportunities and limitations in health and health policy research. *Health Policy*, 123(3), 338-341.
113. Jacobs, W., Amuta, A. O. ve Jeon, K. C. (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1302785.
114. Dalkılıç, S. (2022). *Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları ve sağlıkla ilgili internet kullanımının hasta güçlendirme üzerindeki etkisi: E-sağlık okuryazarlığının aracılık rolü*. (Doktora Tezi). Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yozgat.
115. Monkman, H. ve Kushniruk, A. W. (2015). eHealth literacy issues, constructs, models, and methods for health information technology design and evaluation. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 7(4), 541-549.
116. Norman, C. D. ve Skinner, H. A. (2006b). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e507.
117. McKinley, C. J. ve Wright, P. J. (2014). Informational social support and online health information seeking: Examining the association between factors contributing to healthy eating behavior. *Computers in Human Behavior*, 37, 107-116.
118. Özer, Ö., Şantaş, F. ve Budak, F. (2012). Sağlık web sitelerinin kullanım düzeylerinin incelenmesi: Örnek bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(4), 128-140.
119. Bodie, G. D. ve Dutta, M. J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly*, 25(1-2), 175-203.
120. Chan, C. V. ve Kaufman, D. R. (2011). A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e1750.
121. Neter, E. ve Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e1619.
122. Werts, N. ve Hutton-Rogers, L. (2013). Barriers to achieving e-health literacy. *American Journal of Health Sciences (AJHS)*, 4(3), 115-120.
123. Gilstad, H. (2014, May). *Toward a comprehensive model of ehealth literacy*. Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics, Trondheim, Norveç.
124. Bautista, J. R. (2015). From solving a health problem to achieving quality of life: Redefining eHealth literacy. *J Lit Technol*, 16(2), 33-54.
125. Yüce, A. E. (2022). *Kronik hastaların e-sağlık okuryazarlığı becerilerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve mesajla bilgilendirme eğitimi geliştirilerek etkisinin incelenmesi*. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
126. Kim, H. ve Xie, B. (2017). Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1073-1082.

127. Sykes, S., Wills, J., Trasolini, A., Wood, K. ve Frings, D. (2022). eHealth literacy during the COVID-19 pandemic: Seeking, sharing, suspicion amongst older and younger UK populations. *Health Promotion International*, 37(1), daab103.
128. Shiferaw, K. B. ve Mehari, E. A. (2019). Internet use and eHealth literacy among health-care professionals in a resource limited setting: A cross-sectional survey. *Advances in Medical Education and Practice*, 10, 563-570.
129. Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K. ve Oka, K. (2012). Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e1927.
130. Güneş, F. (2019). Okuryazarlık yaklaşımları. *The Journal of Limitless Education and Research*, 4(3), 224-246.
131. Kurudayıoğlu, M. ve Tüzel, S. (2010). 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, (28), 283-298.
132. SCANS. (1991). *What Work Requires of Schools: A Report of America 2000*. Washington DC: The Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills (İnternette) Haziran 1991. Erişim 20.12.2022, <http://wdr.doleta.gov/SCANS/whatwork/whatwork.pdf>.
133. Akkoyunlu, B. ve Kurbanoğlu, S. (2003). Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlığı ve bilgisayar öz-yeterlik algıları üzerine bir çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(24), 1-10.
134. Kurbanoğlu, S. (2010). Bilgi okuryazarlığı: Kavramsal bir analiz. *Türk Kütüphaneciliği*, 24(4), 723-747.
135. Thoman, E. (1999). Skills and strategies for media education. *Educational Leadership*, 56, 50-54.
136. Durur, E. K. (2016). Sağlık okuryazarlığı ve medya. İçinde E. K. Durur (Ed.), *Medya Okuryazarlığı*. Ankara: Siyasal Kitabevi; 157-179.
137. Yanık, C. (2010). Öğretmen adaylarının bilgisayar okuryazarlık algıları ile internet kullanımına yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39(39), 371-382.
138. Horton, F. W. (2008). *Understanding Information Literacy: A Primer*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (İnternette). Erişim 16.01.2023, <https://eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/17980/157020e.pdf?seq>.
139. Chan, C. V., Matthews, L. A. ve Kaufman, D. R. (2009, Kasım). *A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth literacy*. American Medical Informatics Association Annual Symposium, Kaliforniya, Amerika Birleşik Devletleri.
140. Şahin, C. T. ve Say, Ö. (2010). İlköğretim öğrencilerinin bilimsel okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 6(11), 223-240.
141. Aktürk, Ü. (2018). Bir aile sağlığı bölgesindeki 18-49 yaş arası kadınların e-sağlık okur yazarlık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 52-58.
142. Kırıl, C. (2022). *Toplunun e-sağlık okuryazarlığı ve mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumlarının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
143. Nakas, D. (2017). *Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. (Doktora Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
144. Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.
145. Özden, S. ve Yılmazel, G. (2019, Ağustos). *Yatarak tedavi gören hastalarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler: Hastane tabanlı bir çalışma*. 3. International 21. National Public Health Congress, Antalya, Türkiye.
146. Mansur, F. ve Cığerci, K. (2022). Siberkondri ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 11-21.
147. Xesfingi, S. ve Vozikis, A. (2014). *What Shapes eHealth Literacy of an Individual?*. Erişim 27.02.2023, Munich Personal RePEc Archive: https://mpa.ub.uni-muenchen.de/60187/1/MPRA_paper_60187.pdf.
148. Van der Vaart, R., Van Deursen, A. J., Drossaert, C. H., Taal, E., van Dijk, J. A. ve van de Laar, M. A. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e1840.
149. Mengestie, N. D., Yilma, T. M., Beshir, M. A. ve Paulos, G. K. (2021). eHealth literacy of medical and health science students and factors affecting eHealth literacy in an Ethiopian university: A cross-sectional study. *Applied Clinical Informatics*, 12(02), 301-309.
150. Hsu, W., Chiang, C. ve Yang, S. (2014). The effect of individual factors on health behaviors among college students: The mediating effects of eHealth literacy. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), e3542.

151. Yang, S. C., Luo, Y. F. ve Chiang, C. H. (2017). The associations among individual factors, eHealth literacy, and health-promoting lifestyles among college students. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e5964.
152. Kim, S. ve Jeon, J. (2020). Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 667-674.
153. Shi, Y., Ma, D., Zhang, J. ve Chen, B. (2021). In the digital age: A systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults. *Journal of Public Health*, (2021), 1-9.
154. Yang, E., Chang, S. J., Ryu, H., Kim, H. J. ve Jang, S. J. (2020). Comparing factors associated with eHealth literacy between young and older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(8), 46-56.
155. García-García, D., Ajejas Bazán, M. J. ve Pérez-Rivas, F. J. (2022). Factors influencing eHealth literacy among Spanish primary healthcare users: Cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15497.
156. Ghodrati, M., Afshar, H. L., Fazlollahi, Z. Z., Rahimi, B., Rashidi, A. ve Maleki, M. (2022). E-Health literacy and factors affecting it in patients admitted to a university hospital in Iran. *Electronic Physician*, 14(2), 7891-7897.
157. Cetinkaya, S., Askan, F., Gunes, N. E. O., Todil, T. ve Yuruk, E. (2022). E-health literacy of nursing students and investigation of factors affecting e-health literacy during COVID-19 pandemic process: A cross-sectional study. *Medicine*, 101(35), e30148.
158. Park, B. K. (2019). Factors influencing ehealth literacy of middle school students in Korea: A descriptive cross-sectional study. *Healthcare Informatics Research*, 25(3), 221-229.
159. Ekici, S. K. ve Gümüş, Ö. (2016). Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*, 55(Ek sayı/Supplement), 26-30.
160. Eysenbach, G. (2007). Poverty, human development, and the role of eHealth. *Journal of Medical Internet Research*, 9(4), e34.
161. Wong, D. K. K. ve Cheung, M. K. (2019). Online health information seeking and eHealth literacy among patients attending a primary care clinic in Hong Kong: A cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e10831.
162. Kilit, D. Ö. ve Eke, E. (2019). Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 401-436.
163. Bidmon, S. ve Terlutter, R. (2015). Gender differences in searching for health information on the internet and the virtual patient-physician relationship in Germany: Exploratory results on how men and women differ and why. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e4127.
164. Lwin, M. O., Panchapakesan, C., Sheldenkar, A., Calvert, G. A., Lim, L. K. ve Lu, J. (2020). Determinants of eHealth literacy among adults in China. *Journal of Health Communication*, 25(5), 385-393.
165. Tubaishat, A. ve Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 42, 47-52.
166. Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Sloyer, P. ve Shenkman, E. (2011). Internet use and eHealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e1697.
167. Özdemir, R. (2020). *E-sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesi: İstanbul Kadıköy ilçesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
168. Aksoy, C. (2018). Teknoloji kullanım ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin ölçülmesi: Üniversite öğrencilerine yönelik bir araştırma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 8(15), 1111-1131.
169. Lee, O. E. K., Kim, D. H. ve Beum, K. A. (2020). Factors affecting information and communication technology use and eHealth literacy among older adults in the US and South Korea. *Educational Gerontology*, 46(9), 575-586.
170. Campos, R., Arrazola, M. ve de Hevia, J. (2017). Economic crisis and benefits of the Internet: Differentiated Internet usage by employment status. *Economics of Innovation and New Technology*, 26(3), 269-294.
171. Park, H., Cormier, E., Gordon, G. ve Baeg, J. H. (2016). Identifying health consumers' eHealth literacy to decrease disparities in accessing eHealth information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(2), 71-76.
172. McCray, A. T. (2005). Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2), 152-163.
173. Van der Vaart, R., Drossaert, C. H., de Heus, M., Taal, E. ve van de Laar, M. A. (2013). Measuring actual eHealth literacy among patients with rheumatic diseases: A qualitative analysis of problems

- encountered using Health 1.0 and Health 2.0 applications. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), e2428.
174. Seçkin, G., Yeatts, D., Hughes, S., Hudson, C. ve Bell, V. (2016). Being an informed consumer of health information and assessment of electronic health literacy in a national sample of internet users: Validity and reliability of the e-HLS instrument. *Journal of Medical Internet Research*, 18(7), e5496.
175. Petrić, G., Atanasova, S. ve Kamin, T. (2017). Ill literates or illiterates? Investigating the eHealth literacy of users of online health communities. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e7372.
176. Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K. B., Elsworth, G. ve Osborne, R. H. (2018). A multidimensional tool based on the eHealth literacy framework: Development and initial validity testing of the eHealth literacy questionnaire (eHLQ). *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e8371.
177. Karnoe, A., Furstrand, D., Christensen, K. B., Norgaard, O. ve Kayser, L. (2018). Assessing competencies needed to engage with digital health services: Development of the eHealth literacy assessment toolkit. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e178.
178. Paige, S. R., Stellefson, M., Krieger, J. L., Miller, M. D., Cheong, J. ve Anderson-Lewis, C. (2019). Transactional eHealth literacy: Developing and testing a multi-dimensional instrument. *Journal of Health Communication*, 24(10), 737-748.
179. Barello, S., Triberti, S., Graffigna, G., Libreri, C., Serino, S., Hibbard, J. ve Riva, G. (2016). eHealth for patient engagement: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 6, 2013.
180. Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A. ve Barnett, S. (2017). What is eHealth (6)? Development of a conceptual model for eHealth: Qualitative study with key informants. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e8106.
181. Barnlund D. (1970). Communication: The context of change. İçinde K. K. Sereno ve C. Mortensen (Ed.), *Foundations of Communication Theory*. New York: Harper & Row; 83-102.
182. Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2023, 6 Şubat. Erişim 02.04.2023, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuc-lari-2022-49685>.
183. Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
184. Özer, P. S., Eriş, E. D. ve Özmen, Ö. N. T. (2011). Teknolojiye hazırlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir ölçek uyarlama çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 12(2), 321-333.
185. Norman, C. D. (2011). eHealth literacy 2.0: Problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e2035.
186. Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci*. Ankara: Anı Yayıncılık.
187. Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S. ve Alber, J. (2015). eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e3992.
188. Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
189. Karagöz, Y. (2019). *SPSS - AMOS - META Uygulamalı İstatistiksel Analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
190. Hair J., Black W., Babin B. ve Anderson R. (2014). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). London: Pearson Education Limited.
191. Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 815-824.
192. Köklü, N., Büyüköztürk, Ş. ve Çokluk-Bökeoğlu, Ö. (2007). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
193. Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
194. Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
195. Kaymak, E. (2019). *Kültürel farklılıkların teknoloji kabulü üzerindeki etkisi: Online alışveriş teknolojilerine yönelik bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
196. Celik, H. ve Kocaman, R. (2017). Roles of self-monitoring, fashion involvement and technology readiness in an individual's propensity to use mobile shopping. *Journal of Systems and Information Technology*, 19(3/4), 166-182.
197. Price-Haywood, E. G., Harden-Barrios, J., Ulep, R. ve Luo, Q. (2017). eHealth literacy: Patient engagement in identifying strategies to encourage use of patient portals among older adults. *Population Health Management*, 20(6), 486-494.

198. Xie, B. (2011b). Experimenting on the impact of learning methods and information presentation channels on older adults' e-health literacy. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(9), 1797-1807.
199. Alkan, Ö. ve Ünver, Ş. (2020). Türkiye’de e-devlet hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin analizi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(4), 1431-1453.
200. Bağlıbel, M. (2011). *İlköğretim öğretmenlerinin teknolojiye hazır olma düzeylerinin incelenmesi*. (Doktora Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
201. Summak, M. S., Bağlıbel, M. ve Samancıoğlu, M. (2010). Technology readiness of primary school teachers: A case study in Turkey. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 2671-2675.
202. Na, T. K., Lee, S. H. ve Yang, J. Y. (2021). Moderating effect of gender on the relationship between technology readiness index and consumers’ continuous use intention of self-service restaurant kiosks. *Information*, 12(7), 280.
203. Sarıkaya, N. T. (2014). *Pazara yeni sunulan “yüksek teknoloji ürünlerine” yönelik tüketici tutumlarının TRI (teknolojik hazır olma/isteklilik) endeksine göre analiz edilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
204. Lee, W. L., Lim, Z. J., Tang, L. Y., Yahya, N. A., Varathan, K. D. ve Ludin, S. M. (2022). Patients' technology readiness and eHealth literacy: Implications for adoption and deployment of eHealth in the COVID-19 era and beyond. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 40(4), 244-250.
205. Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B. ve Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e102.
206. Zhou, J. ve Wang, C. (2020). Improving cancer survivors’ e-health literacy via online health communities (OHCs): A social support perspective. *Journal of Cancer Survivorship*, 14, 244-252.
207. Huang, C. L., Yang, S. C. ve Chiang, C. H. (2020). The associations between individual factors, eHealth literacy, and health behaviors among college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2108.
208. Mohammadi, Z., Banihashemi, A. T., Asgharifard, H., Bahramian, M., Baradaran, H. R. ve Khamseh, M. E. (2015). Health literacy and its influencing factors in Iranian diabetic patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 230.
209. Green, G. (2022). Seniors’ eHealth literacy, health and education status and personal health knowledge. *Digital Health*, 8, 1-9.
210. Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K. ve Mengiste, S. A. (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: A cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1), 1-9.
211. Guo, Z., Zhao, S. Z., Guo, N., Wu, Y., Weng, X., Wong, J. Y. H., ... ve Wang, M. P. (2021). Socioeconomic disparities in eHealth literacy and preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in Hong Kong: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e24577.
212. Chang, F. C., Chiu, C. H., Chen, P. H., Miao, N. F., Lee, C. M., Chiang, J. T. ve Pan, Y. C. (2015). Relationship between parental and adolescent eHealth literacy and online health information seeking in Taiwan. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(10), 618-624.
213. Xesfingi, S. ve Vozikis, A. (2016). eHealth literacy: In the quest of the contributing factors. *Interactive Journal of Medical Research*, 5(2), e4749.
214. Özer, Ö., Özmen, S. ve Özkan, O. (2020). Sosyal medya kullanımının e-sağlık okuryazarlığına etkisinin incelenmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 4(2), 353-367.
215. Ertaş, H., Kırar, R. ve Demir, R. N. (2019, Ekim). *Dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Sakarya, Türkiye.
216. Chiu, W. ve Cho, H. (2021). The role of technology readiness in individuals' intention to use health and fitness applications: A comparison between users and non-users. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 33(3), 807-825.
217. Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., ... ve Bertoni, A. G. (2020). Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*, 39(2), 141-150.
218. Tatlı, H. S. ve Öngel, G. (2021). COVID-19 döneminde dijitalleşme ve zorlayıcı faktörler: Yeni kurumsal kuram açısından bir inceleme. İçinde S. Ada (Ed.), *Salgın Sonrası Dönemde Yeni ‘Dijital’ Normal*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 39-55.
219. T. C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Hayat Eve Sığar*. Erişim Tarihi (10.03.2023), <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/HES.pdf>.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.09.2022-12125



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 16.09.2022
Toplantı Sayısı : 2022/21
Karar Sayısı : 21/21

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Fatma KANTAŞ YILMAZ'ın sorumlu, Mesut Can TÜRKOĞLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu 22/460 kayıt numaralı *"Teknolojik Hazır Oluşu Belirleyen Motive Edici ve Engelleyici Faktörlerin E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisi"* başlıklı proje önerisi kurulumuzun 16.09.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Recep KEŞLİ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Ebru SAĞLAM
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

19.09.2022 Memur

Ali CEYLAN

EK-2.Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Bu anket “Teknolojik Hazır Oluşun E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisi” başlıklı araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu çalışma, yüksek lisans tezinin bir parçası olup araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Mesut Can TÜRKOĞLU ve tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ tarafından yürütülmektedir. Çalışmamıza anket formumuzu doldurarak katkıda bulunabilirsiniz. Anket boyunca sizden kimlik bilgileriniz istenmeyecek ve anketten elde edilecek veriler gizli tutulacaktır.

Gönüllü katkınız için çok teşekkür ederiz.

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya gönüllü olarak katılmayı;

- a) Kabul ediyorum
- b) Kabul etmiyorum

Bölüm 1: Sosyodemografik Sorular

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz:

- a) Kadın
- b) Erkek

3) Medeni durumunuz:

- a) Evli
- b) Bekar

4) Eğitim durumunuz (En son mezun olduğunuz okulu baz alınız):

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite
- e) Yüksek Lisans/Doktora

5) Mesleğiniz:

- a) Emekli
- b) Öğrenci
- c) Ev hanımı
- d) İşçi
- e) Memur
- f) Yönetici
- g) Esnaf
- h) Serbest çalışan
- i) Çalışmıyor
- j) Diğer (Lütfen belirtiniz):
.....

6) Aylık gelir durumunuz:

- a) Gelirim giderimden azdır.
- b) Gelirim giderime eşittir.
- c) Gelirim giderimden fazladır.

7) İnternet üzerinden sağlıkla ilgili ayda kaç kez araştırma yapıyorsunuz?

- a) Hiç
- b) 1-3 kez
- c) 4-6 kez
- d) 7-9 kez
- e) 10 kez ve üzeri

8) Günde kaç saat bilgisayar kullanıyorsunuz?

- a) Bu cihaza sahip değilim.
- b) 0-3 saat
- c) 4-7 saat
- d) 8-11 saat
- e) 12 saat ve üzeri

9) Günde kaç saat akıllı telefon kullanıyorsunuz?

- a) Bu cihaza sahip değilim.
- b) 0-3 saat
- c) 4-7 saat
- d) 8-11 saat
- e) 12 saat ve üzeri

10) Kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Bölüm 2: Teknolojik Hazır Oluş Ölçeği

No.	İfadeler (Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra her bir ifade için size en uygun olan bir seçeneği işaretleyiniz.)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İYİMSERLİK						
1	Teknolojik yenilikler yaşam kalitemi artırır.					
2	Teknoloji benim için daha fazla hareket özgürlüğü sağlar.					
3	Teknoloji günlük yaşantımı daha fazla kontrol altında tutmamı sağlar.					
4	Teknoloji kişisel hayatımda daha üretken olmamı sağlar.					
YENİLİKÇİLİK						
1	Diğer insanlar yeni teknolojiler hakkında tavsiye almak için bana danışır.					
2	Genellikle arkadaş çevremde yeni çıkan teknolojiyi ilk edinenler arasında olurum.					
3	Genellikle son teknoloji ürün ve hizmetleri başkalarının yardımı olmadan kullanabilirim.					
4	İlgi alanıma giren teknolojik gelişmeleri takip ederim.					
K	Bu bir kontrol sorusudur. Lütfen “Katılmıyorum” seçeneğini işaretleyiniz.					
RAHATSIZLIK						
1	Teknoloji konusunda teknik destek alırken, destek veren kişilerin benden faydalanacağından şüphe duyarım.					
2	Anlayacağım şekilde açıklama yapmadıkları için teknik destek hatlarını faydalı bulmuyorum.					
3	Bazen, teknolojik sistemlerin sıradan insanların kullanımı için tasarlanmadığını düşünüyorum.					
4	Son teknolojik ürünler hakkında sade bir dille yazılmış kılavuzların olmadığını düşünüyorum.					
GÜVENSİZLİK						
1	İnsanlar işlerini yapma/yaptırma konusunda teknolojiye aşırı derecede bağımlıdır.					
2	Aşırı derecede teknoloji kullanımı insanların dikkatini önemli ölçüde dağıtır.					
3	Aşırı derecede teknoloji kullanımı kişiler arası etkileşimi azaltarak ilişkilerin kalitesini düşürür.					
4	Yalnızca internet üzerinden erişilebilen bir yerle iş yaparken kendimi güvende hissetmiyorum.					

Bölüm 3: Etkileşimsel E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

No.	İfadeler (Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra her bir ifade için size en uygun olan bir seçeneği işaretleyiniz.)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
FONKSİYONEL						
1	İnternette edindiğim temel sağlık bilgilerini kendi kelimelerimle özetleyebilirim.					
2	İnternet üzerinden sağlıkla ilgili temel bilgilere nasıl erişeceğimi bilirim.					
3	Sağlık ihtiyaçlarımı anlatan mesajlar yazmak için bilgisayar kullanabilirim.					
4	Herhangi bir kişiye internette sağlıkla ilgili temel bilgilerin nasıl bulunacağını anlatabilirim.					
İLETİŞİMSSEL						
1	Diğer insanların internette sağlıkla ilgili bilgi ihtiyaçlarını karşılarken, kendi sağlık ihtiyaçlarımla ilgili de bilgi edinebilirim.					
2	İnternet üzerinden sağlık konuları hakkında aynı anda birden fazla kullanıcıyla konuşabilirim.					
3	İnternette birisiyle sağlık hakkında konuşurken, karşımdaki kişinin hangi duygusal tonda konuştuğunu anlayabilirim.					
4	İnternette sağlık ile ilgili sohbetlere katkıda bulunabilirim.					
5	Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan diğer internet kullanıcılarıyla kişisel bağlantılar kurabilirim.					
K	Bu bir kontrol sorusudur. Lütfen “Kararsızım” seçeneğini işaretleyiniz.					
ELEŞTİREL						
1	Herhangi bir internet kullanıcısının sağlıkla ilgili güvenilir bir bilgi kaynağı olup olmadığını ayırt edebilirim.					
2	İnternetteki sağlık bilgilerinin sahte olup olmadığını ayırt edebilirim.					
3	Sağlıkla ilgili bir internet sitesinin kişisel sağlık bilgilerimi paylaşmak için güvenilir olup olmadığını ayırt edebilirim.					
4	İnternetteki bilgilerin sağlık ihtiyaçlarımla alakalı olup olmadığını ayırt edebilirim.					
5	Sağlık ile ilgili bilgi paylaşan internet kullanıcılarının güvenilirliğini nasıl değerlendireceğimi bilirim.					
DÖNÜŞTÜRÜCÜ						
1	Sağlığımı olumlu yönde nasıl yöneteceğimi öğrenmek amacıyla interneti kullanabilirim.					
2	İnterneti, sağlığımı daha iyi hale getirmek için bir araç olarak kullanabilirim.					
3	Sağlığım hakkında bilinçli bir karar vermek için internetteki bilgileri kullanabilirim.					
4	Benimle alakalı konular hakkında bilgi edinmek için interneti kullanabilirim.					

EK-3.Ölçek Kullanım İzinleri

Ölçek Kullanım İzni Hk.

Gelen Kutusu x

x print share



Mesut Can Türkoğlu [redacted]@gmail.com>

13 Ağu 2022 Cmt 19:02

☆ ↩ ⋮

Alıcı: [redacted] ▼

Merhaba Hocam,

Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Mesut Can Türkoğlu. "Teknolojik Hazır Oluşu Belirleyen Motive Edici ve Engelleyici Faktörlerin E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisi" adlı tez çalışmamda; Türkçeye uyarlanmış olduğunuz ve Türk toplumuna uyguladığınız "Teknoloji Hazırlık Ölçeği"ni kullanmak için izninize ihtiyacım vardır. Ayrıca ölçeğin Türkçeye çevrilmiş sorularını da göndermenizi arz ederim. Referans gösterme ve etik kurallara uygun davranacağımı bilgilerinize saygıyla sunarım.

İyi günler dilerim.



Hasan Sadık TATLI [redacted].edu.tr>

13 Ağu 2022 Cmt 20:16

☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▼

Merhabalar Mesut Bey, Ekte soruları gönderiyorum. Çalışmanızda kullanımı uygundur. Çalışmanızda başarılar dilerim. Konuya katkılarınız için şimdiden teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

About Scale Usage Permission

🔍 v +



İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce



Mesut Can TÜRKOĞLU

Kime: [redacted].edu

Bilgi: [redacted].edu.tr

😊 ↩ ↶ ↷ ⋮
6.10.2022 Per 14:57

Dear Samantha Paige,

I am Mesut Can Turkoglu. I have been working as a research assistant at Beykent University, Istanbul, Türkiye, Department of Health Management. I am also a master student at the University of Health Sciences, Department of Health Management.

I am writing a master's thesis about e-Health Literacy. In my thesis; my advisor and I request your permission to use the "Transactional E-Health Literacy Scale (TeHLI)" developed by you and your colleagues. We would like to adapt this scale to Turkish for our thesis. Also, we need the original of the TeHLI and information about it.

We'll be pleased if you can help.

Thanks in advance.

All the best

Mesut Can TÜRKOĞLU



Samantha Paige <[REDACTED].edu>
Kime: Mesut Can TÜRKOĞLU



16.10.2022 Paz 17:43

Hi Mesut,

Yes, absolutely. Please feel free to use the instrument.

Best, Samantha

Samantha R. Paige, PhD, MPH
Adjunct Instructor

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]



