

**E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI
ÜZERİNE ETKİSİNDE DİJİTAL OKURYAZARLIĞIN ARACILIK
ROLÜ: BOZÜYÜK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

ÖMER BARLAS

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
PROF. DR. YALÇIN KARAGÖZ**

DÜZCE, 2023

**E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI
ÜZERİNE ETKİSİNDE DİJİTAL OKURYAZARLIĞIN ARACILIK
ROLÜ: BOZÜYÜK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

ÖMER BARLAS

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
PROF. DR. YALÇIN KARAGÖZ**

DÜZCE, 2023

ONAY SAYFASI



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinde Dijital Okuryazarlığın Aracılık Rolü: Bozüyük Devlet Hastanesi Örneği

Ömer BARLAS tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. İsmail ŞİMŞİR

Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ

Düzce Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN

Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 23/01/2023

YEMİN METNİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak ve geleneklere uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması halinde bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi değişiklik yapılmadığını, tezin herhangi bir bölümünün bu üniversite veya başka bir üniversitede tez çalışması olarak sunulmadığını onurumla beyan ederim...

Ömer BARLAS

23/01/2023

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın tüm aşamalarında emeği geçen, tecrübeleriyle yol gösteren, değerli görüşlerini, yardımlarını, bilgilerini esirgemeyen, veri analizleri ve bulguları kısmında bana yardımcı olan her zaman beni yönlendiren ve bana bu yolda ışık olan saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ'e sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans tez çalışmamın her aşamasında, benden yardım ve desteğini esirgemeyerek, tez çalışmama verdiği katkılarından dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışmamın anket formu için ölçek çalışmalarını kullanmama izin veren Doç. Dr. Zekiye Tamer GENCER'e, Arş. Gör. Nazire Burçin HAMUTOĞLU'na ve Arş. Gör. Zeynep DEMİRTAŞ'a teşekkür ederim. Çalışmamda bana yardımcı olarak, veri toplama sürecimin başarıyla gerçekleşmesine katkı sağlayan Bozüyük Devlet Hastanesi çalışanlarına ve katılımcılara teşekkür ederim.

Tez çalışmamda benden yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Tıbbi Sekreter Mehmet ŞAHİN, Hemşire Nazlıhan EFE ve Hemşire Gizem ÖZCAN'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana her zaman inanan, yanımda duran ve desteklerini esirgemeyen kıymetli aileme ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ömer BARLAS

ÖZET

E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinde Dijital Okuryazarlığın Aracılık Rolü: Bozüyük Devlet Hastanesi Örneği

Ömer BARLAS¹

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ²

Ocak 2023, 106 Sayfa

Bu çalışmanın temel amacı; e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünü tespit etmektir. Çalışma, Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesi'ne çoğunluğunun acil servise başvuranlardan oluştuğu, hasta/hasta yakınlarından oluşan örneklem üzerinden elde edilen veriler ile yürütülmüştür. Çalışmada kullanılan ölçüm araçları daha önce çalışılmış olan literatüre dayalı araştırmalardan elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak; katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini içeren Anket Formu, dijital okuryazarlık düzeylerini, e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerini ölçmek amacıyla 3 farklı ölçek kullanılmıştır. Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup; veriler kolayda örnekleme yöntemi ile yüze yüze anket tekniği kullanılarak bizzat araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS ve AMOS istatistiksel analiz programları kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizlerinde; Araştırma verilerine betimsel analizler ve yol (path) analizi uygulanmıştır. Araştırmada, 405 katılımcıdan elde edilen verilerden yararlanılmıştır. Demografik özelliklerin analizinde katılımcıların; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, ailenin aylık gelir durumu, düzenli ilaç kullanımı durumu, genel sağlık durumu, herhangi bir sağlık konusunda interneti kullanma durumu ve son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti alma durumu ele alınmıştır. Belirtilen alt gruplarda, cinsiyet gruplarına, düzenli ilaç kullanım durumlarına ve ailelerinin aylık gelir durumlarına göre katılımcılara yapılan testlerde herhangi bir farklılık gözlemlenmemiştir. Diğer alt gruplarda ise bazı farklılıklar tespit edilmiştir. Fakat tüm alt grupların ortalamalarına bakıldığı zaman; dijital okuryazarlık ($3,57\pm0,87$), e-sağlık okuryazarlığı ($3,54\pm0,79$) ve akılcı ilaç kullanımı ($2,69\pm0,36$) değişkenleri için "Katılıyorum" cevabı verilmiştir. "Yol (Path) analizi" sonuçlarında ise bağımsız değişken e-sağlık okuryazarlığının, bağımlı değişken akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisi önemli çıkmıştır. Fakat aracı değişken dijital okuryazarlık bağımsız değişken e-sağlık okuryazarlığı değişkeni ile birlikte modele dâhil edildiğinde, e-sağlık okuryazarlığı değişkeninin, bağımlı değişken akılcı ilaç kullanımı değişkeni üzerindeki etkisini ve önemini ortadan kaldırarak iki değişken arasındaki ilişkiyi kendi üzerinden devam ettirmektedir. Tüm değişkenler modele dahil edildiğinde yapılan analiz sonuçlarına göre; dijital okuryazarlık değişkeninin, e-sağlık okuryazarlığı değişkeni üzerindeki etkisi pozitif yönde önemli çıkmıştır. Akılcı ilaç kullanımı değişkeninin, dijital okuryazarlık

¹ Düzce Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

² Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yalçın Karagöz/Düzce Üniversitesi/Yörük/Düzce

değişkenine etkisi de pozitif yönde önemli çıkmıştır. Fakat akılcı ilaç kullanımı değişkeninin, e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisinin önemsiz olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlık değişkeninin “Tam Aracılık” rolü olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dijital Okuryazarlık, E-Sağlık Okuryazarlığı, Akılcı İlaç Kullanımı, Path (Yol) Analizi



ABSTRACT

BARLAS, Omer. Mediating Role of Digital Literacy in the Effect of E-Health Literacy on Rational Drug Use: The Case of Bozüyük State Hospital, Düzce, 2022

The main purpose of this study; To determine the mediating role of digital literacy in the effect of e-health literacy on rational drug use. The study was carried out with the data obtained from the sample consisting of patients/patient relatives, most of whom were admitted to the emergency department of Bilecik Bozüyük State Hospital. The measurement tools used in the study were obtained from previous literature-based studies. As a data collection tool; Questionnaire containing the socio-demographic information of the participants, and 3 different scales were used to measure their digital literacy levels, e-health literacy levels and rational drug use levels. Quantitative research method was used in the research; The data were collected by the researcher himself using the face-to-face survey technique with convenience sampling method. SPSS and AMOS statistical analysis programs were used in the analysis of the data. In the analysis of research data; Descriptive analyzes and path analysis were applied to the research data. Data from 405 participants were used in the study. In the analysis of demographic characteristics, participants; Age, gender, education level, occupation, monthly income of the family, regular drug use, general health, internet use for any health issue and receiving health services in the last year were discussed. No difference was observed in the tests performed on the participants according to gender groups, regular drug use and monthly income of their families in the subgroups mentioned. Some differences were detected in other subgroups. But when the averages of all subgroups are examined; "I agree" was given for the variables of digital literacy (3.57 ± 0.87), e-health literacy (3.54 ± 0.79) and rational drug use (2.69 ± 0.36). In the "Path analysis" results, the effect of the independent variable e-health literacy on the dependent variable rational drug use was significant. However, when the mediator variable, digital literacy, is included in the model together with the independent variable, e-health literacy, it eliminates the effect and importance of the e-health literacy variable on the dependent variable, the rational drug use variable, and maintains the relationship between the two variables on its own. According to the results of the analysis made when all variables were included in the model; The effect of the digital literacy variable on the e-health literacy variable was found to be positively significant. The effect of the rational drug use variable on the digital literacy variable was also found to be positively significant. However, the effect of the rational drug use variable on the e-health literacy variable was found to be insignificant. As a result, it has been determined that the digital literacy variable has a "Full Mediation" role in the effect of e-health literacy on rational drug use.

Keywords: Digital Literacy, E-Health Literacy, Rational Drug Use, Path Analysis

İTHAF

“Tüm Sevdiklerime...”



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	i
JÜRİ ÜYELERİ İMZA SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İTHAF	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1.GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Problemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Önemi	4
1.4 Araştırmanın Sayıltıları	4
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.6 Tanımlar	5
İKİNCİ BÖLÜM	7
2.AKILCI İLAÇ KULLANIMI	7
2.1 İlaç Tanımı	7

2.2 Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı	7
2.3 Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri	9
2.4 Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri	10
2.5 Akılcı İlaç Kullanım Tarafları	10
2.6 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	11
2.7 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri	12
2.8 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları	13
2.9 Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı	14
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	16
3.E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI	16
3.1 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	16
3.1.1 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	18
3.2 E-Sağlık Kavramı	18
3.2.1 E-Sağlık Kavramının Önemi	21
3.2.2 E-Sağlık Kavramının Gelişimi	22
3.3 E-Sağlık Okuryazarlığı	23
3.4 Türkiye’de E-Sağlıkla İlgili Bazı Uygulamalar	26
3.4.1 Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri (SBYS)	28
3.4.2 Dijital Hastane	30
3.4.3 Tele-tıp	31
3.4.4 M-Sağlık (Mobil Sağlık)	32
3.4.5 E-Nabız	32
3.4.6 Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	33
3.4.7 İlaç Takip Sistemi (İTS)	33
3.4.8 Klinik Karar Destek Sistemi (KKDS)	34
3.4.9 Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)	34
3.4.10 Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)	35

3.5 E-Sağlık'ta Risk	36
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	39
4.DİJİTAL OKURYAZARLIK KAVRAMI	39
4.1 Dijital Okuryazarlık	39
4.2 Dijital Okuryazarlık Becerileri	41
4.3 Dijital Yeterlilik ve Yetkinlik	44
4.4 Dijital Okuryazarlığın Temel Unsurları	46
4.5 Dijital Okuryazarlık Boyutları	46
4.6 Dijital Okuryazarlığın Etkileri	48
BEŞİNCİ BÖLÜM	51
5.YÖNTEM	51
5.1 Araştırmanın Modeli	51
5.1.1 Araştırmanın Kavramsal Modeli	53
5.1.2 Araştırma Hipotezlerinin Geliştirilmesi	53
5.2 Evren (Ana Kütle) ve Örneklem	54
5.3 Veri Toplama Araçları	55
5.4 Verilerin Toplanması	56
5.5 Verilerin Analizi	57
ALTINCI BÖLÜM	58
6.BULGULAR VE YORUMLAR	58
6.1 Araştırma Verilerinin Güvenilirliği	58
6.2 Demografik Bulgular	59
6.3 Farklılık Analizleri	62
6.4 Yapısal Geçerlilik Analizleri	69
6.4.1 Gizli Değişkenlerle Doğrulayıcı Yol Analizi (PATH ANALİZİ)	69
6.4.2 Yapısal Modele (Path Analizi) Ait Sonuçlar	72
6.5 Tanımlayıcı Faktör İstatistikleri	77

6.6 Faktörlerin Uyum Geçerliliği	77
6.7 Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları	80
YEDİNCİ BÖLÜM	81
7.SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7.1 Tartışma	81
7.1.1 Betimsel Sonuçların Tartışılması	83
7.1.2 Path (yol) Analiz Sonuçlarının Tartışılması	87
7.2 Öneriler	89
KAYNAKÇA	91
EKLER (EK1. Anket Formu)	107

TABLÖLER LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1: Akılcı İlaç Tedavisi Adımları	8
Tablo 2: Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri ve Evren Büyüklüğü Gerekli Örneklem Sayısı	54
Tablo 3: Araştırmada Kullanılan Ölçekler	55
Tablo 4: Ölçek Cevapları	56
Tablo 5: Araştırma Verilerinin Güvenliği	58
Tablo 6: Güvenilirlik Testleri	59
Tablo 7: Araştırmanın Demografik Verileri	60
Tablo 8: Katılımcıların Yaş Grubuna Göre ANOVA Sonuçları	62
Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyet Grubuna Göre T-Testi Sonuçları	63
Tablo 10: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	64
Tablo 11: Katılımcıların Meslek Grubuna Göre ANOVA Sonuçları	64
Tablo 12: Katılımcıların Ailelerinin Aylık Gelir Grubuna Göre ANOVA Sonuçları	65
Tablo 13: Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanım Durumuna Göre T-Testi Sonuçları	66
Tablo 14: Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	67
Tablo 15: Katılımcıların Sağlık İlgili Konularda İnterneti Kullanma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	67
Tablo 16: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	68
Tablo 18: Model Uyumu (Model Fit)	72
Tablo 19 : Regresyon Katsayıları (Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları)	72
Tablo 20: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	75
Tablo 21: Varyans Değerleri	76
Tablo 22: Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	77
Tablo 23: Öğelerin tahmini ve yapıların Cronbach α , Average Variance Extracted (AVE) ve Construct Reliability (CR) değerleri.	77
Tablo 24: Path Analizin Sonuçları	79
Tablo 25: Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları	80

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli	25
Şekil 2: Dijital Okuryazarlık Boyutları	47
Şekil 3: Araştırmanın Deseni	52
Şekil 4: Araştırmanın Veri Toplama Modeli	52
Şekil 5: E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinde Dijital Okuryazarlığın Aracılık Rolü Modeli	53
Şekil 6: E-Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Path Diagramı	70
Şekil 7: Dijital Okuryazarlık, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Path Diagramı	71

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İlaçlara ulaşmak ve kullanmak insanların temel hakkıdır, ilaç kullanmanın tıbbi tedavilerde verimli olması için ilaçların uygun bir biçimde kullanılması gerekir (Eser, 2021: 1). İlaç, “Patolojik durumları veya fizyolojik işlevleri, alan kişinin yararına olacak şekilde değiştirilmesi ya da bir durumun incelenmesi amacıyla kullanılan madde” olarak tanımlanmaktadır (Kayaalp, 2002: 1). “Akılcı İlaç Kullanımı” (AİK), hasta sağlığı ve sosyo-ekonomik durumlar üzerinde kaçınılmaz etkisi olan, sağlık yönetim sistemlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Amin vd., 2011: 19). Akılcı ilaç kullanımı kavramı ilk kez, 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün Nairobi’de düzenlediği bir toplantıda “Hastaların semptomlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimini karşılayacak dozda, gerekli süre boyunca, kendilerine ve topluma minimum maliyet ile faydalanmaları” şeklinde tanımlamıştır (Who, 1985). İlaçlar hakkında dikkat edilecek temel ilke; uygun zamanda, uygun kalitede, uygun miktarda ve makul bir biçimde kullanılabilmesidir. Bu sebeple ilaç sağlık hizmetlerinde önemli bir etken olmasının yanında, günümüzde sağlık sorunu olarak da ciddi bir yer tutmaktadır (Cangir, 2019: 3). İlaç kullanımları incelendiğinde, kişilerin yarısı ilaçlarını makul biçimde kullanmamaktadır. Bunun yanında, dünyadaki her üç bireyden birisi temel ilaçlara ulaşamamaktadır (Kiriş, 2022: 1). Bu sorunun oluşmasındaki sebep ise bireylerin akılcı ilaç kullanımının aksine bir şekilde davranmalarıdır. Bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak ifade edilmektedir. İlaç endikasyonunun bulunmadığı halde ilaca başvurma, akılcı olmayan ilaç kullanımının başında gelmektedir (Akbulut, 2008: 20). Akılcı ilaç kullanımını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları; sosyokültürel özellikler, ekonomik durum, eğitim seviyesi ve yönetsel etkenlerdir (Cangir, 2019: 17). Bu etkenlerin dışında önemli bir yere sahip olan “Sağlık Okuryazarlığı” (SOY) seviyesi de akılcı ilaç kullanımını etkilemektedir. Bireylerin, ilacın saklama şartlarından

kullanım biçimine kadar birçok prensibi bilmeleri gerekir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı kavramı devreye girmektedir. Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı bireylerin ilaç kullanımında önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların ilaç kullanırken temel sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olması akılcı ilaç kullanımı açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı kavramları birbirleriyle ilişkili kavramlardır (Çavdar, 2022: 8). Dünya Sağlık Örgütü, 2016 yılın da sağlık okuryazarlığını; “Fertlerin kendileri, aileleri ve toplumlar için, sağlığa ulaşacak ve koruyacak şekilde bilgiyi elde etme, idrak etme ve kullanması” şeklinde tanımlamaktadır (Dayanıklı, 2019: 5). Genel anlamda sağlık okuryazarlığı becerileri sağlık davranışlarını da etkilemektedir (Fidan, 2021: 27).

Günümüzde, sağlık sisteminin karmaşık yapıdaki sağlık bilgilerini anlamak, kullanmak ve sağlık hizmeti sunan veya üreten sunucular ile etkili bir iletişim kurulabilmesi için sağlık okuryazarlığı becerisine ihtiyaç duyulmaktadır (Akın, 2022: 1). Bu bakımdan sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık becerilerine ek olarak sağlık hususlarını da bağlayan bilgileri de içeren bir kavram olarak görülmektedir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı; kişinin eğitim düzeyinden veya genel okuma becerisinden ayrı bir biçimde okumak, dinlemek, incelemek, kararlaştırmak ve bu kabiliyetlerin sağlık hususunda kullanabilmesi gibi becerileri de kapsamaktadır (Eser, 2021: 16).

Geçmişten bugüne baktığımızda sağlık profesyonelleri sağlıkla alakalı konularda temel kaynak olmuştur (Çınarlı, 2015: 21). Ancak teknolojinin gelişimi, yaşamı her alanda etkileyen ve değişimleri de beraberinde getiren bir süreç olduğundan; bu değişimler aynı zamanda birçok yeniliği ve bu yeniliklere bağlı olarak da birçok ihtiyacı beraberinde getirmiştir (Direkçi vd., 2019: 798). Sağlık hizmetlerinde teknoloji odaklı bu değişimin yaygın adı “E-Sağlık” kavramı olarak nitelendirilmektedir. E-sağlık, sağlık hizmetlerinde verimliliği büyük ölçüde yükselterek, hasta sonuçlarını iyileştirme olasılığına sahiptir (Toygar, 2018: 103). Bu etken sağlık okuryazarlığına farklı bir boyut kazandırarak “E-Sağlık Okuryazarlığı” (ESO) kavramının ortaya çıkmasına ve önemli bir hal almasına sebep olmuştur (Ulus ve Gürkan, 2011: 43; Deniz, 2020: 86).

E-sağlık okuryazarlığı, bir sağlık sorununu çözmeye yönelik gerekli bilgileri elektronik ortamlarda arama, bulma, değerlendirme, entegre etme ve uygulama

becerisini ifade etmektedir. Bu bileşik beceri, insanların teknoloji ile çalışabilmelerini, medya ve bilim meseleleri hakkında eleştirel düşünebilmelerini ve karar vermek için gerekli bilgileri elde etmeye yarayan çok çeşitli bilgi araçları ve bilgi kaynakları arasında gezinebilmelerini de gerektirir (Norman ve Skinner, 2006: 2). E-sağlık okuryazarlığıyla teknoloji kullanımı arasında önemli bir bağlantı olduğu aşınadır. Birey teknolojiyi ne kadar çok kullanırsa, o teknolojiyi bir araç olarak kullanma becerilerini geliştirme olasılığı da o kadar artmaktadır (Norman ve Skinner, 2006: 6).

Bu yönden bakıldığı zaman farklı bir kavram olan “Dijital Okuryazarlık” (DO) kavramı devreye girmektedir. Dijital okuryazarlık, genel olarak bireylerin çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme becerisine sahip olmasının yanında yeni teknolojileri kullanabilme yeteneğidir (Dayanıklı, 2019: 6). Dijital okuryazarlık kavramı kısaca “Dijital çağda hayatta kalma becerisi”dir. Kişinin dijital okuryazar olması; yeni teknolojilere yahut gelişmekte olan teknolojilere uyum sağlamasıdır. İnternet çağında bilgi edinen ve öğreten fertlerde bu kabiliyetleri geliştirmek çağımızda oldukça önemlidir (Üstündağ vd., 2017: 20).

Bahsedilen kavramlarla birlikte, bir sağlık okuryazarlığı türü olan e-sağlık okuryazarlığı değişkeninin; bireylerde akılcı ilaç kullanımına etki edip etmediği ve dijital okuryazarlık değişkeninin aracılık rolünün etkisi belirlenmeye çalışılacaktır.

Literatürde, dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı hakkında birçok araştırma mevcuttur. Bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklılığı; e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde, dijital okuryazarlığın aracılık rolünün yapısal eşitlik modellemesi ile tespit edilmeye çalışılmasıdır. Literatüre bakıldığında bu açıdan ülkemizde çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu tez çalışması ile bu konuya farklı bir bakış açısı kazandırmak ve teknolojinin ne derecede ilaç kullanımında etkili olduğunu ortaya koymak amaçlanmıştır.

1.1 Araştırmanın Problemi

Son yıllarda yapılan araştırmalar ve gözlemler sonucunda küresel çapta ilaç kullanımı artış göstermekle birlikte, bireylerde yanlış ilaç kullanımı olduğu da görülmektedir. Bu duruma sebep olan etkenlerden biriside teknolojik gelişmelerdir. Bireylerin ilaç kullanımını etkileyen teknolojiden ne derecede etkilendikleri ve ilaç

kullanımını etkileyen teknolojiden elde ettikleri bilgilerin, yanlış ilaç kullanımını nasıl etkilediği problemi üzerinde durulacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın esas amacı e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünü tespit etmektir. Günümüzde hızla yaşanan teknolojik gelişmeler yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık alanını da etkisi altına almıştır. Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların bireysel ve toplumsal olarak hastalıkların önleminde önemli bir yer tutmaktadır (Cangir, 2019: 3).

Bireylerin ilaç alımında sağlık okuryazarlığı oldukça önemli bir etkidir. Çalışmada; akılcı ilaç kullanımına, e-sağlık okuryazarlığının etkisi ortaya konmak istenmektedir. Bu nedenle e-sağlık okuryazarlığının tespiti için dijital okuryazarlık kavramı da üzerinde durulması gereken bir konudur. Çalışmada, e-sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımını ne derecede etkilediğini belirlemenin yanında dijital okuryazarlık becerilerinin aracılık rolünün belirlenmesini hedeflemektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda değişkenlerin etki düzeyleri belirlenmeye çalışılacaktır.

1.3 Araştırmanın Önemi

Araştırmada elde edilecek veriler ile bireylerin elde ettiği teknolojik yeniliklerin, ilaç kullanımına etkisi tespit edilmeye çalışılacaktır. Literatürde, dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı hakkında birçok araştırma mevcut olmakla birlikte; bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklı kılan, e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde, dijital okuryazarlığın aracılık rolünün yapısal eşitlik modellemesi ile tespit edilmeye çalışılmasıdır.

1.4 Araştırmanın Sayıtları

E-sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı ve dijital okuryazarlık kavramlarının cevaplayıcılar tarafından bilindiği varsayılmaktadır. Toplanan verilerde; her katılımcının anket sorularına doğru, dürüst ve tarafsız bir gözle bakarak cevap verdikleri ve örneklem sayısının evreni temsil ettiği düşünülmektedir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, 18 yaş üstü bireylere yönelik çalışılmasından dolayı, 18 yaş altında bulunan katılımcılar araştırmanın dışında tutulmuştur. Ayrıca bazı katılımcıların soruları uzun bulması sebebiyle cevaplama aşamasında aceleci davranması ve hasta odaklı bir çalışma olduğundan dolayı hasta/hasta yakınlarının katılmayı reddetmesi araştırmanın diğer sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

1.6 Tanımlar

İlaç: Dünya Sağlık Örgütü ilacı “Patolojik durumları veya fizyolojik işlevleri, alan kişinin yararına olacak şekilde değiştirilmesi ya da bir durumun incelenmesi amacıyla kullanılan madde” olarak tanımlamaktadır (Kayaalp, 2002: 1).

Akılcı İlaç Kullanımı: Dünya Sağlık Örgütü, akılcı ilaç kullanımını “Hastaların semptomlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimini karşılayacak dozda, gerekli süre boyunca, kendilerine ve topluma minimum maliyet ile faydalanmaları” şeklinde tanımlamıştır (Who, 1985).

Okuryazarlık: Okuryazarlık kavramı, iki fiilin birbirinden bağımsız olmadığını belirtmekle beraber genel anlamda; ses simgelerinin akla uygun olarak bir araya getirilmesi, sözel olarak belirtilmesi ve yazı aracılığıyla zihinsel ifadelerin aktarılma sürecidir (Gül, 2007: 19).

Sağlık: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre, “Sağlık, kişinin yalnız hastalık ve sakatlık hallerinin olmayışı değil bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur. Kişide yalnız hastalıkların ve rahatsızlıkların olmayışı olmayıp, bir bütün halinde fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olmasıdır” (Stgdb, 2011: 1).

Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma, erişme, değerlendirme ve uygulama bilgisi isteyen kapsamlı ve geniş bir kavramdır (Yılmaz ve Tiraki, 2016: 145). DSÖ, sağlık okuryazarlığının tanımını, genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yapmış ve “Sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık ile bağımlı olarak bireylerin hayatı boyunca sağlık bakımları ile alakalı konularda fikir

geliştirmeleri ve karar almaları, sağlıklarını korumak, devam ettirmek ve geliştirerek yaşam kalitesini arttırmak için sağlıkla alakalı bilgilere ulaşabilmeleri, sağlık ile alakalı bilgileri ve iletileri hatasız olarak elde edip ve idrak etmeleri konularındaki istekleri ve yetileridir” şeklinde tanımlamıştır (Who, 2013: 4).

E-Sağlık: Dünya Sağlık Örgütü e-sağlığı, “Sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü ve sağlık eğitimi, bilgisi ve araştırması dahil olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin düşük maliyetli ve güvenli bir şekilde kullanımı” şeklinde tanımlamıştır (Toygar, 2018: 103).

E-Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin elektronik kaynaklar ve çevrimiçi sağlık bilgilerinde başarılı bir şekilde gezinmek için ihtiyaç duydukları özel ve analitik beceriler ile sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma seviyesini ifade etmektedir (Sarkar vd., 2016: 124).

Dijital Okuryazarlık: Alan Martin (2005) Dijital okuryazarlığı; “Bireylerin dijital kaynakları tanımlamak, ulaşmak, idare etmek, birleştirmek, değerlendirmek, çözümlemek ve sentezleyip yeni kaynaklar oluşturmak için dijital kaynakları ve olanakları gerekli şekilde kullanma farkındalığı, tutumu ve yeteneğinin yanında; Bireylerin yapıcı toplumsal eylemlerle bu süreci hayatına yansıtabilmek için belirli bağlamlarda bilgi sahibi olup, medya ifadeleri oluşturarak başkalarıyla iletişim kurabilmesi” olarak tanımlamıştır (Martin, 2005: 135).

Aracı Değişken: Aralarında istatistiksel olarak anlam bulunan bağımsız ve bağımlı değişkenin aralarındaki ilişkiyi inceleyen değişkendir. Kısmi veya tam aracılık olmak üzere iki farklı düzeyde etki etme özelliği taşımaktadır. Tam aracı değişken analize dahil olduğunda, bağımlı ile bağımsız değişken arasındaki ilişki anlamlılığını ortadan kaldırıp, ilişkiyi kendi üzerinden devam ettirmektedir (Yılmaz ve Dalbudak, 2018: 520).

İKİNCİ BÖLÜM

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

2.1 İlaç Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü ilacı, “Patolojik durumları veya fizyolojik işlevleri, alan kişinin yararına olacak şekilde değiştirilmesi ya da bir durumun incelenmesi amacıyla kullanılan madde” olarak tanımlamaktadır (Kayaalp, 2002: 1). İlaç kullanımında temel amaç hastaya yarar sağlamak olsa da ilaçların içeriğindeki kimyasallar ve etken maddeler, yanlış, gereksiz, etkisiz ilaç kullanımı istenmeyen durumlara yol açarak sağlığa zararlı hale gelebilmektedir (Özçelikay, 2001: 10). Bu durumlar arasında, “Hastalık ve ölüm oranlarında artış meydana gelmesi, ilaç kullanımı sonrası gözlenebilecek yan etki oranlarında gözle görülür artış, ilaç kaynaklarının yanlış kullanılmasına bağlı olarak ihtiyaç duyulduğu zaman ilaca ulaşamama” sayılabilir. Yaşanılan bu olumsuz durumlar akılcı ilaç kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Titeck, 2022).

2.2 Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı

Akılcı ilaç kullanımı, hasta sağlığı ve sosyo-ekonomik durumlar üzerinde kaçınılmaz etkisi olan, sağlık yönetim sistemlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Amin vd., 2011: 19). Akılcı ilaç kullanımı (AİK) kavramı ilk kez DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda, “Hastaların semptomlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimini karşılayacak dozda, gerekli süre boyunca, kendilerine ve topluma minimum maliyet ile faydalanmaları” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda bulunan maddelerden bir veya birkaçının yerine getirilmemesi durumu akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak kabul edilmektedir (Who, 1985). AİK, özelde birey ve toplum sağlığı, genelde ise sağlık ekonomisi açısından önemli bir konudur. AOİK ise küresel olarak büyük bir problemdir. Yarar sağlamak amacıyla verilen ilaçlar akılcı bir şekilde kullanılmadığı takdirde tedaviden yarar görmeme ve istenmeyen etkilerle karşı karşıya gelme durumları

yaşanabilmektedir. Bu durumda hastaların sağlık sistemine olan güvenleri azalmakta ve sağlık sistemi için ek maliyetlere sebep olmaktadır (Yıldırım vd., 2021: 252). Akılcı ilaç kullanımını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları; sosyokültürel özellikler, ekonomik durum, eğitim seviyesi ve yönetsel etkenlerdir (Cangir, 2019: 17). Bu etkenlerin dışında önemli bir yere sahip olan “Sağlık Okuryazarlığı” (SOY) seviyesi de akılcı ilaç kullanımını etkilemektedir. Hastaların ilaç kullanırken temel sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olması akılcı ilaç kullanımı açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı kavramları birbirleriyle ilişkili kavramlardır (Çavdar, 2022: 8).

Akılcı ilaç kullanımı yalnızca sağlık hizmeti sunumunda ilaçların uygun kullanımının teşvik edilmesi ve ekonomik değerlendirmeleri için değil, aynı zamanda bir topluluğun sağlıkla ilgili yaşam kalitesini sağlamak için de önemlidir (Kole, 2005). Akılcı ilaç kullanımının sağlanması için;

- Doğru tanının belirlenmesi,
- Öngörünün bulunması,
- Tedavi amaçlarının belirlenmesi,
- Tedavi seçeneklerinin kontrol edilmesi,
- Uygun tedavinin belirtilmesi,
- İlaç tedavisinde reçetenin doğru şekilde yazımı ve takibi şeklinde sıralanabilir (Yılmaz ve Çıtıl, 2022: 162).

DSÖ’nün liderliğinde, birçok ülkede “Akılcı İlaç Kullanımı Programı” başlatılmıştır. 1994 yılına geldiğinde ise DSÖ tarafından “Guide to Good Prescribing” adı altında bir kaynak yayınlanmıştır. Ülkemizde Ocak 2000 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından “İyi Reçete Yazma Kılavuzu” adıyla kaynak Türkçeye çevrilmiştir. Kılavuz, genel akılcı farmakoterapi (ilaç tedavisi) ilkeleri ile akılcı ilaç kullanımını da içermektedir (Yılmaztürk, 2013: 44).

Tablo 1: Akılcı İlaç Tedavisi Adımları

Adımlar	Tedavi Basamağı	Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar
1. Adım	Hastanın sorunu tanımlanır.	Belirtiler değil hastalık tedavi edilmelidir, belirtiler bir ilacın yan etkisine ya da anksiyeteye bağlı olabilir.

Tablo 1 (Devamı): Akılcı İlaç Tedavisi Adımları

Adımlar	Tedavi Basamağı	Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar
2. Adım	Tedavi hedefleri belirlenir.	Tedavi ile ne amaçlanmaktadır?
3. Adım	Tedavinin hasta için uygun olup olmadığı sorgulanır.	İlaç dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir.
4. Adım	Tedaviye başlanır.	Tedavinin etkinlik ve güvenliğini değerlendirmek gerekir.
5. Adım	Gerekli bilgi, uyarı ve talimatlar verilir.	Hastanın tedaviye uyumunu artırması açısından önemlidir.
6. Adım	Tedavi izlenir.	Tedavi gerektiği zaman gecikmeden sonlandırılmalıdır.

(Kaynak: İskit, 2006: 4)

Ayrıca ilaç dışı tedavi yöntemlerinin de dikkate alınarak, ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet analizlerinin yapılması, risklerin minimum düzeye indirgenmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının da sağlanması ile gerçekleştirilebilir (Yılmaz ve Çıtıl, 2022: 162).

2.3 Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından bilimsel ilaç seçiminde hekimlere fayda sağlayan etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşan iyi reçete yazma rehberi oluşturulmuştur (Who, 1994). Bu rehber göre akılcı ilaç kullanımında olması gereken;

Etkinlik: Kişiye uygun ilaç seçiminde ilk ve en önemli ölçüt etkinliktir. İlaçların farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri göz önünde bulundurularak, erken ve uygun dozda etki gösteren ilaçların seçilmesi gerekmektedir (Who, 1994; Akkurt, 2016: 5; Çakmak, 2019: 33).

Güvenlik: Bir ilacın kullanım sürecinde istenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilir ve bu durumlar kabul edilebilir düzeylerde olmalıdır (İskit, 2006: 5). Yan etkilerle karşı karşıya gelme durumunu en aza indirmek için hastaların anamnezleri alınırken herhangi bir ilaca karşı alerji/aşırı reaksiyon geliştirip geliştirmedikleri öğrenilmelidir. Çocuklar, hamileler, karaciğer/böbrek yetmezliği olanlar, yaşlılar yanlış ilaç, yanlış doz durumlarında daha riskli grupta yer aldıkları için daha dikkatli olunması gerekir (Who, 1994; Çakmak, 2019: 33).

Uygunluk: Hasta olan bireyin özellikleri göz önünde bulundurularak, etkin ve kullanımı rahat olacak ilaç tercih edilmelidir (Who, 1994; Çakmak, 2019: 33-34).

Tedavi Maliyeti: Ödeyen kim olursa olsun tedavi maliyeti düşük olmalı ve mutlaka sorgulanmalıdır. İlacı reçete eden hekim, hastanın sağlık sigortasına uygun/geri ödemesi yapılan ilacı tercih etmelidir (İskit, 2006: 5; Akkurt, 2016: 6).

2.4 Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri

Akıllı ilaç kullanımı; planlama, yürütme ve gözlemlemeyi kapsayan bir süreci ifade etmektedir. Tedavi esnasında uygulanan ilacın etkili, güvenli ve ekonomik olması için gereken bütünlüğü sağlar. Bu süreçte toplum ve sağlık çalışanlarının akılcı davranışlar sergilemesi beklenmektedir. Bundan dolayı belirli becerileri sahip olmaları gerekmektedir (Durna ve Kuş, 2016: 4; Barutçu, vd., 2017: 1067). Bu beceri ölçütleri şu şekilde sıralanabilir.

- İlaçların seçimi
- İlaç lojistiğini belirleme
- Reçete yazma süreci
- Reçete cevaplama süreci
- İlaçların tüketimi
- İlaç bilgisi desteği
- İlaç yönetiminde akılcılık (Akbulut, 2008: 17).

Akılcı ilaç kullanımı genel olarak sağlık hizmetlerinde üç önemli unsura dayanmaktadır;

- İlgili hastalık için uygun ilaçlar
- Uygun süre zarflarında hastanın gereksiniminin karşılanacağı doz
- Tedavinin ilaç ekonomisi ve maliyet yönleri (Kole, 2005).

2.5 Akılcı İlaç Kullanım Tarafları

Akılcı ilaç kullanımı aşamasında; tanıyı belirleyerek kullanılacak ilacı belirleyen en önemli taraf hekimlerdir, ilacı temin edip hastaya ulaştıran eczacı, ilacın

uygulanmasını sağlayan hemşire, hasta, hasta yakını, diğer sağlık çalışanları, sağlık sektöründe bulunan üreticiler, öğrenciler, devlet, medya ve eğitim kurumları bu süreçte bulunan taraflardır (Akkurt, 2016: 9). Akılcı ilaç kullanımı sürecinde en önemli sorumluluk hekimlerindir. Çünkü, teşhis-ilâç seçimi sorumluluğunu üstlenen taraf hekimdir. İlâcın, hekim tarafından ölçülü bir şekilde seçilmesi genel tıp bilgisinin yanında, hekimin deneyimine ve ilâçlar hakkındaki bilgisinin yeterli ve güncel olmasına dayanır (Oktay, 2006: 16).

Eczaneler, yasal olarak ilâç temininin sağlandığı yerlerdir ve burada ilâçlar, etkinliklerine göre farklı farmakolojik-terapötik sınıflamalar yapılarak hastaların kullanımına sunulmaktadır. İlâç satışları, reçete ile veya reçetesiz olarak iki farklı şekilde yapılmaktadır. Eczacılar, ilâçların verilmesi ve hastaların satın aldıkları ilâçlarla ilgili bilgilendirmede sorumluluk sahibidir. Bu nedenle, akılcı ilâç kullanımı sürecinde ilâçla alakalı sorumluluktan dolayı eczacılar ikinci sırada gelen sorumlular olmaktadır. Bundan dolayı ilâç sunum sürecinde birinci derecede doktorun sorumluluğu haricinde eczacıların yanında hemşire ve hastayla doğrudan veya dolaylı etkileşimde yer alan diğer sağlık çalışanları da sorumluluk sahibidir. İlâç alımında doktor, hemşire, eczacı, diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğu kadar hasta/hasta yakınının da sorumluluğu vardır. Bu süreçte en önemli taraf ise hizmet talep eden hastalardır. Hastaların, uzman bilgisine başvuru olmadan, benzeri hastalık yaşayan tanıdıklardan alınan öneriler, benzer bulgulardan dolayı evde bulunan ilâçlardan kullanma ve hekimlerin reçete ettiği ilâçların zamanında alınmaması gibi durumlar yaşaması bu süreçteki önemli bir sorunlardır (Barutçu, vd., 2017: 1067).

2.6 Akılcı Olmayan İlâç Kullanımı

Yapılan tanıma bakıldığında zaman konunun özüne ilişkin temel ölçütlerin aksine bir durum akılcı olmayan ilâç kullanımını ifade etmektedir. İlâç endikasyonunun bulunmadığı halde ilaca başvurma, akılcı olmayan ilâç kullanımının başında gelmektedir. Gereklik bakımından yanlış ilâç seçimi ve etkisi şüpheli ilâçların alınması, ilaca ulaşmak ve erişmek, ilacı edinebilmek, güvenli ve etkili ilâç sağlamada yetersizlik, ilacı uygun olmayan doz ve zaman aralığı diğer akılcı olmayan ilâç kullanımı özellikleridir (Akbulut, 2008: 20). Akılcı olmayan ilâç kullanımı, tüm sağlık hizmetlerinde yaygın bir sorundur. Artan mortalite, morbidite, istenmeyen ilâç

reaksiyonları (yan etki), kötü hasta sonuçlarına ve kıt kaynakların israfına neden olmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı veya reçete yazma alışkanlıklarını iyileştirmek için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir (Afriyie ve Raymond, 2013: 143).

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri:

- Aşırı miktarda ilaç kullanımı,
- İlaçla tedavinin gereksiz olduğu hallerde ilaç kullanımı,
- Spesifik durumlarda yanlış tedavinin seçilmesi,
- Kesin olmayan/kanıtlanmamış yan etkileri bulunan ilaçların tercih edilmesi,
- Kesin olmayan güvenlik konumuna sahip ilaçların tercih edilmesi,
- Bulunabilir, güvenli ve etkili ilaç tercihinde başarısız sonuç,
- Doğru ilaçların uygunsuz şekillerde (süre, yol, miktar) kullanılması,
- Klinik kılavuza uymayan reçetelerin verilmesi,
- İlaçların reçetesiz temin edilip kullanılması,
- İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerinin dikkate alınmaması,
- Hasta bilgilendirmesinin yetersiz yapılması vb. durumlar örnek verilebilir (Cengiz, 2018: 15).

2.7 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

Akılcı ilaç kullanımının önündeki en büyük engel standart tanı tedavi kriterlerinin ve ilaç tedavisine ait temel ilaç listelerinin belirlenmemesidir (Cengiz, 2018: 16). Yapılan araştırmalarda aşırı reçete yazma, çoklu ilaç reçeteleme, ilaçların yanlış kullanımı, gereksiz olan yüksek ücretli ilaçların kullanımı, aşırı antibiyotik ve enjeksiyon kullanımının; reçete yazanlar tarafından akılcı olmayan ilaç kullanımını ortaya çıkardığı görülmektedir. Aynı zamanda fazla reçete yazma, polifarmasinin artan eğilimini göstermektedir. Polifarmasinin nedenleri, hastanın beklenti ve acil şifa talebi, yanlış teşhis, ilaç firmalarının kazançlı tanıtım programlarının etkisi ile oluşabilir. Uygun olmayan tedavilerin %50'den fazlası, reçete yazanların tıp alanındaki gelişmeleri yeterli seviyede takip etmemeleri veya sorumsuz davranış sergilemelerinden dolayı ortaya çıkmaktadır (Amin vd., 2011: 19). Bir diğer neden ise gerekli ilacın zamanında ve yeterli miktarda temin edilmemesidir. Bu sorunun sebebi ise ilaç sağlama sistemi ile alakalıdır (Cengiz, 2018: 16).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının örnekleri; bir hasta için gereğinden çok ilacın kullanılması, hastalara gereksiz ilaç reçetelenmesi, gereksiz antibiyotik kullanımı, oral kullanıma uygun ilaçlarda enjeksiyon tedavilerinin uygulanması, klinik rehberlere uygunsuz ilaçların reçete edilmesi, başlanılan ilaç tedavisine hastaların uymaması ve hastaların kendilerini sürekli reçete ile satılan ilaçlarla uygunsuz tedavi etmeye çalışmalarıdır. Dünya sağlık örgütüne göre kullanılan ilaçların yarısından fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta veya satılmaktadır (Aydın ve Gelal, 2012: 58; Yılmaz ve Çıtıl, 2022: 162).

2.8 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları

Akılcı olamayan ilaç kullanımı, sadece hastanın hayatını değil aynı zamanda tüm dünyada sosyoekonomik sorunları da tetikleyen önemli bir sağlık sorunudur (Amin vd., 2011: 19). Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçlarına bakıldığında, ilaçla tedavi kalitesinin azalmasına bağlı morbidite ve mortalitede artış meydana gelmesi, alınan tedavinin yarar sağlamaması, ilaç etkilerinde istenmeyen artış, uygunsuz antibiyotik kullanımına bağlı oluşan antibiyotik direnci, ilaçların enjeksiyon biçiminde fazla ve steril olamayan kullanımlara bağlı yan etkiler ve kan yolu ile bulaşabilecek hastalık riskinin çokluğu, ilaçların fazla kullanımından ortaya çıkan uygun olmayan hasta istekleri, ilaç stoklarının azalması ile oluşan ilaca erişim güçlüğü, hastalarda sağlık sistemine karşı oluşan güvensizlik, ilaç bağımlılığı ve maddi kaynakların yanlış tüketimine bağlı temel ilaçlara bile erişimin azalması ile ilaç maliyetinde oluşan artışlar gösterilebilir (Aydın ve Gelal, 2012: 59; Cengiz, 2018: 16). Akılcı olmayan ilaç kullanımında beklenmeyen ilaç etkilerinin ortaya çıkmasına, uygun olmayacak etki ve dozda ilaç kullanımına, hastalıkların tekrarlamasına veya uzamasına ve tedavi maliyetlerinin yükselmesine de neden olmaktadır (Yılmaz ve Çıtıl, 2022: 162).

Akılcı olamayan ilaç kullanımına engel olmak için, DSÖ tarafından birtakım öneriler bulunmaktadır (DSÖ, 2007):

- İlaç kullanım politikalarını koordine edecek ve politikaların etkilerini takip edecek kurumsal bir yapı oluşturulmalıdır.

- İlaçlarla ilgili karar evrelerini destekleyecek kanıta dayalı kılavuzlar hazırlanmalıdır.
- Temel ilaçlar listelenmeli ve ilaç geri ödemesi kapsamına koyulmalıdır.
- Hastaneler ve çeşitli birimlerde ilaç komiteleri oluşturulmalıdır.
- Problem çözümüne yönelik eğitimler düzenlenmelidir.
- Tıp eğitiminde gelişme sağlayacak yollar bulunmalıdır.
- Kurumlarda denetim sistemi oluşturulmalıdır.
- İlaçlarla ilgili bağımsız veri aktarılmalıdır.
- Okullarda akılcı ilaç kullanımına ilişkin eğitimler düzenlenmelidir.
- Akılcı olmayan reçete yazımını teşvik eden teşvikler engellenmelidir.
- İlaç kullanımı ve sağlık çalışanına ulaşımında adalet ortamı sağlanmalıdır (Şantaş ve Demirgil, 2017: 37-38).

2.9 Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı

Ülkemizde, ekonomik sorunlar, çeşitli sebeplerle sağlık kurumuna gidememe, zaman kısıtlılığı, stres ve psikolojik problemler nedeniyle ilaçlar bilinçsizce tüketilebilmektedir (Akkaya ve Koçaşlı, 2022: 247). Ülkemizdeki sınırlı maddi kaynaklara bakıldığında, ilaca ayrılan payın büyüklüğünü dikkat çekildiği zaman hastalığın ve hastanın vaziyetine uygun, akılcı tedavi davranışlarının gerekliliği ortadadır. Ülkemizde detaylı olarak belirlenmemiş olsa da akılcı olmayan reçete yazma alışkanlıkları ve standart tedavi usullerini uygulamada eksiklikler önemli derecededir. Hastasının durumunu belirleyip tanı koyduktan sonra elde bulunan ilaçlar arasından en uygun olanını seçecek ve reçete yazacak kişi doktor olduğundan, hekimin sorumluluğu ve davranışı uygun ilaç kullanımının en önemli unsurdur. Ülkemizdeki sağlık eğitimi yetersiz seviyededir ve bunu ortadan kaldırmak için yapılan çalışmalar, halen nitelik ve nicelik yönünden sorunu çözmekten oldukça uzaktır (Oktay, 2006: 16).

Sağlık Bakanlığı’nın (2003) başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte, sekiz yeni hedef belirlemiştir. Bu hedeflerden biride Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kuramsal Yapılanmadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 20). 2010 senesinde “Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç

Kullanımı Şube Müdürlüğü’’ kurulmuştur. Aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından, İlaç takip sistemi oluşturularak karekod uygulaması başlatılmıştır. Sistemin amaçlarına bakıldığı zaman, ilaç kullanımı ile ilgili sorunların önüne geçmenin yanında, sahte ilaçlardan ve sahte ambalajlardan korunma, politika oluşturmaya temel olarak veri oluşturma ve artı faydalar verilebilir. Düzenleyici kurum olarak 2011 yılının kasım ayında “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” kurulmuş ve faaliyete geçmiştir (Aydın ve Gelal, 2012: 59-60).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

3.1 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ilk defa 1974'te "Health Education as Social Policy" adlı makalede kullanılmaya başlanmıştır. Sonraki yıllarda Amerika ve Avrupa'nın yoğun ilgisiyle bu konuda yapılan çalışmalar artış göstererek devam etmiştir (Özcan, 2019: 21). Sağlık okuryazarlığı 1980'li yılların son zamanlarında önem kazanmaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Sağlık okuryazarlığını, "Kişilerin iyi sağlık haline yönelten ve sürekliliğini sağlayacak şekillerde bilgiye ulaşma, bilgiyi idrak etme ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen zihinsel ve sosyal kabiliyetler" olarak tanımlamıştır. İnsanların sağlık bilgilerine ulaşımını ve bu bilgileri etkin bir biçimde yarara dönüştürme kapasitelerini geliştirmesi, sağlık okuryazarlığının gelişimi için önemli bir etken olarak açıklanmaktadır (Nutbeam, 2000: 264).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde, özellikle hastaların sağlık konularında bilgi edinmeleri ve gerekli hizmeti almaları önemli bir sorundur. Sağlık okuryazarlığı genel olarak "Bireylerin uygun sağlık hizmetini almaları ve karar verirken gerekli olan bilgiyi elde etme, işleme ve anlama kapasitelerini ifade eden sağlık bilgi düzeyi"dir (Manganello, 2008: 840). Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinde doğru bilgiye ulaşma becerisini, hizmeti kullanabilme yeteneğini ve sağlık uzmanları tarafından verilen talimatları doğru okuyup anlamaktır (İlgaz ve Gözüm, 2016: 71). Başka bir tanımda, "Bireylerin sağlıklarını ilgilendiren bilgileri elde edebilmesi, ulaştığı bilgileri anlaması, anladığı bilgileri sağlıklı ilgili verilen kararlarda kullanabilmesi için yeterli mental ve sosyal becerisi" olarak ifade edilmektedir (Sggm, 2020).

DSÖ, sağlık okuryazarlığının tanımını, genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yaparak "Sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık ile bağımlı olarak bireylerin hayatı boyunca sağlık bakımları ile alakalı konularda fikir geliştirmeleri ve karar

almaları, sağlıklarını korumak, devam ettirmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini arttırmak için sağlıkla alakalı bilgi unsurlarına ulaşabilmeleri, sağlık ile alakalı bilgileri ve iletileri hatasız olarak elde edip ve idrak etmeleri konularındaki istekleri ve yetileridir” şeklinde tanımlamıştır (Who, 2013: 4).

Bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olması, yanlış ilaç tüketimi, hastalık ve tedaviyi iyi idrak edememekten dolayı sağlığın bozulması bağımsız riskleridir. Berkman ve arkadaşları (2011), yaptıkları dizgesel derlemede, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlığa olan etkilerini ele almıştır; düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin hastaneye daha fazla yatma, daha fazla acil servis hizmetlerini kullanma, daha az koruyucu sağlık hizmetine başvurma, ilaçları uygunsuz biçimde kullanma, sağlıkla ilgili iletileri iyi anlamama ve yaşlılarda özellikle daha kötü bir sağlık düzeyi oluşması ve yüksek ölüm ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Berkman vd., 2011: 99-101).

Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin düşük olması aşağıdaki sonuçlara yol açmaktadır;

- Kişilerde yetersiz sağlık bilgisine,
- Bireylerin sağlık ve hastalık durumlarını tanıyamamasına,
- Sağlık hizmetlerine ulaşmada ve faydalanmada yetersizliğe,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden verim elde etmemeye,
- Hastalık durumunda polikliniklerden ziyade acil servislerin kullanılmasına,
- Hastalıkların yönetim sürecinde aksaklıklar ve olumsuz sağlık sonuçlarının oluşmasına,
- Hastane yatışlarının, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına (Özcan, 2019: 24-25),
- İlaç kullanımında hatalara yol açmasına,

Bunun yanında sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin yaşanmasında da etkili olabileceğinden önemli bir halk sağlığı sorunu olarak da görülmektedir (Coşkun ve Bebiş, 2015: 378).

3.1.1 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Westra ve arkadaşlarına (2014) göre; Sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltecek iki etkili yol vardır. Birinci yol, bireyleri doğru ve güvenilir bilgi kaynaklarına yönleltmek ve ihtiyaçları doğrultusunda bu bilgi kaynağı hakkında düşüncelerini sağlamaktır. İkinci yol ise, bireylerin seviyelerine uygun bilgi oluşturmak ve bu bilgiyi en uygun biçimde bireylere ulaştırmaktır (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 128).

Bireyler Sağlık Okuryazarlığı düzeylerine göre üç farklı şekilde sınıflandırılabilir;

Temel/Fonksiyonel: Bireyin günlük sağlık sorunlarıyla başa çıkmasını sağlayan temel okuma ve yazma becerilerine sahip olmaları gerekliliğini ifade eder.

İletişimsel/Etkileşimli: Bireyin sağlık hizmeti alma aşamasında, farklı iletişim araçlarından bilgi alması, anlam çıkarması ve uygulamasını sağlayacak daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri ifade eder.

Eleştirel: Bireyin sağlık konuları üzerinde elde ettiği bilgileri, eleştirel olarak analiz edecek ve uygun bir karar verecek düzeyde gelişmiş bilişsel becerilerini ifade eder (Marques ve Lemos, 2017: 2).

3.2 E-Sağlık Kavramı

İnternet, dünya çapındaki kurumsal ya da kişisel bilgisayar ağlarını birbirine bağlayan bir elektronik iletişim ağıdır (Merriam-Webster, 2022). Türk Dil Kurumu ise dilimizdeki karşılığını “Genel Ağ” yani birbirine bağlı bilgisayar ağlarının tümü olarak tanımlamıştır (Can vd., 2014: 487). Son yıllara bakıldığında zaman, bilişim ve iletişim teknolojilerinde ortaya çıkan değişimlerle, tüm sektörleri etkisi altına almıştır. Böylelikle birçok sektörde mekân ve zaman sınırı olmaksızın hizmet sunumu yapılmaya başlanmıştır (Kılıç, 2017: 204).

Günümüzde, sağlık bakımlarında oluşan teknoloji merkezli bu hızlı değişimin genel adı “E-Sağlık” olarak nitelendirilmektedir. Bunun yanında e-sağlık kavramı, içinde birbiriyle bağımlı birçok kavramı kapsayan bir “Çatı Kavram” olarak

kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü ve sağlık eğitimi, bilgisi ve araştırması dahil olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin düşük maliyetli ve güvenli bir şekilde kullanımı” şeklinde e-sağlığı tanımlamıştır (Toygar, 2018: 103).

Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı tanıma bakıldığında zaman e-sağlık kavramı; “Bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm işlevlerinin bireylerin ve hastaların sağlığının iyileştirilmesinde ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırarak, sağlık hizmetlerinde bulunan tüm bireylere kaliteli, verimli ve etkili hizmet sunumu için kullanılması” olarak tanımlanmıştır (Coşkun ve Bebiş, 2015: 378).

Daha geniş bir yelpazede bakıldığında; E-sağlık, yalnızca teknik gelişim ve ilerleme değil, aynı zamanda bölgesel ve küresel çapta sağlık bakım hizmetlerinin gelişmesi için bilgi ve haberleşme teknolojilerinden yararlanılmasını gerektiren bir düşünce tutumu ve anlayıştır (Terzi, 2019: 66).

Eysenbach (2001)’de editörü olduğu Journal of Medicine Research dergisinde yayımladığı makalesinde, hem e-sağlığın bir tanımını yapmış hem de e-sağlığı en iyi tanımlayan 10 özelliği belirtmiştir. E-sağlık kavramında yer alan “E” harfi elektronik anlamının yanında e-sağlık kavramını belirten birçok “E” ‘yi de ifade etmektedir (Eysenbach, 2001: 1).

Efficiency (Verimlilik)

E-sağlığın faydalarından biri, sağlık bakım hizmetlerinde verimliliği yükseltmek ve böylece maliyetleri düşürmektir. Maliyetleri düşürmenin muhtemel bir yolu ise sağlık kuruluşları arasında gelişmiş iletişim unsurları ve hasta katılımı yoluyla, tekrarlayan veya gereksiz teşhis veya tedavi müdahalelerinden vazgeçmektir.

1. Enhancing Quality of Care (Bakım Kalitesinin Artırılması)

Verimliliğin yükseltilmesi, yalnızca maliyetleri azaltmayı değil, aynı zamanda kaliteyi iyileştirmeyi barındırır. E-sağlık, farklı sağlayıcılar arasında mukayeselere

izin vererek, hastaları kalite güvencesi için yeni uygulamalar yaratarak, hasta akışları en kaliteli sağlayıcılara yönlendirilip sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir.

2. *Evidence Based (Kanıt Dayalı)*

E-sağlık etkisi, etkililiklerinin ve etkinliklerinin varsayılmaması, titiz bir bilimsel değerlendirme ile kanıta dayalı olmalıdır.

3. *Empowerment of Consumer and Patients (Tüketicilerin ve Hastaların Güçlendirilmesi)*

E-sağlık, tıp bilgi ilkelerini ve kişisel elektronik kayıtlarını tüketicilere İnternet üzerinden ulaşılabilir vaziyete getirerek, hasta merkezli tıp için yeni yollar keşfedip ve kanıta dayalı hasta seçimine imkân tanır.

4. *Encouragement (Teşvik)*

Hasta ve sağlık profesyonelleri arasında kararların ortak bir şekilde alındığı bir iş birliği ile yeni bir ilişkinin ortaya çıkarılmasıdır.

5. *Education (Eğitim)*

Doktorların online kaynaklardan eğitimi ve bunun yanında hastalar için sağlık eğitiminin devamlılığının sağlanmasıdır.

6. *Enabling information (Bilgi Sağlama)*

Bilginin aktarılması ve iletişimin sağlık kuruluşları arasında standart bir şekilde sağlanmasıdır.

7. *Extending the Scope of Healthcare (Sağlık Bakımı Kapsamının Genişletilmesi)*

E-sağlık, tüketicilerin sağlık hizmetlerini küresel sağlayıcılardan online olarak kolayca almalarını sağlar. Bu hem coğrafi olarak hem de kavramsal olarak sağlık hizmetlerini almalarını belirtmektedir.

8. *Ethics (Etik)*

E-sağlık, hasta ve hekim ilişkisinde yeni biçimler ortaya çıkarır ve bu da online uzman uygulama, bilgilendirilmiş onam formları, mahremiyet ve eşitlik problemleri gibi ahlaki konulara yönelik yeni zorluklar ve tehditler ortaya çıkarır.

9. *Equity (Eşitlik)*

Sağlık hizmetlerini daha adaletli bir hale getirmek e-sağlığın gayelerinden birisidir, ancak kullanım imkanları açısından sahip olanlar ve olmayanlar arasındaki uçurumu derinleştirmesi potansiyelini önemli bir tehdit unsuru barındırmaktadır. Parası, kabiliyeti, bilgisayar ve ağlara ulaşma imkânı olmayan kişiler, bilgisayarları etkin olarak kullanamazlar. Bu hasta topluluğu, siyasi faaliyetler herkes için eşit erişim sağlamadıkça, bilgi teknolojisindeki gelişmelerden en az oranda yararlanacaklardır (Eysenbach, 2001: 1-2).

3.2.1 E-Sağlık Kavramının Önemi

Artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerini zorlamaktadır. Bu durumda sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesi ile hastalıkların önlenmesi önem kazanmaktadır. Bu teşvikler, sağlık hizmetlerine daha aktif hasta katılımına yol açarak e-sağlık uygulamalarına bu süreçte önemli bir rol vermektedir. Ayrıca uzak ve kırsal alanlarda e-sağlık hizmetlerine erişim geleneksel sağlık hizmetlerine kıyasla daha kolaydır. Böylece, e-sağlık hizmetleri, kaliteli sağlık bilgilerine erişim ve eşitliğinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin üzerindeki yükün hafifletilmesine yardımcı olur. E-sağlık, ortak karar vermeyi sağlayarak, hastaları ve sağlık profesyonellerini güçlendirip sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırabilir. Dünya çapında artan internet erişimi ile hızlı teknolojik gelişmeler e-sağlığı herkes için uygun hale getirmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde cep telefonlarının artan kapsama alanı, yetersiz hizmet alan bölgelerdeki insanların sağlık bilgilerine ve diğer e-sağlık hizmetlerine erişmesine katkı sağlamaktadır (Wynn vd., 2020: 1).

Bilgiye erişimin kolaylaşması ve yaygınlaşması, bireylerin hastalıklarını araştırmak, tıbbi verilerini yorumlamak için gerekli bilgi ve yöntemleri elde edebilmesine olanak tanımakta ve giderek artan hastaların kendileriyle ilgili karar verme süreçlerine katılımını sağlayarak artmaktadır. Böylelikle, hastanın doktorla

beraber karar verme süreçlerinde pay sahibi olup, bilgilendirilip seçim yapma şanslarının arttığı kabul edildiği yeni bir karar verme modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (Tekin vd., 2009: 1209).

3.2.2 E-Sağlık Kavramının Gelişimi

İnternet, günümüzde birçok konuda bilgi kaynağı olarak yaygın bir biçimde faydalanan bir unsurdur. İnternet; hastalıklar, rahatsızlıklar, tedaviler ve önlemler hakkında bilgi için kullanımı kolay, kullanışlı ve kapsamlı bir bilgi kaynağı olarak benimsenmiştir. Sağlık hizmeti alırken, hastalar interneti tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinmek ve tıbbi durumlarını daha iyi anlamak için kullanmaktadır (Birru vd., 2004: 2). 1990'larda, İnternet kullanımının artış göstermeye başlamasıyla, bir dizi e-terimin ortaya çıkmasına ve çoğalmasına yol açmıştır. Örnek olarak, İnsanların hızlı iletişim kurma ve deneyimlerini paylaşma olanakları sağlayan e-posta, İnternet aracılığıyla ticari ve finansal işleri yürütmek için e-ticaret ve insanlara iletişim teknolojileri ile kolaylıklar sağlayarak sağlık bakım hizmetlerini iyileştirmek ve sürdürülebilir bir şekilde yürütmek için e-sağlık terimi ortaya çıkmıştır. E-sağlığın anlamına bakıldığı zaman, terimin kullanıldığı bağlama göre değişim göstermekteydi. Ancak önerilen anlamlardan yola çıkılarak, e-sağlık teriminin daha net bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Oh vd., 2005: 1-2).

Örneğin, 1990'ların ortalarındaki ilk çalışmalarda, gelişmiş bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını yansıtmak ve uzaktan sağlık bilgisi veya sağlık hizmeti sunmak için "tele-sağlık" veya "tele-tıp" terimi kullanılmaktaydı. 2000'den sonra, sosyal hizmetler de dahil olmak üzere daha geniş sağlık tanımları ve ağ bağlantılı teknolojiler kullanılmaya başlandı. Günümüzde genel kavram olarak "E-Sağlık" terimi kullanılmakta olup; E-sağlık, sağlık sistemleri ile ilgili bilişim ve sağlık sistemleri ile teknolojiyi hizmet sunumuna dahil etmektedir (Jennett, 2005: 88). Öte yandan, sağlık hizmeti sunumu, tedavi kararlarının neredeyse yalnızca hekimler tarafından verildiği hekim merkezli bir modelden, hastaların kendi sağlık konuları hakkında karar verme sürecinde aktif olarak yer aldığı hasta merkezli bir modele geçiş görülmektedir. İnternet, insanlara aşırı miktarda sağlık bilgisine erişim sağlayarak bu harekette önemli bir rol oynamaktadır. İnsanların birincil sağlık bilgisi kaynağı olarak interneti kullanımı çarpıcı biçimde artış göstermiş ve hastalar için çevrimiçi destek toplulukları

bazen kendi doktorlarından veya alanında uzman olan doktorlardan daha faydalı olabilmektedir (Karkalis ve Koutsouris, 2006: 1).

Literatüre bakıldığı zaman e-sağlık ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Çevirim içi ortamlara hastaların çok kez ziyarette bulunduğu, internetin kronik sağlık problemlerini yönetmede etkili, tasarruflu ve hasta ile doktor arasındaki iletişimi güçlü kılmada yenilikçi bir yaklaşım olduğu, hemşirelerinde bu iletişim kanalında önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (Demir ve Gözüm, 2011: 199).

3.3 E-Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, 21. Yüzyılda önemli bir sorun olarak görülmüş, bir halk sağlığı hedefi ve küresel sağlık hizmetleri açısından da ele alınmıştır. Tıp enstitüsü raporunda ele alınarak sağlık bilgilerini elde etme becerilerine yönelik stratejik bir planlama yapılmasının altı çizilmiştir. Böylelikle elektronik bir dünyada sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olma sağlık hizmetlerine ve tanımlamalarını anlayabilmek için kullanılmaya başlayan elektronik kaynaklarla birleştirilerek yeni bir bağlam olan e-sağlık okuryazarlığı kavramını anlayabilme ve genişletilmiş bir dizi beceri kazanabilmeye yönelik çalışmalara yönlendirmiştir (Norman ve Skinner, 2006: 2). Bireysel internet kullanımında yaşanan olağanüstü artış, İnterneti günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline getirmiştir. İnternet, hekimler arasında ve hekim ve hasta iletişiminden, sağlık bilgileri sunan ve danışma hizmeti veren sitelerden, tele tıp hizmetlerine kadar, sağlık alanında birçok konuda yaygın olarak kullanılarak önemli bir bilgi membaı şekline gelmiştir. Bu etken sağlık okuryazarlığına farklı bir boyut kazandırarak e-sağlık okuryazarlığının ortaya çıkmasına ve önemli bir hal almasına sebep olmuştur (Ulus ve Gürkan, 2011: 43; Deniz, 2020: 86).

İnternet kullanıcıları, interneti bilgi edinme amaçlı olarak kullanabilmektedir. Bu amaçlar arasında bireyin kendi sağlık durumunu, hastalıkları veya hekimlerle ilgili bilgi alma; verilen reçeteler, ilaç içerikleri veya benzerleri ile ilgili bilgi alma ya da aynı durumda olan hastalarla iletişim kurmada interneti kullanabilirler (Ulus ve Gürkan, 2011: 44). İnternetin en belirgin avantajlarından biride gelişmiş erişim potansiyelidir. E-sağlık, sağlık uygulamalarında bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bireylere sağlık hizmeti sunumunda ve

eğitiminde verimliliği arttırabilmek için her türlü bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılmasını ifade eder (Skinner vd., 2003: 2; Adebayo ve Ofoegbu, 2014: 36). E-sağlık, sağlık hizmetlerini ve elde edilen bilgileri geliştirmek için önemli bir unsur olarak görülür. Bunun yanında sağlık bakım hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü, sağlık eğitimi, bilgi ve araştırmalar dahil olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili faaliyetleri desteklemek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin güvenli bir şekilde kullanımı ekonomik olarak da etkili bir yöntem olarak görülmektedir (Khoja, Durrani, Scot, Sajwani vd., 2013: 48).

“E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin elektronik kaynaklar ve bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerinde başarılı bir şekilde gezinmek için ihtiyaç duydukları özel ve analitik beceriler ile sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma derecesi” olarak tanımlanmıştır. Yapılan çeşitli araştırmalar, artan çevrimiçi bilgi toplama ile İnternet'e ilişkin olumlu algıları ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Sarkar vd., 2016: 124). E-Sağlık, bir sağlık sorununu çözmeye yönelik gerekli bilgileri elektronik ortamlarda arama, bulma, değerlendirme, entegre etme ve uygulama becerisi e-sağlık okuryazarlığını gerektirir. Bu bileşik beceri, insanların teknoloji ile çalışabilmelerini, medya ve bilim meseleleri hakkında eleştirel düşünebilmelerini ve karar vermek için gerekli bilgileri elde etmeye yarayan çok çeşitli bilgi araçları ve bilgi kaynakları arasında gezinebilmelerini de gerektirir. Bireylerin temel okuryazarlık becerileri arttıkça, yaş, gelir veya eğitimden bağımsız olarak sorunları çözmek için bilgi iletişim teknolojilerini etkin bir şekilde kullanma yeteneğine de geliştirir (Norman ve Skinner, 2006a: 2).

Diğer okuryazarlık biçimlerinden farklı olarak, e-sağlık okuryazarlığı, farklı okuryazarlık kabiliyetlerinin çeşitli taraflarını birleştirmekte ve bunlara e-sağlık tanıtımı ve bakımı uygulamaktadır. E-sağlık okuryazarlığı, bir kişinin sahip olduğu sağlık sorunu, eğitim durumu, e-sağlık ile karşılaşma anındaki sağlık durumu, bilgi arama motivasyonu ve kullanılan teknolojilerden etkilenir. Diğer okuryazarlıklar gibi, e-sağlık okuryazarlığı da dinamik bir yapıdadır; yeni teknolojiler tanıtıldıkça ve kişisel, sosyal ve çevresel kesişimler değişime uğradıkça, zaman içinde gelişen süreç odaklı bir beceridir. Diğer okuryazarlık türleri gibi, e-sağlık okuryazarlığı da anlamın üretildiği yolları ortaya çıkarmaya çalışan ve doğası gereği düşünme ve eyleme

biçimlerini organize eden söylemsel bir uygulamadır. Bireyleri güçlendirmeyi ve e-sağlık kaynakları vasıtasıyla bilgilendirilen sağlık kararlarına tam manada katılmaların sağlanmasıdır (Norman ve Skinner, 2006b: 2).

E-sağlık okuryazarlığı ve genel olarak teknoloji kullanımındaki ilişkide önemli bir bağlantı olduğu aşınadır. Birey teknolojiyi ne kadar çok kullanırsa, o teknolojiyi bir araç olarak kullanma becerilerini geliştirme olasılığı da o kadar artar. Bu nedenle, bir nüfusun teknolojiye olan yüksek aşinalığı göz önüne alındığında, gençler e-sağlık okuryazarlığının bir ölçüsünü test etmek için ideal bir grup olarak hizmet edebilirler. E-Sağlık okuryazarlığı 6 temel okuryazarlıktan ya da beceriden oluşmaktadır:

- Geleneksel Okuryazarlık
- Bilgi Okuryazarlığı
- Sağlık Okuryazarlığı
- Bilimsel Okuryazarlık
- Bilgisayar Okuryazarlığı
- Medya Okuryazarlığı (Norman ve Skinner, 2006a: 2).

Bu beceri ve okuryazarlık biçimlerini ifade etmek ve ilişkisini belirtmek için bir zambak modeli oluşturulmuştur;

Şekil 1: E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli



(Kaynak: Norman ve Skinner, 2006b: 3)

İnterneti verimli bir şekilde kullanmak için, kişilerin bilgiyi nasıl yönetecekleri ve bu sebeple nereden ve nasıl destek alabileceklerini bilmelidir. Yapılan başka bir çalışma, karmaşık site unsurlarının, düşük okur yazarlığı olan bireyler için bilgiye erişme ve faydalanma açısından zorluk çıkardığını göstermektedir. Bu doğrultuda sağlık okur yazarlığının, internetin bir sağlık bilgi kaynağı olarak verimli bir biçimde kullanımı konusunda önemli bir rolü bulunmaktadır (Kalaça, 2012: 129).

Fakat, düşük okuryazarlık düzeyine sahip olan nüfus, İnternet sağlık kaynaklarının gelişmesinden yeterince faydalanamamıştır. İnternet hizmetlerinin ve kişisel bilgisayarların maliyeti bu nüfus için çok yüksek meblağlara da ulaşabilmektedir. Ayrıca, internetteki çoğu metne dayalı sağlık bilgisi, okuryazarlığı düşük düzeyde olan topluluklar için optimum düzeyde etkili olamayacak kadar ileri bir düzeye sahiptir (Birru vd., 2004: 2).

3.4 Türkiye'de E-Sağlıkla İlgili Bazı Uygulamalar

Günümüzde ülkelerin sağlık yatırımlarına bakıldığında zaman; büyük ve gelişmiş hastaneler yapmaktansa, sağlık bakım teknolojilerine yatırım yapılmaktadır. Böylelikle sağlık hizmetleri yelpazesini hastane ortamından çıkarıp daha geniş

kesimlere ulaştırılması hedeflenmektedir. Böylelikle sağlık hizmetleri mekân ve zamandan bağımsız bir şekilde bireylere ulaşmaktadır. Günümüzün sağlık hizmetleri yaklaşımı, hastane odaklı önemli düzeyde farklılaşarak e-sağlık faktörü ile yeni bir bakış açısı kazandırmıştır (Kılıç, 2017: 204).

E-sağlık, web tabanlı hizmetlerden mobil sağlık uygulamalarına, evrimii video hizmetlerine ve sosyal medyaya doğru genişlemiş ve sürekli olarak yeni hizmetler ve teknolojiler sunmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde halihazırda kullanılmakta olan e-sağlık hizmetlerine birkaç örnek olarak, evrimii konsültasyonlar, elektronik hasta kayıtları, dijital radyolojik sistemler, karar destek araçları, kendi kendine yardım uygulamaları, tele izleme ve e-reçeteler örnek verilebilir (Wynn vd., 2020: 1).

İnsanlar, kendi sağlık bakımlarıyla ilgili kararlar alabilmek için kendi tıbbi kayıtlarına ve ihtiyaç duydukları her türlü bilgiye kolayca erişebilmelidir. Sağlık uygulamaları, belirli hastalıkların özel ihtiyaçlarına odaklı olabilir. İnsanlar, yalnızca kendileri veya yakınları ile ilgili bir sağlık sorunuyla karşı karşıya kaldıklarında evrimii sağlık bilgilerini arama eğilimindedirler. Bir kişinin zaman içinde farklı noktalarda farklı sağlık sorunları oluşabilir ve bu sağlık sorunları farklı yerlerde farklı bakım sağlayıcılar tarafından tedavi edilmesi gerekebilir. Kişinin yaşamı boyunca sağlığı ile ilgili bilgiler birçok bağımsız sisteme yayılır. Sağlık hizmeti hasta merkezli bir modele doğru ilerlerken ve bilgi sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası haline geldikçe, bilgi entegrasyonu kritik bir öneme sahip olur;

- Sağlıkla ilgili web siteleri veya sağlık hizmeti sunan portallar hastalar veya sağlık profesyonelleri için ilgili bilgiler.
- İnsanların hastalıklarıyla ilgili deneyim ve bilgileri paylaştığı ve birbirlerine duygusal destek sağladıkları sanal topluluklar ve evrimii destek grupları.
- Sağlık profesyonelleri tarafından klinik ortamda kullanılan elektronik sağlık kayıtları ve bireyin kişisel sahibinin bulunduğu evrimii kişisel sağlık kayıtları.

- Evde kronik hastalıkları izlemek, yaşlıları izlemek veya profesyonellerle evden iletişim kurmak için evde bakım ve kronik hastalık yönetim sistemleri kullanılır.
- Dermatoloji, oftalmoloji, radyoloji ve psikiyatri gibi alanlarda sağlık profesyonelleri arasında iş birliğini ve hastalarla iletişimi sağlayan tele-tıp ve tele-konsültasyon uygulamaları örnek verilebilir (Karkalis ve Koutsouris, 2006: 1-2).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalar da internetin sağlık hizmetlerinde yaygın bir biçimde bilgi kaynağı olarak kullanıldığını göstermektedir (Kalaça, 2012: 128). Sağlık reformları kapsamında sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması Türkiye’de 1990’lara dayanmasına rağmen 2000’li yıllarda gelişim göstermeye başlamış ve birçok sağlık reformunun yer aldığı bir eylem planı belirlenmiştir (Avaner ve Fedai, 2017: 1553). Sağlık Bakanlığı’nın (2003) başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte, sekiz yeni hedef belirlemiştir. Bu hedeflerden biride “Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim” başlığı altında sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20). Ayrıca aynı yıl ‘Başbakanlık Genelgesi’ kapsamında yayımlanan, “E-Dönüşüm Türkiye Projesi Kısa Dönem Eylem Planı”nında e-sağlık ile ilgili yapılacak çalışmalara ve projelere de yer verilmiştir (Başbakanlık Genelgesi, 2003).

Türkiye’de e-sağlık sistemi konusunda uygulanmaya konmuş çeşitli çalışmalar mevcuttur. Sağlık Bakanlığı 2007 yılında Tele-tıp ile alakalı altyapı çalışmalarına başlamış olup, 2016 yılında itibaren ise, E-nabız, E-randevu (MHRS), Doktor Bilgi Bankası, Elektronik Bilgi Sistemleri ve Dijital Hastaneler ile uygulamaya yönelik çalışmaları hayata geçirmeye başlamıştır (Kılıç, 2017: 205).

3.4.1 Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri (SBYS)

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar; verimliliği yükseltmek, maliyetleri azaltmak ve hasta bakımını iyileştirmek gibi faaliyetleri yerine getirebilmek için, mümkün olduğunca prosedürlerden ve formalitelerden uzak bir şekilde hizmet vermek adına bilgisayar tabanlı bilgi sistemlerine başvurumaktadırlar. Bilgisayar tabanlı sistemlerin kullanılması sağlık bakımının yanında yönetsel açıdan da büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Hastanelerde bilgisayar destekli yönetim sistemlerinin kurulması,

gerek tıbbi bilgi sistemlerinin, gerekse yönetsel bilgi sistemlerinin daha iyi düzenlenmesini sağlamaktadır (Koç vd., 2012: 67).

Bu çalışmaların yerine getirilmesinin kolaylaştırılması nedeniyle 2011 yılında SBYS yazılım sistemlerinin işleyişine yönelik faaliyetleri takip ve düzenleme amacı ile Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile ‘‘Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’’ kurulmuştur (Sbsgm, 2020a). SBYS, sağlık kurumlarının veya bireylerin sağlık bilgilerinin yönetilmesini sağlayan bilişim sistemlerini kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik faaliyetleri yerine getirmeyi sağlayacağı gibi, sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının organizasyon faaliyetlerini takip etmesini, karar destek sistemleri oluşturulmasını ve sağlık politikalarının belirlenmesine yardımcı olacak sistemleri de ifade etmektedir (Altunbudak, 2019).

SBYS genel müdürlüğünün başlıca amaçlarına bakıldığı zaman;

- Sağlık hizmetinde kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile alakalı ülke çapında politika, strateji ve standartları tayin etmek.
- Kişisel sağlık bilgileri ile ülke çapında sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ait veri ve bilgi akışını kapsayan her türlü bilgi sistemleri ve projelerinin gelişimini yönelik faaliyetleri sürdürmek.
- Sağlık bilgi sistemleri ve teknolojileri ile alakalı global yenilikleri takip ederek, ülke uygulamalarını ve tecrübelerini paylaşmak, gerektiğin de küresel kuruluşlarla iş birliği faaliyetlerini yerine getirmek.
- Sağlık bilişimi ve teknolojisi sahasında faaliyet gösterecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin uyması gereken kuralları koymak, uygulamak ve gerektiğinde bunların yazılım ve ürünlerinin uygunluğuna karar vererek, uygulayacak kişileri yetkilendirmek (Kanun Hükmünde Kararname, 2011).

Yukarıda belirtilen amaçları yerine getirmesinde birçok alt kuruluşları bünyesinde barındırmaktadır. Bu kuruluşlardan bazıları şu şekildedir;

- Standart Geliştirme ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Uygulama Yönetimi Daire Başkanlığı
- Sistem Yönetimi Daire Başkanlığı

- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı
- Hukuk Koordinatörlüğü
- İç Kontrol Koordinatörlüğü
- MHRS Koordinatörlüğü (Sbsgm, 2020b).

3.4.2 Dijital Hastane

Fiziksel mesafeler ve sınırlamalar nedeniyle, dijital sağlık hizmetleri tıbbi hizmetlerin uygulanmasında kolaylıklar sağlamaktadır (Abdulrahman vd., 2022: 1100). Dijital hastane sağlık alanında bilişim teknolojilerinin kullanımının artmasıyla hastanelerin bu sistemleri kullanarak faaliyet göstermesini ifade eden bir kavramdır. Dijital hastane kavramı, bilişim teknolojilerinin hasta ve çalışan yararına kullanıldığı hastaneleri ifade etmektedir. Fakat bilişim teknolojilerinin kullanılıyor olması bir hastaneyi dijital hastane olarak nitelendirmek için yetersizdir (Sağlık Bakanlığı, 2014a).

Sağlık kuruluşlarında süreçlere ve hastalara dair çok çeşitli veri toplanmaktadır. Karar alma aşamalarında bu verilerin kullanılması kritik öneme sahiptir. Özellikle, hasta ile ilgili verilerin ve istemlerin hasta başında sisteme girilmesi; hasta ile ilgili her türlü tıbbi bilgiye hastane içinden veya dışından anlık erişilmesiyle iş süreçlerini hızlandırmakta, tıbbi hataları en az düzeye indirmede önemli yer tutmaktadır.

Dijital hastanenin yararları şu şekilde sıralanabilir;

- Dijital hastanelerde hekimler ve hemşireler, hastalara ait bilgilere zaman ve mekan sınırı olmadan erişebilmekte, hastanın bekleme ve yatış sürelerinin azalmasına etki etmektedir.
- Sağlık çalışanlarının fiziksel çalışmasını azaltarak, tıbbi ve idari hataların minimize olmasına yarar sağlamaktadır.
- Dijital hastanelerde, kırtasiye maliyetlerinin asgari seviyeye düşmesini sağlamaktadır.
- Dijital hastanelerde elektronik sağlık kayıtlarının güvenli bir şekilde tutulması, depolanması ve rapor edilmesine olanak sağlayarak, hastaların tedavi

süreçlerinin bütün halinde takip edilmesine, bu uygulama, teşhiste ve hasta işlemlerinde süreci hızlandırıp, değerlendirmelerde doğruluk ve kaliteyi pozitif yönde etkileyecektir.

- İlaç takip sistemleri kullanımı; dijital hastanelerde, ilaçların gerekli takipleri yapılarak, farklı ilaçların aynı anda uygulanmasıyla ortaya çıkabilecek yan etkiler, karar destek sistemlerinin ikazlarıyla tespit edilebilmektedir.
- Dijital hastanelerde yöneticiler performans izlemi ve değerlendirmesini daha kolay ve hızlı yapabilmektedir. Böylece, finansal kaynakların etkin ve verimli kullanımı sağlanarak kayıt dışı giderler önlenebilmektedir. Ayrıca kesin envanter yönetimi sağlanarak, veri madenciliği ve istatistiksel veri analizlerinin yapılmasına da ortam sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014b).

3.4.3 Tele-tıp

Bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilip geliştirilmesi amacıyla, bilişim teknolojilerinin kullanılması ile tıbbi bilgilerin farklı ortamlara aktarılmasını ifade etmektedir. Tele-tıp uygulaması, 1960'lı yıllardan 2000'li yıllara kadar sağlık bakım hizmetlerinde farklı mekanlarda, bilişim teknolojileri ve iletişim vasıtaları ile yapılan teşhis ve tedavi işlemlerinde kullanılmaktaydı. Günümüzde ise tele-tıp kavramı e-sağlık bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Tele-tıp uygulaması, sağlık çalışanlarının kendi aralarında ve sağlık çalışanları ile hastalar arasında olmak üzere iletişim ve bilgi paylaşımına olanak tanımaktadır (Kılıç, 2017: 206).

Tele-Tıp'ın gerçek faydalar sunması için, topluluk üyeleri tarafından tamamen entegre edilmiş olması gerekir. Bir kişinin fiziksel olarak görebildiği her şey tele-tıp yoluyla da görülebilmelidir (Abdulrahman vd., 2022: 1001). Bireyin sağlık verileri bir bulut üzerinde depolanarak, bu bulutta depolanan veriler bireyin iznine bağlı olarak, tıbbi teşhis ve tedavilere yardımcı olmak için kullanılır (Garg vd., 2022: 26876). Tele-tıp sistemi radyolojik tetkiklere ait görüntüleri de web ortamına taşıyarak, bu görüntülerin raporlanmasına, tele-konsültasyon yapılabilmesine, tıbbi görüntü ve raporların kalite bakımından değerlendirilmesine ve e-nabız uygulaması üzerinden vatandaşlar ile zamandan bağımsız olarak paylaşılmasına olanak tanımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).

Güvenlik açısından bakıldığında zaman, sağlık çalışanlarını ve hastaları koruyan bir güvenlik ağı oluşturulmalıdır. E-sağlık geliştikçe, hastalık çeşitliliği, sağlık sistemleri ve sonuç beklentileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olunabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin mevcut sağlık sisteminin temellerine dikkat etmeden oluşturulan tele-tıp sistemi olumsuz etki yaratabilmektedir. Sağlık uygulayıcılarının kültürel ve teknolojik hazırlığını tamamlamadıkça, çok fazla emek ile düşük verimlilik oluşmasına neden olabilmektedir. İyi uygulandığı zaman tele-tıp geliştikçe olan ülkelere etkili ve verimli bir biçimde optimal sağlık hizmeti sunmaya önemli derece etki edebilme kapasitesine sahiptir (Edworthy, 2001: 254).

3.4.4 M-Sağlık (Mobil Sağlık)

Akıllı mobil telefonların artmasıyla birlikte mobil sağlık uygulamaları, gelişmiş ülkelere yüksek oranda kullanılmasına yol açmıştır (Doğanay, 2015: 106). Türkiye’de de akıllı telefon piyasasının gelişmesi ile birlikte mobil sağlık uygulamalarının kullanımında artış olduğu görülmektedir. Bireylerin kişisel bakım, sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma gibi aktivitelerini takip etmesini kolaylaştırması sayesinde mobil sağlık uygulamaları sağlıklı yaşam biçimine yön vermede etkili olmaktadır (Doğanyigit, 2015: 108-109).

M-sağlık, mobil teknolojilerin sağlık alanında kullanılmasını ifade eder. Mobil sağlık; akıllı telefon, hasta izleme aletleri, dijital araçlar, kablosuz cihazlar ve mobil araçların kullanılması aracılığıyla, tıbbi ve halk sağlığı bakımının desteklenmesidir (Kılıç, 2017: 206).

3.4.5 E-Nabız

E-nabız, Türk vatandaşlarının bireysel olarak kişisel sağlık verilerini içeren internet tabanlı ve telefon uygulamalarında da görüntülenip yönetilebileceği sağlık kaydı sistemidir. Sağlık bakanlığı tarafından 2015 yılında uygulanmaya başlanmıştır (Vikipedi, 2022).

E-nabız, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulan kişiye ait bütün sağlık verilerinin web servisler ile çevrim içi toplanmasını, işlenmesini ve veri kalitesinin

yükseltilmesini sağlayan sistematik ve işlevsel kayıt sistemini ifade eden kavramdır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).

3.4.6 Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)

MHRS, ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi’’ kapsamında geliştirilen ve 2010 yılında sağlık bakanlığı tarafından vatandaşların hizmetine sunulan ‘Merkezi Hekim Randevu Sistemi’dir (Yakar, 2022). MHRS, Türkiye’de uygulamada olup çok kısa sürede yaygınlaşan ve tüm vatandaşlara sağlık alanında hizmet sunumunu amaçlayan bir sağlık bilişim sistemidir. Dünyada yerel ölçekte benzerleri olmasına karşın tüm ülkeye hizmet veren benzer bir projenin olmaması da MHRS’nin değerini ve önemini artırmaktadır. MHRS, 2012 yılı itibarıyla Türkiye’nin 81 ilini kapsayarak ulusal olarak hizmet vermeye başlamıştır (Kaygısız ve Kurşun, 2018: 402).

MHRS; vatandaşların sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine Alo182’yi arayarak, web aracılığıyla ya da MHRS uygulamasından istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri, vatandaşlara %99,6 erişilebilirlik seviyesinde hizmet veren bir dijital sağlık sistemidir. MHRS’nin temel amacı hastanelerde muayene öncesi bekleme zamanının ortadan kaldırıp, hastane ve poliklinik önlerindeki kalabalıkları minimize ederek herkes için daha sakin ve huzurlu bir ortam sağlamaktır. Hastanelerde kaynak kullanım ve dağıtımının ölçülmesi Sağlık hizmetlerinde, verim ve kalitesinin artırılmasının yanında, MHRS verileri sağlık planlarının geliştirilmesine de yardımcı olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

3.4.7 İlaç Takip Sistemi (İTS)

İlaç güvenliğini sağlamak ve ilaç kaçakçılığının önüne geçmek amacı ile ilaçların üretimden başlayarak son kullanıcıya kadar oluşan yani ilaçla ilgili her türlü üretim, dağıtım, sarf, iade gibi süreçlerin takibinin sağlanmasına olanak tanıyan sistem ilaç takip sistemidir. İlaçlarla ilgili herhangi bir sorun (son tüketim tarihi, yan etki vb.) oluştuğunda bakanlığın müdahalesini etkin kılmada önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık bakanlığı tarafından 2010 yılında uygulanmaya başlanmıştır (Titck, 2019).

İTS; tıbbi ürünlerin karekod kullanılarak özelleştirilmesini, ilaçların geçtiği ortamlardan yapılan bildirimler ile tedarik zincirinde gerçekleşen tüm hareketlerini

gerçek zamanlı biçimde izleyen, geri çekme, bloke etme gibi ilaçlar üzerinde yapılması gereken iş ve işlemlerin yapıldığı merkezi kayıt ve takip sistemidir. İlaç takip sistemi, insan sağlığını tehdit eden ilaç sahteciliğini ve kaçakçılığının önüne geçerek ilaç tedarik zincirinin güvenliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu sebeple, ilaçların tüm aşamalarda hangi durumda oldukları sürekli kontrol edilmekte ve izlenmektedir. İlaç takip sistemi, sahte, kaçak ve her türlü yasadışı ilacın satışının önüne geçmek için oluşturulmuştur. İTS'nin, en büyük gayesi hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. İTS'nin, topladığı veriler incelenerek gerekli çalışmalar yapılmakta ve önleyici faaliyetler devreye alınarak ilaç güvenliği sağlanmaktadır (Titck, 2022).

3.4.8 Klinik Karar Destek Sistemi (KKDS)

KKDS, hastaların tedavi sürecinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri'nde yer alan dijital verileri analiz ederek, kanıta dayalı klinik kılavuz kuralları ile başta doktorlar olmak üzere eczacılara ve diğer sağlık personellerine tanı koymada ve tedavi süreçlerinde yol gösteren; tehlikeli ilaç etkileşimleri vb. potansiyel sorunları belirleyen, belirli kişi veya duruma göre, gerekli bilgileri sağlayan yazılım sistemidir. KKDS; sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeyi, öngörülebilir hataları veya oluşabilecek olumsuz olayları engellemeyi ve sağlık personellerinin daha verimli olmalarını sağlamayı hedeflemektedir (Altunbudak, 2020).

KKDS, sağlık hizmetlerinde karar vermeyi kolaylaştırmak, daha etkili ve doğru karar vermek için tasarlanan; değişik model ve uygulamaları kapsamı içinde bulunduran sistemler bütünüdür. Sistem veri ambarında online veri işleme sisteminden gelen verileri tutmakta ve burada oluşacak rapora göre verileri analiz ederek kullanıcılara sunmaktadır. Sahadan toplanan veriler USVS'de tanımlanan 'Standart Veriler' ve bu verilerin birlikte yer aldığı 'Veri Setlerin'den oluşan paketlere göre "Merkez Veri tabanına" buradan da "Karar Destek Sistemi Veri Ambarına" periyodik olarak taşınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022c).

3.4.9 Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)

Günümüzde bilginin öneminin git gide artması, bilginin doğru bir şekilde elde edilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Özellikle sağlık bilişim sistemlerinde

uluslararası standartlar oluşturulmuştur. Bu standartlara göre, verinin tanımlanması, aktarılması, saklanması, gizliliğinin korunması ve analiz edilmesi aşamalarında hangi yöntemlerle hareket edilmesi gerektiğine dair kurallar oluşturulmuştur. Ülkemizde ise hastane bilgi sistemlerinin referans olarak baz alacakları olan USVS sistemi oluşturulmuştur. USVS, farklı gruplarda olan veri kümelerinin yer aldığı hiyerarşik terimler arası ilişkiden oluşmaktadır. USVS, ülke genelinde kullanılacak olan kodlama ve sınıflandırma sistemlerini kapsamaktadır. USVS, sağlık kurumlarından verilerin belirlenmiş standartlar doğrultusunda toplanıp, analiz ve değerlendirmelerinin yapılmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda, sahadan sağlık verisi toplama konusunda verimi artırarak, tekrarlanan ve hatalı olan verileri azaltıp, toplanan verilerin amacına uygun bir şekilde kullanılmasına sağlamayı amaçlamaktadır. USVS çalışmasının asıl amacı; istenilen ve gönderilen verinin ne olduğunun bilinmesine katkı sağlamaktır (Sbsgm, 2022). Kısaca USVS, elde edilen sağlık verilerinin tüm sağlık kurumlarından standartlar ile toplanıp, analiz ve değerlendirilmelerini sağlayıp, bilgi gösterimi ve karar destek süreçlerinin gerçekleştirilmesinde, verilerin diğer sistemler arasında etkin ve güvenilir bir şekilde paylaşımını sağlamak için kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014c).

3.4.10 Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

Elektronik Hasta Kayıtları; hastaların, tıbbi bilgi ve tedavi geçmişlerinin dijital bir ortamda tutulması için oluşturulmuştur. Hasta ile ilgi geçmişte, tetkik edilmiş tahliller, radyolojik görüntüler, konulmuş tanılar vb. işlemleri kapsayan, hastanın geçmiş tıbbi bilgi ve kişisel özelliklerini içermektedir. Oluşturulan bu sistemin amacı, yetkili birim ve kişilerin hasta hakkında istedikleri bilgilere yer ve zaman fark etmeden anında ulaşabilmelerini sağlamaktadır (Kılıç, 2017: 206).

Sağlık Bakanlığı, yayınladığı kılavuzlarda, elektronik hasta kayıtlarını kapsamasının yanında içerisinde birçok alt modülün bulunduğu bir yazılım sistemi olan HBYS'yi tanımlamaktadır. HBYS Hastaların hastaneye başvurmalarından itibaren tüm teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesinin yanında sağlık kurumunun insan kaynakları, finansman vb. yönetsel süreçlerinin de yürütülmesini bilgisayar ortamında sağlayan yazılım sistemdir (Altunbudak, 2019). HBYS, bünyesinde laboratuvar, radyoloji gibi tetkik birimlerinde gerçekleştirilen tüm işlemlerden,

ameliyathane, hastane eczanesi, sicil veya insan kaynakları birimlerine varıncaya kadar farklı alanlarda çalışan birçok yazılımdan oluşmaktadır. Bundan dolayı HBYS bir yazılım grubu bütünüdür (Sağlık Bakanlığı, 2015).

HBYS içerisinde yer alan bazı modüller şu şekildedir;

- Hasta Kayıt Modülü
- Acil Servis Modülü
- Tedavi Order Modülü
- Ameliyathane Modülü
- Diyaliz Modülü
- Eczane Modülü
- Kalite ve Doküman Yönetimi Modülü
- Klinik Modülü
- İstatistik Modülü
- Radyoloji Modülü
- Fatura Modülü (Mergentech, 2021).

HBYS, sağlık kurumlarında yaşanan sorunları minimum düzeye çekerek, etkinlik ve verimliliği ise maksimize ederek, gerekli bilgi paylaşımlarını sağlamak, elde edilen bilgileri doğru şekilde depolayıp, bölgenin sağlık kültürünü ve gereksinimlerini belirleyip, insan sağlığı gibi önemli konularda riski asgari düzeye indirmek amacıyla geliştirilmiş olan sistemler bütünüdür (Fidan vd., 2016: 56). Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nde yer alan modüller veya modül içerisindeki var olan özellikler istekler doğrultusunda, kullanıcıya kolaylık sağlamak amacıyla sürekli değişen ve gelişen teknoloji sebebiyle, isteklere cevap verebilmek adına kendini revize etmek zorundadır (Cansızoğlu, 2020: 29).

3.5 E-Sağlık'ta Risk

Sağlık alanında internet sitelerinin artması rekabeti de beraberinde getirmiştir. Bu da içeriklerin doğruluğu, güncelliği ve kaynakları kadar kullanıcı bilgilerinin güvenliği, ürün ve hizmetlere aktarmalar, reklam ve sponsorluk ilişkileri gibi alanlarda eleştirilere ortam hazırlamıştır. Bunun yanında içeriklerin kullanıcılara zarar verme

olasılığı, denetim yetersizliği de ortamdaki bilgilerin güvenilirliğini azaltmada etkili olmaktadır (Can vd., 2014: 487). İnternette güvenle gezinme ihtiyacı her tür nüfus için önemlidir. İnternet ortamında bulunan kalitesiz, yanıltıcı veya yanlış bilgiler edinmenin sonuçları büyük sağlık sorunlarına neden olacağı için önemli bir sorundur. Aynı zamanda internetin sağladığı bilgileri, hızlı kullanımın neden olduğu verimsizlikler ve hatalar da halkın e-sağlığa olan güvenini sarsabilir (Wong ve Rigby, 2022: 1; Norman ve Skinner, 2006: 2).

İnternet'in bilinçsiz ve denetimsiz kullanımı, başta kişisel bilgilerin korunması ve sağlık hakkında yanlış bilgiler ile yanlış yönlendirmelere ortam hazırlayabilir. Bu da halk sağlığı açısından ciddi sorunları beraberinde getirmektedir. İnternet sitelerindeki tıbbi bilgilerin kalitesi büyük önem taşımaktadır, çünkü yanlış bir bilgi ölüm ve hastalıklara neden olabilecek potansiyele sahiptir (Ulus ve Gürkan, 2011: 43). İnternette yararlı gibi gözükse fakat zararlı sonuçlanabilecek unsurlar bulunmaktadır. Aynı sorunu olan insanlarla konuşma ve fikir alışverişi yapma, sağlık ürünlerine rahatça ulaşabilme ve güncel sağlık haberlerini görmekte yer almaktadır. Fakat bu bilgilerin niteliğinin bilgiyi sunan kişi/kuruma ait olması, uzmanlar tarafından değerlendirilmeden sunulması, güvenlik ve gizlilik konularında hala çözüme kavuşmamış sorunlar bulunmaktadır. Bireylerin internet ortamında elde ettiği bilgilerle sağlık hizmeti almak istemelerinde, elde etmiş oldukları bilginin doğruluğuna kesin gözle bakmaları nedeniyle hekim veya sağlık profesyonellerini dinlememekte ve iş yürüyüşünü aksatabilmektedir. Bu ve benzeri nedenlerin tıp alanındaki internet kullanımının önündeki en büyük engellerden olduğu söylenebilir (Erer, 2013: 26).

Kişiler, sağlık durumlarına ilişkin bilgi edinmek, endişelerinden kurtulmak ya da şüphelerini gidermek amaçlı internette gezinebilmektedirler (Hiçyakkamaz ve Mete, 2022: 127). Bu durumda siberkondri oluşmasına yani bireylerin, internet ortamında elde ettiği bilgi, belge ve tedavi yöntemleri ile kendisine tanı koymaya çalışması ya da tedavi etme uğraşına girmesine yol açmaktadır. Birey, gözünden kaçan herhangi bir bilgi veya belge olması durumunu göz önünde bulundurarak günlerce internette gezinebilmektedir. Böylelikle bireyde kaygı bozukluğu oluşmaktadır (Tarhan vd., 2021: 4257).

Sağlık hizmetleri sunumunda hasta bilgilerine yaygın erişim, bir hastanın veya sağlık hizmeti sağlayıcısının mevcut ve geçmiş tıbbi bilgilere erişmesini sağlar. Bu durum sağlık hizmeti sağlayıcıları için, güncel ve eksiksiz bilgilere her zaman her yerden erişebilmesine bu da tıbbi hata sayısının azalmasına neden olur. Tıbbi bilgiler dinamik bir yapıda olduğundan, bir hastanın tıbbi bilgilerine kimlerin ne kadar süreyle erişebileceğini karar vermesine uygun olması gerekir (Varshney, 2007: 115).

E-sağlık bulutundaki sağlık verileri, kişilerin kritik ve özel bilgileridir, bu nedenle yüksek seviyede korunması gerekmektedir. Tıbbi kayıtlar, gizlilik ve güvenlik nedenleriyle idari verilerden ayrı olarak yönetilmelidir. Çoğu durumda, hastanelerde tıbbi kayıtlar, geleneksel bilişim sistemleri kullanılarak veri tabanlarında yönetilmektedir. Tıbbi kayıtlar hassas veriler olduğundan, güvenlik prosedürleri bu verilere erişimi kısıtlamak için yeterli seviyede olmalıdır. Güvenlik sistemleri, verileri hırsızlıktan ve kötü niyetli saldırılardan korumak için önemli bir rol oynamaktadır. Bu güvenlik yöntemi, e-sağlık bulutundaki özel sağlık verilerinin güvenliğini, verileri şifreli olarak saklayıp, çeşitli erişim yöntemleri kullanılarak yetkili erişime ayrıcalıklı erişim sağlamakla ve yetkisiz erişime karşı korunmakla yükümlüdür (Garg vd., 2022: 26877; Adebayo ve Ofoegbu, 2014: 38-39).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

DİJİTAL OKURYAZARLIK KAVRAMI

4.1 Dijital Okuryazarlık

Okumak, günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçasıdır. Okumak, ihtiyacımız olan bilgilere yön vermekte ve elde edilen bilgilerle de fikir geliştirmemize ve geliştirdiğimiz fikirleri hayata geçirmemize yardımcı olmaktadır (Duran ve Özen, 2018: 32). Okuryazarlık, çağın güncel gereksinimlerine göre şekillenen dinamik bir yapıdadır (Onursoy, 2018: 994). Süratle gelişen teknolojinin ve medya araçlarının çevremizi kuşatması ile hayatımızda birçok kavram değişime uğramış ve yeni kavramlar türemiştir. Bu değişimler her alanda olduğu gibi okuma ve yazmada da kendisini hissettirmiştir. İlk başlarda yalnızca kâğıt üzerindeki basılı ve yazılı ürünleri okuma/yazma varken günümüzde teknolojiyle beraber okuma ve yazma fiili değişmiş ve bu hal yeni okuryazarlık biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Maden vd., 2018: 685). Söz konusu teknolojik araçları kullanabilme ve çağın ihtiyaçlarını karşılayabilecek becerileri gösterme durumu ise okuryazarlık kavramı ile alakalıdır. Ortaya çıkan süreçten etkilenen okuryazarlık kavramı anlamsal olarak değişime uğramış ve yapılan yeni tanımlamalar oluşan ihtiyaçlara göre şekillenmiştir (Direkçi vd., 2019: 798-799).

Dijital okuryazarlık kavramı, çağın mevcut koşulları düşünüldüğünde sıradan okur-yazarlık kavramından daha önemli bir kavramdır (Çubukcu ve Bayzan, 2013: 156). Geleneksel manada okuma, bir yazının oluşmasının sağlayan harf ve işaretlere bakarak bunları seslendirmek veya düşünceyi anlamak, yazılmış bir tekstin nakletmek istediği şeyleri öğrenmek anlamına gelmektedir (TDK, 1998: 1675). Dijital okuryazarlık kavramı ise bireylerin dijital kaynakları kullanarak yeni bilgiler oluşturup, diğer kişilerle iletişime geçmek için dijital cihazları ve imkanları uygun bir biçimde kullanma kabiliyetidir. Başka bir deyişle dijital kaynaklardan arama, değerlendirme ve sentez yapabilme yeteneğidir. Bakıldığı zaman, dijital araçlar aracılığıyla anlam yaratma ve başkalarıyla etkili bir şekilde iletişim kurma yeteneğidir

(Ng, 2012: 1067). Dijital okuryazarlık kavramını, ilk kez kullanan ve tanımlayan kişi 1997 yılında Paul Gilster olmuştur. Yapılan tanımlamaya göre, dijital okuryazarlık bilgiyi idrak etme, daha da önemlisi bilgiyi bilgisayarın aktarabileceği farklı biçimde değerlendirme ve önceki bilgilerle birleştirme yetisidir (Calvani vd., 2008: 185).

Alan Martin (2005) Dijital okuryazarlığı; “Bireylerin dijital kaynakları tanımlamak, ulaşmak, idare etmek, birleştirmek, değerlendirmek, çözümlemek ve sentezleyip yeni kaynaklar oluşturmak için dijital kaynakları ve olanakları gerekli şekilde kullanma farkındalığı, tutumu ve yeteneğinin yanında; Bireylerin yapıcı toplumsal eylemlerle bu süreci hayata yansıtabilmek için belirli bağlamlarda bilgi sahibi olup, medya ifadeleri oluşturarak başkalarıyla iletişim kurabilmesi” olarak tanımlamıştır (Martin, 2005: 135).

Tanımlamalara baktığımız zaman, dijital okuryazarlık kavramı kısaca “Dijital çağda hayatta kalma becerisi” olarak açıklanabilir. Kişinin dijital okuryazar olması; yeni teknolojilere yahut gelişmekte olan teknolojilere uyum sağlamasıdır. İnternet çağında bilgi edinen ve öğreten fertlerde bu kabiliyetleri geliştirmek çağımızda oldukça önemli bir yer edinmiştir (Üstündağ vd., 2017: 20).

Yapılan tanımlamalara bakıldığı zaman, dijital okuryazarlık, birçok okuryazarlığı içinde barındırmaktadır. Bunlar:

- *Görsel okuryazarlık:* Bireylerin görme yoluyla elde ettikleri ve elde ettiklerini diğer duyularına adapte edebildiği, geliştirebildiği belirli görme yeteneğini işaret etmektedir. Öğrenme için temel olan bu yeterliliklerin gelişimidir (Çakıroğlu, 2016: 897). Görsel okuryazarlığa şekil, sembol, işaret, grafik gibi görsel düşünme becerisini geliştirme, anlama, kullanma ve değerlendirme yaparak aktarma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Güneş, 2013: 17).
- *Bilgi okuryazarlığı:* Bireyin bilgiye ihtiyaç duyma nedenini ve zamanını, bilgiyi nerede bulacağını ve nasıl kullanacağını, etik ve ahlaki normlar çerçevesinde nasıl kullanacağını ve ileteceğini bilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bilgiye ihtiyaç duyulduğu zamanda bu bilgiye ulaşabilen, bilgiyi analiz eden ve yeni bilgiler üreten bireylere bilgi okuryazarı denmektedir (Polat ve Odabaş, 2008: 27).

- *Medya okuryazarlığı*: Yazılı ve yazısız kaynaklar ile verileni idrak etme, yorumlama, çözme ve değerlendirme yapabilme kabiliyetidir (Mete, 2020: 117).
- *Teknolojiyi okuryazarlığı*: Teknolojiyi kullanma, değerlendirme, anlama ve yönetme becerisidir. Teknolojideki gelişimi ve değişimi anlamak, analiz etmek ve çözümler sonucunda bir değerlendirmeye varabilmek ve bunu aktarmaktır (Arslan, 2019: 117).
- *Finansal Okuryazarlık*: Bireyin bireysel bütçesini yönetirken, mantıklı kararlar alabilmesine yarayan finansal şura sahip olması, kararlar alabilmesi, bireysel ve toplumsal finansal refahı artırma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Tcmb, 2015: 8).
- *Sağlık okuryazarlığı*: Bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma, erişme, değerlendirme ve uygulama bilgisi isteyen kapsamlı ve geniş bir kavramdır (Yılmaz ve Tiraki, 2016: 145).

4.2 Dijital Okuryazarlık Becerileri

Kişi, toplum ve iş yaşamı hala teknolojik gelişmelerden hızlı bir şekilde etkilenmektedir. Mevzubahis bu gelişmelere uyum sağlamak toplumun tüm fertleri ve kurumları için vazgeçilmezdir. Teknolojideki gelişmeler insanlara sınırsız olanaklar sağlarken, üretebilen bir yaşam için fertlerin gereksinim duyacakları bilgi ve kabiliyetlerini de önemli seviyede değişime uğratmıştır. Bu kabiliyetlerden biri de dijital teknolojileri kullanma becerisi yani dijital okuryazar olmasıdır. Dijital okuryazarlık, teknoloji aracılığıyla kişisel gelişimine katkı sağlayacak, yaşamın herhangi bir yerinde problemini çözebilecek, toplumsal katılım ve üretimine yardım edecek şekilde teknolojinin güvenli, yasal ve etik kullanımıyla alakalı liyakat becerilerini ifade etmektedir (Akkoyunlu vd., 2010: 10). Dijital okuryazarlık, dijital kaynaklarda önümüze çıkan iletişim araçları ve metinlerin tamamını barındıran okuma etkinlikleridir. Bu sebeple dijital okuma, ekrandaki uyarıcılarla, genel teknoloji kullanımının becerileri yardımıyla oluşan değişken bir anlam kurma evresi olarak da tanımlanabilir (Keskin vd., 2016: 118).

Dijital okuryazarlığı diğer bir ifadeyle dijital çağda hayatta kalma becerisini kullanabilmek için dijital ortamda öğrenenler ve kullanıcılar tarafından kullanılan belirli stratejiler sistemi bulunmaktadır. Bireyler, değişik dijital okuryazarlık çeşitlerini kullanarak başarımlarını iyileştirmekte, farklı engeller ve hatalardan uzaklaşmaya çalışmaktadır. Dijital platformlar, insan yaşamında daha çok yer tutmaya başlayarak hayatı kolaylaştırmada oldukça önemlidir. Özellikle gelişmiş toplumlarda verilerin oluşturulması, bilgiye çevrilmesi ve tekrar sarf edilmesi zamanla daha çok dijital medya vasıtasıyla meydana gelmektedir (Eshet ve Alkalai, 2004: 102).

Dijital okuryazarlık, anlık ve ciddi bir biçimde internet vasıtasıyla araştırmak, değerlendirmek ve farklı dijital teknolojilerden faydalanarak bilgi elde etmek anlamına gelmektedir. Literatüre bakıldığında zaman teknolojiden faydalanma becerisinin 3 farklı seviyesi olduğu görülmektedir. Bunlar bilgi, problem çözme ve ortak bilgi inşa edebilme becerileridir (Özerbaş ve Kuralbayeva, 2018: 16). Ayrıca bilgisayar ve internet teknolojisinin başında geldiği bilgi ve iletişim teknolojileri günlük hayatımıza girip bilginin erişimine zaman ve yerden bağımsız kapsamlarda katkı sunması yeni okuryazarlık çeşitlerini ortaya çıkarmasının yanında bir tartışma ortamı oluşmasına da ortam hazırlamıştır. Belirli miktarda bilgi, farklılıkları görme, akıl yürütme, yenilikleri seyretme, bilgi merkezlerinden faydalanma ve teknoloji kullanma kabiliyetlerinin kazanılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Önal, 2010: 105-106). Bu değişimle yeni oluşan okuryazarlık türleri, bilgi iletişim teknolojileri ve dijital kaynakları kullanabilmek için gerekli olan okuryazarlık bilgisini, kabiliyetlerini ve planlarını kapsadığı bunun yanında sadece okuma, yazma ve düşünme fiillerini değil; aynı anda iletişim kurma, bilgiyi üretme ve dağıtma gibi sosyal kabiliyetleri de kapsamaktadır (Direkçi vd., 2019: 799).

Dijital ortamlar, yazılım veya dijital bir cihazı çalıştırmadan çok bilişsel, motor, sosyolojik ve duygusal etkenlerin ortak hareket ettiği beceriler dizisidir. Bunun için bireylerin ihtiyaç duyduğu becerilere sahip olması gerekir. Dijital teknolojinin hızlı ve sürekli gelişimi ışığında bireylerin giderek artan çeşitli teknik, bilişsel ve dijital ortamlarda görevleri yerine getirebilmek ve sorunları çözmek için sosyolojik becerilere de sahip olması gerekmektedir (Eshet ve Alkalai, 2004: 93). Dijital okuryazarlık becerilerinin elde edilmesi, yaygınlaşması ve uygulanması gereklilik

haline gelmiştir. Dijital okuryazarlığın nasıl olması gerektiğini anlamak için öğretilecek ve öğrenilecek becerilerin kapsamını ve aralığını belirlemek önemlidir. Dijital okuryazar olmak için bireyin belirli becerilere sahip olması ve bu becerileri geliştirmesi gerekir. Bilgi, medya ve teknoloji kabiliyetleri, öğrenme ve değişim becerileri, yaşam ve uzmanlık becerileri bunlara örnek verilebilir. Bireyin bu becerileri elde etmesi için bireyin gerekli bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve teknoloji becerilerinde yetkinliğe sahip olmalıdır. Birey öğrenme ve yenilik becerileri ile güçlendirilmiş yaratıcılık gösterebilmelidir ve yenilikçiliğin yanında eleştirel düşünme, problem çözme, iletişim becerileri ve iş birliği ile hareket etmelidir (Churchill, 2016: 15).

Dijital becerileri kullanmak kullanıcıların dijital okuryazarlık düzeyini etkilemektedir. Son on yılda dijital teknolojilerdeki hızlı gelişmeler, sürekli büyüyen bir bilişsel bilgi yelpazesinin kullanılmasını gerektiren durumlarla teknolojik toplum becerilerini de beraberinde getirmiş ve bu beceriler, “Dijital Beceriler” olarak adlandırılmıştır. Bu becerilere örnek olarak, erişim, veri almak, bilgisayar programlarını kullanmak ve dijital cihazları çalıştırmak verilebilir. Fakat, kullanıcının sadece internetten veri alması veya arama motorlarının nasıl kullanılacağı bilmesi yeterli olmayıp aynı zamanda temel olarak alınan verilerin nasıl değerlendirileceği ve alakası ile alakasızlığını ayırt edebilmek teknolojinin akıllıca kullanabilmeleri gerekir (Eshet, 2002: 2).

Yapılan tanımlamalara göre; dijital okuryazarlık genel kabul görmüş 3 beceriye dayanmaktadır. Bu beceriler:

- Farklı donanım cihazlarına, yazılım uygulamalarına ulaşma ve bu unsurları kullanma bilgi ve kabiliyeti,
- Dijital içerik ve uygulamaları idrak etme ve eleştirel bir şekilde analiz edebilmek için yeterli olma becerisi,
- Dijital teknolojileri kullanarak üretme becerisidir (Onursoy, 2018: 993).

4.3 Dijital Yeterlilik ve Yetkinlik

Dijital Yeterlilik: Dijital cihazların birbirlerinin yerine kullanılması ve hemen hemen hepsinde yer alan internet erişimi bireylerde dijital yeterlilik kaygısı oluşturmaktadır. Bu kaygının etkisi olarak güncel bilgilere erişememe, teknolojiye hâkim olamama, dijital cihazları güvenli bir şekilde kullanamama ve bu cihazlardan yeterli derecede verim alamama gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda bireylerin gerekli yeterliliğe sahip olmaları gereklidir (Özerbaş ve Kuralbayeva, 2018: 18).

Dijital yeterliliğin varlığı bilgi, iletişim, içerik oluşturma, güvenlik, problem çözme gibi kavramlarla iç içedir.

Bilgi: Bireyin dijital bilgileri tanımlaması, bulması, alıp, saklayıp, düzenleyip ve analiz etmesidir. Dijital yeterlilik, yaşam boyu öğrenme için sekiz anahtar yeterlilikten biridir. Zaman içinde dijitalleşen toplumumuzun katılımını zorunlu kılmaktadır. Uluslararası araştırmalar ve akademik literatür, birçok insanın dijital yeteneklerden yoksun olduğu konusunda uyarılmaktadır. Dijital yetkinlik boşluğunu doldurabilmek için dijital yetkinliğin ne olduğunu anlamak ve tanımlamak gerekmektedir (Bozkurt vd., 2021: 46).

İletişim: Bireyin dijital ortamlarda iletişim kurması, çevrimiçi araçlar aracılığıyla kaynakları paylaşması, dijital araçlar aracılığıyla başkalarıyla bağlantı kurması ve iş birliği yapması, topluluklar ve ağlarla etkileşim kurup böylelikle kültürler arası farkındalığa katılım sağlamasını ifade etmektedir (Ocak ve Karakuş, 2019: 144).

İçerik Oluşturma: Bireyin yeni içerik oluşturup ve düzenlemesi; önceki bilgi ve içeriği bütünleştirerek, yeniden detaylandırmak için; yaratıcı ifadeler, medya çıktıları ve programlama üreterek, fikri mülkiyet hakları ve lisansları ile ilgilenip uygulaması demektir (Ocak ve Karakuş, 2019: 145).

Güvenlik: Bireysel koruma, veri güvenliği, dijital kimlik koruması, güvenlik unsurları, güvenli ve sürdürülebilir kullanım olarak ifade edilmektedir (Toker vd., 2021: 304).

Problem Çözme: Bireyin dijital gereksinimleri ve kaynakları belirleyerek, amaca veya gereksinimlere göre en uygun dijital cihazların hangileri olduğu konusunda bilinçli kararlar vermesi, kavramsal problemleri dijital araçlarla çözerek, teknolojileri etkili bir şekilde kullanarak teknik sorunları çözmesi ve kendini sürekli olarak güncellemesidir (Ferrari, 2013: 4; Toker vd., 2021: 304).

Dijital yeterlilik ile ilgili diğer özellikler kısaca şunlardır;

- Güvenilir bilgi yığını oluşturarak, çeşitli kaynakları geri alma becerisi ile bilinçli bir yargıda bulunarak “Eleştirel Düşünme” yeteneğinin gelişmesi,
- Elde edilen bilgilerin geçerliliği konusunda ihtiyatla internet kaynaklarının, dinamik okuma ve anlama malzemelerinin eksiksiz bir şekilde oluşturulması,
- Ağ ile bağlantılı olarak geleneksel araçların değeri hakkında farkındalık oluşturularak tavsiye ve yardımların alınması,
- Gelen bilgileri yönetmek için bilgileri süzmek ve araçları kullanması. Elde edilen bilgileri yayınlama ve iletme konusunda rahat olunmasıdır (Lankshear ve Knobel, 2008: 20).

Dijital Yetkinlik: Günlük yaşam ve iletişim için, bilgi toplumu teknolojilerinin güvenli ve eleştirel şekilde kullanılması gerekmektedir. Bu yetkinliğe sahip olmak için, bilgi iletişim teknolojisi içinde bilgiye ulaşmak, bilgiyi değerlendirmek, saklamak, üretmek, sunmak ve bilgi alışverişi için internet vasıtasıyla ortak ağlara katılım sağlanıp, iletişim kurulması için bilgisayarların kullanılması gibi temel kabiliyetler yoluyla desteklenmelidir (Meb, 2017: 6).

Önceden var olan bilgileri bilinmeyen bir teknolojiye uyarlama yeteneği, büyük önem taşıyan bir özelliktir. Dijital yetkinlik, yeni teknolojik durumları esnek bir şekilde keşfetme, bunlarla yüzleşme, veri ve bilgileri analiz etme, seçme ve eleştirel olarak değerlendirme, temsil etmek için teknolojik potansiyellerden yararlanmadır (Calvani vd., 2008: 186).

Dijital yetkinliğin varlığı aşağıdakilerle iç içedir:

- Kişisel ve sosyal yaşamda, ana bilgisayar uygulamalarını, internetin sağlıklı kullanımını, bilgi paylaşımını, işbirlikçi ağ oluşturmayı, araştırma için elektronik medya aracılığıyla iletişim ve fırsatlar hakkında bilgi sahibi olmak.
- Bilginin yeterince geçerli, güvenilir ve uygun fiyatlı olup olmadığını belirlemeye yardımcı olan sağlam anlama becerileri, yaratıcılığın ve yeniliğin bilgi iletişim teknolojilerinden alabileceği desteğin anlaşılmasını ve geliştirilmesini içerir.
- Bilgi iletişim teknolojilerinin etkileşimli kullanımı için etik ilkeleri bilmekte gereklidir (Cartelli, 2010: 564).

4.4 Dijital Okuryazarlığın Temel Unsurları

Avrupa Komisyonu'nun E-Öğrenim Programı bağlamında DigEuLit projesi için dijital okuryazarlık üzerine eylem çağrısına yanıt olarak, Alan Martin (2005) dijital okuryazarlığın birkaç temel unsurunu belirtmiştir:

- İş, öğrenme, boş zaman ve günlük yaşamın diğer yönlerini içerebilen yaşam durumlarına odaklı başarılı dijital fiilleri gerçekleştirebilme,
- Bireyin yaşamı boyunca gelişeceğinden, bireyin özel yaşam durumuna göre değişiklik gösterecek yaşam boyu bir süreç oluşturma,
- Bilgi iletişim teknolojileri okuryazarlığından daha geniş olarak, bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve görsel okuryazarlık gibi çeşitli okuma yazma alanlarından alınan unsurları içermesi,
- Bilgi, teknik, tutum ve kişisel niteliklerin edinilmesini ve kullanılmasını içermesi ve yaşam görevlerinin çözümünde dijital eylemleri planlama, yürütme ve değerlendirme yeteneğini ve kişinin kendi dijital okuryazarlık gelişimini yansıtırma yeteneğini içermesi (Martin, 2005: 135).

4.5 Dijital Okuryazarlık Boyutları

Bilgi iletişim teknolojileri, üç farklı düzeyde kullanma becerisiyle ilgilidir: bilgi arama, problem çözme ve iş birliğine dayalı bilgi oluşturmaktır. Calvani ve diğerleri (2008) çalışmalarında; hem teknolojik, bilişsel ve etik düzeylerde karakterize edilen boyutların bir arada varlığını hem de bunların entegrasyonunu vurgulamaktadır.

Üç boyut arasındaki entegrasyon: bireylerin bilgiyi paylaşmalarını ve iş birliği içinde yeni bilgiler inşa etmelerini sağlayan teknolojilerin sunduğu potansiyeli anlamaları ile sağlanmaktadır (Calvani vd., 2008: 187).

Belirlenen boyutlar şu şekilde açıklanmıştır;

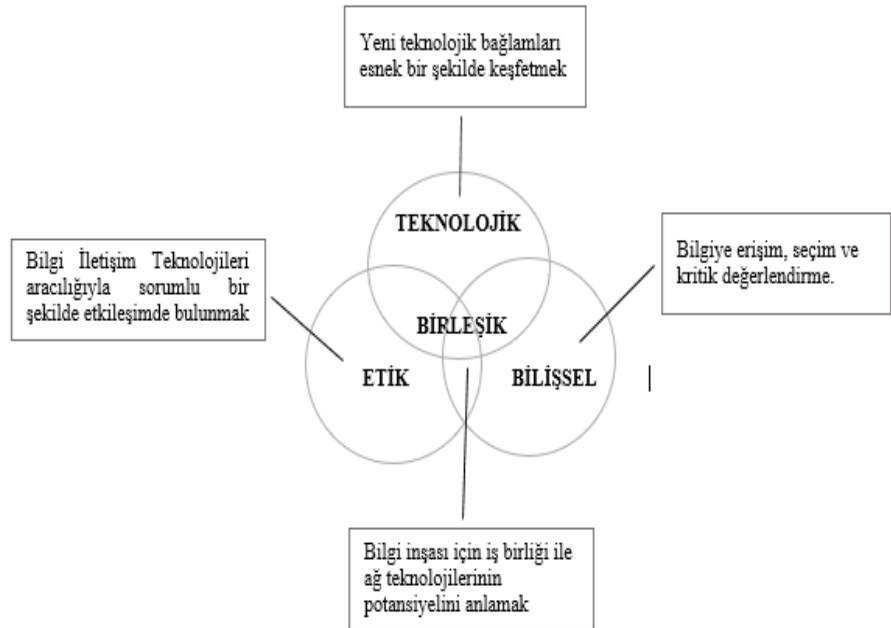
Teknolojik: Sorunları ve yeni teknolojik bağlamları esnek bir şekilde keşfedebilme ve bunlarla yüzleşebilme;

Bilişsel: Uygunluk ve güvenilirliklerini göz önünde bulundurarak veri ve bilgileri okumak, seçmek, yorumlamak ve değerlendirmek anlamına gelir.

Etik: Diğer bireylerle yapıcı bir şekilde etkileşimle ifade edebilme ve sorumluluk bilinciyle davranma (Cartelli, 2010: 564)

Yukarıda belirtilen üç boyutun bir araya geldiği birleşim noktasında dijital okuryazarlık kavramı ortaya çıkmaktadır. Teknolojik, bilişsel ve etik boyutlarının birleşimi ile bilgi oluşumu için ağ teknolojilerinin potansiyelinin etkisi anlaşılmaktadır (Calvani vd., 2008: 187).

Şekil 2: Dijital Okuryazarlık Boyutları



(Kaynak: Calvani vd., 2008: 187).

4.6 Dijital Okuryazarlığın Etkileri

Elektronik aletlerin her geçen zamanda daha da geliştiği ve yaşamımızı daha çok etkilemeye başladığı açık bir şekilde ortadadır. Bu durum hayatımızı farklı yönlerde etkilemekte ve şekil vermektedir (Maden vd., 2018: 686). Hızlı teknolojik gelişmelerin ve yeniliklerin bireylere dayattığı, içinde bulunduğumuz dönemde insanlar bu gelişmelerle birlikte, bilgi toplumu, ağ toplumu veya teknoloji topluluğu gibi kavramlarla da anılmaya başlanmıştır. İnternet ve dijital unsurlar, toplum fertlerinin etkin, esnek ve grup çalışma alanları vasıtası ile sosyalleşmelerine, ananevi medyanın aksine, tüketicilerin çok çeşitli içerik ve hizmet seçenekleri arasından seçim yapmalarına ve diğer hizmetlerle çokça kesişime girmelerine imkan vermektedir (Onursoy, 2018: 989). Bilgi iletişim teknolojilerinin her geçen zaman gelişmesi ve bu artışa göre çeşitlenen ve yenilikler ortaya çıkaran akıllı teknolojik cihazların ortaya çıkması, Türkiye’de veya dünyada özellikle dijital kuşak olan çocuklarda ve gençlerde etkin olarak kullanılmaktadır (Çubukcu ve Bayzan, 2013: 150).

İnsanlık tarihinin kalkınması açısından büyük bir başarı olarak dijitalleşme karşımıza çıkmaktadır. Dijitalleşme yalnızca kölelik ve yokluktan kurtulmada değil aynı zamanda global bir değişim ve yaratıcılıkta ortaya koymuştur (Rantala ve Suoranta, 2008: 91). İnternet ve bilgi iletişim teknolojileri sayesinde birçok bilgiye ulaşmak ve okumak kolaylaşmıştır. Dijital araçların kullanımının artması ile basılı unsurlara tercih azalmış, genellikle tek başına ama dijital sosyal çevresi gelişmiş bir toplum yapısı oluşmaya başlamıştır. Teknolojinin bu denli hayatımızla iç içe olması ile, teknolojiyi etkin bir şekilde kullanmak günümüzün ihtiyaç duyduğu önemli bir etken olmuştur (Duran ve Özen, 2018: 33). Yeni teknolojiler bünyesinde akla ilk gelenler kablosuz internet cihazları ile mobil cihazlardır. Özellikle internet teknolojisi ile birlikte gündelik hayatımızda yer alan ve kişilerin farklı amaçlarına ulaşması için, kişilere yardım eden, çok fazla web sayfası mevcuttur. Son zamanlarda bireysel internet kullanımının eğitim, sağlık, çalışma hayatı ve diğer yaşantılarda yaygınlaştığı aşikardır. Kişilerin sosyal ağları kullanarak, belirli gruplara katılma, haber okuma, görüşlerini belirtme vb. gibi birçok farklı amaçlar için internet kullandığı açıkça görülmektedir (Hamutoğlu vd., 2017: 410).

Elektronik cihazlar ve tesisler artık toplumun çoğu kesiminin ve çoğu insan faaliyetinin önemli oranda etkisi altına almıştır. Bilgi iletişim teknolojileri, mevcut uygulamaları geliştirerek daha kolay veya daha hızlı hale getirmektedir. Dünyanın bu teknolojik gelişmelerden önemli derecede etkilenmesi, elektronik ortamları anlayabilen ve rahatça kullanabilen bireylerin, eğitim başarısı, istihdam olanakları ve hayatın diğer yönleri açısından önemli ölçüde avantajlı olduğu anlamına gelmektedir. Bu gelişmeleri netleştirerek, tam kapsamını ve uygulamalarını belirtmemiz, sağlayıcıların ve tüketicilerin eylemlerini belirlemelerini sağlayacak bir çerçeve geliştirilmelidir (Martin, 2005: 131).

Dijital okuryazarlık üzerine yapılan çalışmalarda ekonomik boyuta da dikkat çekilmiştir. Teknolojik ürünlerin fiyatlarının yüksek olmasına rağmen gençlerin bunun üstesinden gelecek motivasyona sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca gençlerin eğitim hayatından sonra iş hayatına atılmaları ile geçmişten elde ettikleri teknolojik birikimlerini kendileri ile götürürken, sistemde yer alan yaşlı ve orta yaşlı kişilerin bu kabiliyetlerden uzak olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle birçok işletme dijital yeniliklere karşı direnç göstermiştir. Önceki teknolojilere göre daha hızlı web tabanlı teknolojiler gelişerek yazılım şirketleri önemli bir konuma gelmiştir. Finansal ve siyasi anlamda geniş yankıları olan dijital okuryazarlığın etkisi sosyal anlamda da göz ardı edilemez bir boyut kazanmıştır (Özerbaş ve Kuralbayeva, 2018: 17).

Bilgi iletişim teknolojilerinin hayatımızda yer edinmesiyle, yaşamı etkili bir şekilde kolaylaştıran yeni hizmetlerin ve aplikasyonların geliştirilmesini sağlamanın yanında, diğer yandan küresel sözleşmelerle güvenliği sağlanmış haberleşmenin ve mahremiyetin korunması gibi özgürlükler için riskler ve tehditler yaratmıştır. Bu teknolojiler, hizmetler ve uygulamalardan sağlanan faydalardan herkesin yararlanabilmesi ve oluşan risk ve tehditlerden korunabilmesi için uluslararası, ulusal ve bölgesel olarak çalışmalar yapılmalıdır (Btk, 2022). Bu durum bireyin, dijital ortamlarda iletişim kurması, çevrimiçi araçlarla kaynakları paylaşması, başka bireylerle bağlantı kurması ve dijital araçlarla bağlantılar kurarak topluluklar ve ağlarla etkileşim kurması vs. dijital okuryazarlık düzeyini arttırması için, bireyi olumlu yönde etkileyecektir (Ferrari, 2013: 19). Dijital ortamda, risklerinin meydana gelmesindeki en büyük unsur doğru olmayan aldatıcı bilgilerin ortaya çıkarılması ve

paylaşılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu da fertlerin dijital okuryazarlık becerilerinin önemini kaçınılmaz bir durum haline getirmektedir (Hamutoğlu vd., 2017: 410).



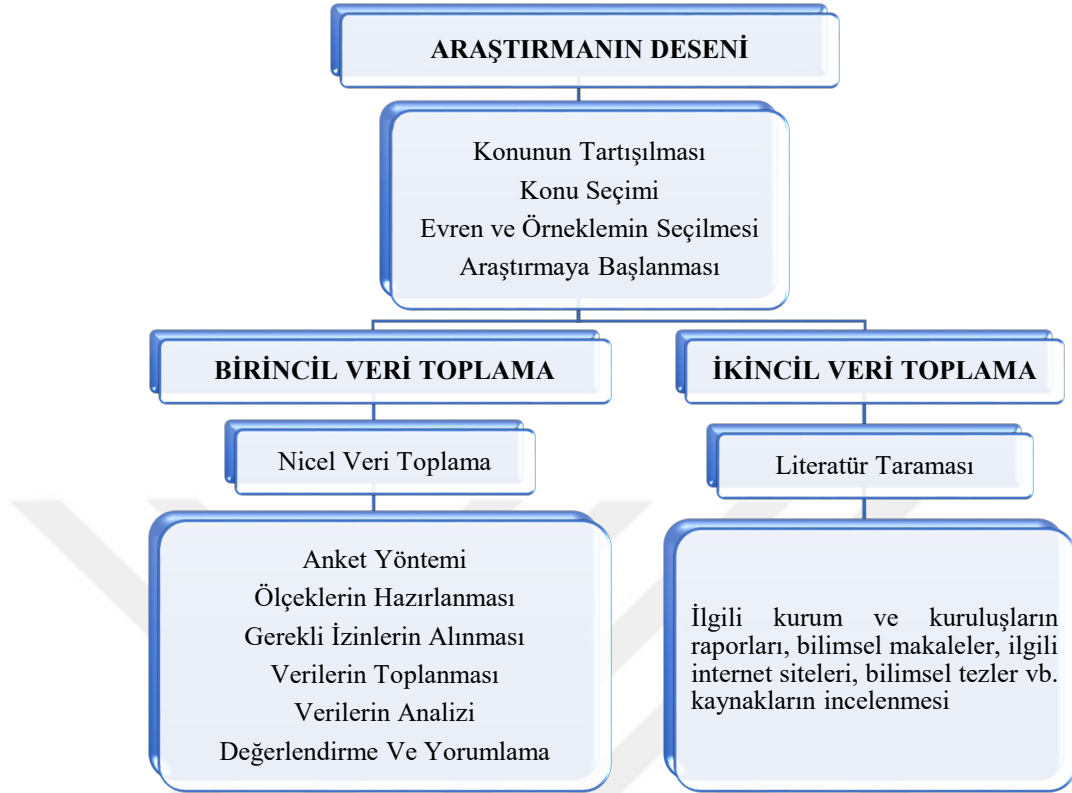
BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

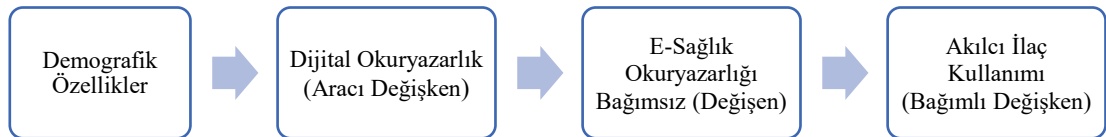
Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya ait model, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve araştırmanın analizleri ayrıntılı bir şekilde açıklanarak, çalışmanın sonuçları kapsamlı, objektif ve sistemli bir biçimde ele alınmaktadır.

5.1 Araştırmanın Modeli

Araştırmada evren büyüklüğü ve araştırma konusu dikkate alınarak nicel araştırma yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem içinde anket tekniği kullanılmıştır. Nicel araştırma yöntemi ile ortaya çıkan sonuçlar sayısal değerlerle gösterilebilmekte ve ölçülebilmektedir. Bu yöntem ile örneklemden evrene genelleme yapılabilmektedir (Balkanal, 2021: 44). Araştırma deseninin aşamaları aşağıda şekil 3'te gösterilmiştir:

Şekil 3: Araştırmanın Deseni

Araştırma tasarımı, katılımcıların zarar görmeyecek şekilde bilimsel ve etik kurallara uygun bir şekilde oluşturulmuştur. Veriler yüz yüze anket tekniği kullanılarak Bilecik iline bağlı Bozüyük Devlet Hastanesine çoğunluğu acil servise başvuranlardan oluşan hasta/hasta yakınlarından toplanmıştır. Veri toplama aşamasında çoğunluğu acil servise başvuran katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler değiştirilmeden olduğu gibi alınmıştır. Araştırmanın veri toplama modeli şekil 4’te gösterilmiştir.

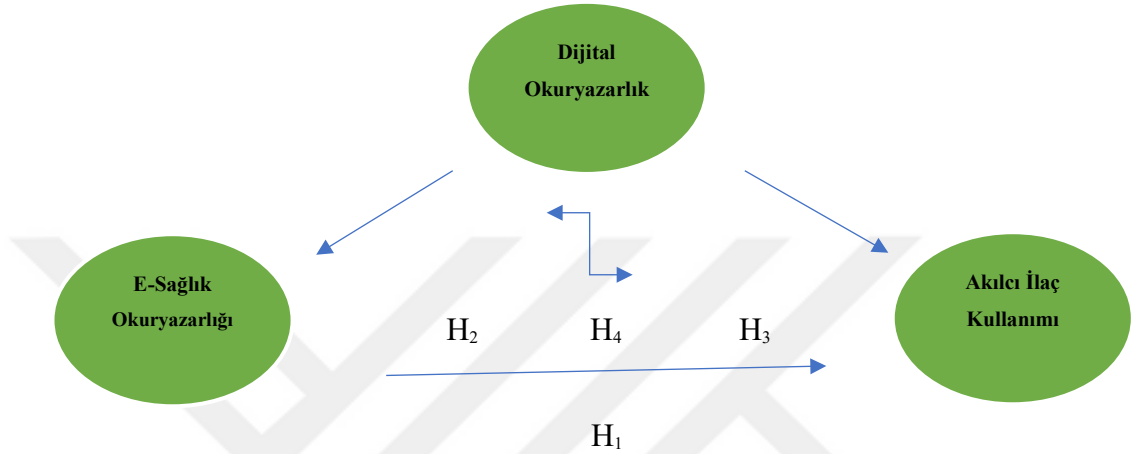
Şekil 4: Araştırmanın Veri Toplama Modeli

Araştırmada “E-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin de dijital okuryazarlığın aracılık rolü” incelenerek aralarında ilişki olup olmadığı oluşturulan ölçekler ile veriler elde edilerek incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların

demografik özelliklerinin etkisi de göz önüne alınarak aralarında farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

5.1.1 Araştırmanın Kavramsal Modeli

Şekil 5: E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinde Dijital Okuryazarlığın Aracılık Rolü Modeli



Araştırmanın amacı belirlendikten sonra amaca uygun bir araştırma modeli oluşturulmalıdır. Araştırma modeli araştırmacının oluşturduğu hipotezlerini test etmek amacıyla bir plan oluşturmasıdır. Bu araştırmada deneysel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma yöntemi olan deneysel araştırma yöntemi, bilimsel çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Deneysel araştırma, en kesin sonuçların elde edildiği bilimsel bir araştırma türü olarak ifade edilmektedir (Akın, 2022: 66).

5.1.2 Araştırma Hipotezlerinin Geliştirilmesi

Araştırma modeli kapsamında oluşturulan hipotezler aşağıdaki şekildedir;

“H₁: E-sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.”

“H₂: Dijital okuryazarlık ile e-sağlık okuryazarlığının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.”

“H₃: Akılcı ilaç kullanımı ile dijital okuryazarlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.”

“H₄: E-sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünün istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.”

5.2 Evren (Ana Kütle) ve Örneklem

Araştırma problemine uygun araştırma yöntemini belirledikten sonra, araştırma evreninin belirlenerek bu evrenden örneklem seçilmesi gerekmektedir. Evren, araştırılmakta olan konuyu oluşturan elemanların tümünü ifade etmektedir. Evren, araştırma sonuçlarının genelleştirildiği elemanlar bütünüdür (Özen ve Gül, 2007: 395). Örneklem, belirli bir ana kütle (evreni) temsil edebilecek, belirli kurallara göre alınmış evrenin herhangi bir alt grubunu ifade etmektedir. Evrenin bütünüyle incelenmesi maliyet, süre, iş yükü, kontrolsüzlük, imkânsızlık vb. sebeplerden ötürü mümkün değildir. Bu nedenle örneklem üzerinde araştırmayı sürdürmek, araştırmacıya ciddi yarar sağlamaktadır. İyi bir örneklem, zaman, iş gücü ve maliyetleri minimum düzeye indiren örneklemidir. Araştırmada amaç çok veri elde etmek değil geçerli ve güvenilir verileri elde etmektir. Belirlenen evrenden örneklem seçme işlemi ise örnekleme olarak ifade edilir (Karagöz, 2021: 223-224).

Araştırmanın evrenini (ana kütle) ağustos (2022) ayında Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesine başvuran 18 yaş üstü hasta/hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Gün geçtikçe kullanımı artan kolayda örnekleme yöntemi verilerin hızlı, ekonomik bir şekilde elde edilmesi yönüyle çalışmaya kolaylık sağlamaktadır (Haşiloğlu vd., 2015: 20). İlk aşamada 421 kişiden oluşan örneklem, uygun olmayan ve eksik verilerin çalışmadan çıkarılması ile 405 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara, araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik ve gönüllülük esasına dayandığı ifade edilerek bilgilendirilmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılma/katılmama özgürlüğü, bilgiyi reddetme ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin gizli kalacağı konusunda sözel ve yazılı (anket başlığında) olarak bilgilendirme yapılarak gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı belirtilmiştir. Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü ve Bozüyük Devlet Hastanesi Başhekimliğinden araştırma yapabilmek için gerekli izinler alınmıştır.

Tablo 2: Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri ve Evren Büyüklüğü Gerekli Örneklem Sayısı

Evren Büyüklüğü	Gerekli Örneklem Sayısı
100	80
150	108
250	152
500	217
1.000	278
5.000	357
10.000	370
15.000	375
50.000	381
100.000	383
1.000.000	384

(Kaynak: Karagöz, 2021: 232)

Tablo 2’ de Sekaran (1992), tarafından geliştirilmiş olan kabul edilebilir örneklem tablosu verilmiştir. Araştırma verilerinin toplandığı tarihte Bozüyük Devlet Hastanesi’ne toplam başvuran hasta sayısı 17.826’dır. Bunun yanında, hasta yakınlarını ve ilçenin toplam nüfusunu ele aldığımızda, tabloya göre araştırma için gereken örneklem sayısının 381’den yüksek olması yeterli olacaktır. Yapılan veri toplama aşamasının sonucunda ise uygulanan anket sayısı 421 olmuştur. Bu bakımdan toplanan veri sayısı örneklem için yeterli sayıdadır.

5.3 Veri Toplama Araçları

Ölçek belirli bir özelliği ölçmeye yarayan yani ölçmeye konu olan özelliğin veya özelliklerin sınıflanması, sıralanması, miktar ve derecesinin belirlenmesi için uyulması gereken kural ve kısıtlamaları belirleyen araçtır (Karakoç ve Dönmez, 2014: 40). Araştırmada kullanılacak ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliklerinin sağlanmış olması gerekmektedir (Karagöz, 2021: 13). Araştırmada herhangi bir ölçek geliştirilmemiş olup hazır ölçekler, ölçek sahiplerinden gerekli izinler alındıktan sonra kullanılmıştır. (EK1)

Tablo 3: Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Ölçek	Yazarlar	Yararlandığı Araştırma	Kaynakça
Dijital Okuryazarlık Ölçeği (DOYÖ)	Hamutoğlu vd. (2017)	Dijital Okuryazarlık Ölçeği: Türkçe’ye Uyarlama Çalışması	(Hamutoğlu vd., 2017: 415)
E-Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği	Gencer (2017)	Norman ve Skinner’ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması	(Gencer, 2017: 144-145)

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	Demirtaş vd. (2018)	Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği	(Demirtaş, vd., 2018: 45)
------------------------------	---------------------	--	---------------------------

Araştırmada veriler 4 kısımdan oluşan anket formu ile elde edilmiştir. Birinci bölüm, katılımcıların demografik bilgilerini içeren 9 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm, 17 maddeden oluşan “Dijital Okuryazarlık” (DO) ölçeğini kapsamaktadır. Üçüncü bölüm 10 maddeden oluşan “E-Sağlık Okuryazarlığı” (ESO) ölçeğini içermektedir. Dördüncü bölümde ise 21 maddeden oluşan “Akılcı İlaç Kullanımı” ölçeği yer almaktadır. Anket demografik özellikler haricinde toplam 48 soru/madden oluşmaktadır. Fakat 21 sorudan oluşan “Akılcı İlaç Kullanımı” (AİK) ölçeğinden Aİ1, Aİ3, Aİ7, Aİ8, Aİ9, Aİ14, Aİ18, Aİ21 maddeleri modele uyum sağlamadığından dolayı analizlere dahil edilmeyip çıkarılmıştır.

Anket formunun birinci bölümünde yer alan ifadeler 6 ordinal 3 nominal ölçekle ölçülmüştür. İkinci ve üçüncü bölümlerde yaygın kullanılan 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. Dördüncü bölümde ise 3’lü Likert ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek tipinde, katılımcılara birden fazla önerme sunularak, önermelerden yalnızca birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir.

Araştırmada kullanılan Likert Tipi ölçeklerin cevap seçenekleri aşağıdaki tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4: Ölçek Cevapları

Numara	Dijital Okuryazarlık	E-Sağlık Okuryazarlığı	Akılcı İlaç Kullanımı
1	Kesinlikle Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum
2	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
3	Kararsızım	Kararsızım	Katılıyorum
4	Katılıyorum	Katılıyorum	
5	Kesinlikle Katılıyorum.	Tamamen Katılıyorum.	

Not: 3. Bölümde ilk 2 soruda ‘Hiç yararlı/önemli değil, Yararlı/önemli değil, Fikrim yok, Yararlı/önemli, Çok yararlı/önemli’ ifadeleri yer almaktadır. 4. Bölümde ise 2,5,6,9,10,13,15,16,17,19 ve 20. Sorular ters önerme olup tam tersi şekilde puanlanmıştır.

5.4 Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması için güvenilirliği ve geçerliliği olan anketler kullanılmıştır. Anketler bizzat araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anket formunun soru türü nicel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Bu araştırma, Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan gerekli etik kurul izni alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir (Tarih: 30.06.2022, Karar No: 2022/318). Etik kurul tarafından izin verildikten sonra Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesi Başhekimliğine ve Bilecik İl Sağlık Müdürlüğüne başvuru yapılmıştır. Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çalışmanın uygulanabileceğine dair onay verilmiştir (Tarih: 03.08.2022, Karar No:2022/21). Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayından sonra araştırma verileri toplanmaya başlanmıştır.

5.5 Verilerin Analizi

Bilimsel araştırmanın en önemli aşamalarından biri verilerin analizidir. Analiz edilmeyen veriler hiçbir anlam ifade etmemektedir. Veri analizinde birçok analiz tekniği bulunmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler dijital ortamlara aktarılarak değerlendirilmeler yapılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS ve AMOS programlarından yararlanılmıştır. Veriler analiz edilirken tanımlayıcı istatistiksel analizler, farklılık analizi ve path (yol) analizi yöntemleri kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

Bulgular ve yorum bölümünde kullanılan SPSS ve AMOS programları ile elde edilen veriler sunulacaktır. Araştırmanın analizleri ayrıntılı bir şekilde açıklanarak, çalışmanın sonuçları kapsamlı, objektif ve sistemli bir biçimde ele alınacaktır. Öncelikle demografik bilgiler yer alacaktır. Daha sonra faktör analizleri ile ilgili bulgular, farklılık testleri bulguları ve yol (path) analizi bulguları değerlendirilip, elde edilen veriler ile ilgili yorumlar yapılacaktır.

6.1 Araştırma Verilerinin Güvenilirliği

Hedef kitleye taslak ölçek uygulanarak; 405 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizi için hedef kitleden toplanan verilere sıklıkla kullanılan bir iç tutarlılık ölçme yöntemi olan, “Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı” kullanılmış ve “Madde-toplam korelasyonuna dayalı madde analizi” uygulanmıştır. Bir testin güvenilir olup olmadığını ölçmek için iç tutarlılığı hesaplanmaktadır. İç tutarlılık, ölçekteki maddelerin kendi içlerinde birbiriyle aynı yapıya sahip olup olmadığını göstermektedir. Tutarlı bir sonuç elde etmek için ölçekte yer alan tüm maddelerin ölçeğin tamamıyla pozitif ve ortak yönlü olması gerekmektedir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekteki maddelerin iç tutarlılığının bir ölçütü olarak ifade edilmektedir. Elde edilen değer ne kadar 1’e yakınsa ölçek o kadar yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir (Karagöz, 2021: 16).

Tablo 5: Araştırma Verilerinin Güvenliği

Korelasyon Değerleri	Güvenilirlik
$0,00 \leq r < 0,40$	Güvenilir Değil
$0,40 \leq r < 0,60$	Düşük Güvenilirlik
$0,60 \leq r < 0,80$	Oldukça Güvenilir
$0,80 \leq r < 1,00$	Yüksek Güvenilirlik

(Kaynak: Yıldız ve Uzunsakal, 2018: 18)

İlk etapta 48 maddeden oluşan güvenilirlik katsayılarında genel güvenilirlik katsayısı “0,936” olarak tespit edilmiştir. “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği”nde 21 maddenin güvenilirlik katsayısı “0,831”dir. Fakat modele uyum sağlamayan maddelerin modelden çıkarılması sonucunda 40 maddeden oluşan güvenilirlik katsayılarına bakıldığı zaman sırasıyla 17 sorudan oluşan, “Dijital Okuryazarlık” (DO) ölçeği, 10 sorudan oluşan “E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (ESO) ve 21 sorudan oluşan fakat modele uyum sağlamayan “Aİ1, Aİ3, Aİ7, Aİ8, Aİ9, Aİ14, Aİ18, Aİ21” maddeleri modelden çıkarılarak 13 sorudan oluşan “Akılcı İlaç Kullanımı” (AİK) ölçeği güvenilirlik değerleri aşağıda tablo 6’ da gösterilmiştir.

Tablo 6: Güvenilirlik Testleri

Değişken isimleri	Cronbach’s Alpha Katsayısı	Soru Sayısı
Dijital Okuryazarlık	0,954	17
E-Sağlık Okuryazarlığı	0,926	10
Akılcı İlaç Kullanımı	0,836	13
Genel Güvenilirlik	0,940	40

Tablo 6’da görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda 40 soruya yönelik hesaplanan genel güvenilirlik Cronbach’s Alpha katsayısı 0,940 çıkmıştır. “Dijital Okuryazarlık” ölçeği için güvenilirlik Cronbach’s Alpha katsayısı 0,954, “E-Sağlık Okuryazarlığı” ölçeği için güvenilirlik Cronbach’s Alpha katsayısı 0,926 ve “Akılcı İlaç Kullanımı” ölçeği için güvenilirlik Cronbach’s Alpha katsayısı 0,836’dır. Çıkan analiz sonuçlarına göre tüm değişkenlerin Cronbach’s Alpha katsayısı $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında değer aldığından, ölçek yüksek derecede güvenilirliğe sahiptir.

6.2 Demografik Bulgular

Demografik bulgular, katılımcıların objektif tutumlarını göstermek için oluşturulmaktadır. Araştırma kapsamında katılımcıların demografik bilgileri ile ilgili dokuz soru sorulmuştur. Bu sorular ile katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek durumu, ailenin gelir durumu, düzenli ilaç kullanım durumu, genel sağlık durumu, sağlık ile alakalı konularda internete başvurma durumu ve son 1 yıl içerisinde sağlık hizmeti alma durumları ile ilgili bilgileri toplanmıştır. Elde edilen verilere frekans ve yüzde analizi uygulanmıştır. Yapılan araştırmada katılımcıların demografik bulguları aşağıdaki Tablo 7’ de gösterilmektedir.

Tablo 7: Araştırmanın Demografik Verileri

Özellik	Kriterler	Frekans	Yüzde (%)
Yaş	18-25	155	38,3
	26-35	94	23,2
	36-45	85	21
	46-55	52	12,8
	56 Ve Üstü	19	4,7
Cinsiyet	Erkek	217	53,6
	Kadın	188	46,4
Eğitim Durumu	İlkokul	20	4,9
	Ortaokul	38	9,4
	Lise	115	28,4
	Meslek Yüksekokulu	95	23,5
	Lisans	124	30,6
	Yüksek Lisans	11	2,7
	Doktora	2	,5
Meslek Durumu	Ev Hanımı	40	9,9
	İşçi	91	22,5
	Emekli	21	5,2
	Öğrenci	82	20,2
	Memur	100	24,7
	Esnaf	26	6,4
	Diğer	45	11,1
Ailenin Aylık Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	115	28,4
	Gelir Gidere Denk	200	49,4
	Gelir Giderden Fazla	90	22,2
Düzenli İlaç Kullanımı Durumu	Evet	83	20,5
	Hayır	322	79,5
Genel Sağlık Durumu Değerlendirmesi	Oldukça İyi	76	18,8
	İyi	170	42,0
	Fena Değil	136	33,6
	Kötü	23	5,7
	Oldukça Kötü	---	0,0
Sağlıkla İlgili Konularda İnterneti Kullanma Durumu	Her Zaman	64	15,8
	Sıklıkla	120	29,6
	Bazen	134	33,1
	Nadiren	63	15,6
	Hiçbir Zaman	24	5,9
Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Alma Durumu	Hiç	36	8,9
	1-4	255	63,0
	5-9	72	17,8
	10 Ve Üzeri	42	10,4

Tablo 7 incelendiği zaman elde edilen veriler şu şekildedir;

Katılımcıların yaş dağılımında çoğunluğu, 18-25 yaş aralığındaki katılımcılar oluşturmaktadır. Bu gruba giren kişi sayısı 155 (%38,3) olarak saptanmıştır. Bunu 94 kişi (%23,2) ile 26-35 yaş aralığı, 85 kişi (%21,0) ile 36-45 yaş aralığı, 52 kişi (%12,8) ile 46-55 yaş aralığı ve 19 kişi (%4,7) ile 56 ve üzeri yaş aralığı takip etmektedir. Konunun internet ortamı ile alakalı olması gençlerin katılımını arttırdığını göstermektedir.

Katılımcıların 217'si (%53,6) erkeklerden, 188'i (%46,4) kadınlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığı zaman, her eğitim düzeyinde katılımcıların olduğu saptanmıştır. Lisans mezunu katılımcılar çoğunluğu oluşturmakta olup bu gruba giren kişi sayısı 124 (%30,6) olarak saptanmıştır. Bunu 115 kişi (%28,4) ile lise, 95 kişi (%23,5) ile meslek yüksekokul, 38 kişi (%9,4) ile ortaokul, 20 kişi (%4,9) ile ilkokul, 11 kişi (%2,7) ile yüksek lisans ve 2 kişi (%0,5) ile doktora mezunu katılımcılar takip etmektedir.

Katılımcıların meslek durumlarına bakıldığı zaman, memur meslek grubu çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu gruba giren kişi sayısı 100 (%24,7) olarak saptanmıştır. Sırasıyla 91 kişi (%22,5) ile işçi, 82 kişi (%20,2) ile öğrenci, 40 kişi (%9,9) ile ev hanımı, 26 kişi (%6,4) ile esnaf, 21 kişi (%5,2) ile emekli ve 45 kişi (%11,1) ile de diğer meslek grupları takip etmektedir.

Katılımcılarının ailelerinin aylık gelir durumları ele alındığında, 200 kişinin (%49,4) aile geliri giderlerine denk olarak belirlenmiştir. Sırasıyla 115 kişinin (%28,4) aile geliri giderinden az ve 93 kişinin (%22,7) ise gelirleri giderlerinden fazladır. Bu açıdan bakıldığında 315 kişinin (%77,3) ailesinin maddi durumu geçimlerini sağlayacak düzeydedir. Ve geri kalan 90 kişinin (%22,2) ise geçim sıkıntısı yaşadığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların herhangi bir hastalıktan dolayı düzenli olarak bir ilaç kullanıp kullanmadıkları belirlenmeye çalışılmış olup elde edilen veriler ile de görüldüğü gibi katılımcıların 322'si (%79,7) hayır, 83'ü (%20,5) evet yanıtını vermiştir. Bu bakımdan katılımcıların büyük çoğunluğu herhangi bir ilacı düzenli olarak kullanmamaktadır.

Genel sağlık durumları hakkındaki fikirlerine göre, katılımcıların çoğunluğu genel sağlık durumlarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Bu gruba giren kişi sayısı 170 kişi (%42,0) olarak saptanmıştır. Bunu 136 kişi (%33,6) ile fena değil, 76 kişi (%18,8) ile oldukça iyi ve 23 kişi (%5,7) ile kötü yanıtını veren katılımcılar takip etmektedir. Oldukça kötü yanıtını ise hiçbir katılımcı vermemiştir.

Sağlık konularında ihtiyaç duydukları bilgiler için interneti ne sıklıkla kullandıklarına bakıldığı zaman, katılımcıların çoğunluğu bazen yanıtını vermiştir. Bu gruba giren kişi sayısı 134 kişi (%33,1) olarak saptanmıştır. Bunu 120 kişi (%29,6) ile sıklıkla, 64 kişi (%15,8) ile her zaman, 63 kişi (%15,6) ile nadiren ve 24 kişi (%5,9) ile hiçbir zaman, yanıtını veren katılımcılar takip etmektedir. Saptanan sonuçlara bakıldığı zaman katılımcıların büyük bir çoğunluğu ($N > \%78,5$) sağlık hizmetlerinden bilgi elde etmek bakımından internete başvurmaktadır.

Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti alma sıklığına bakıldığı zaman, katılımcıların çoğunluğu yılda 1-4 defa sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Bu gruba giren kişi sayısı 255 kişi (%63,0) olarak saptanmıştır. Bunu 72 kişi (%17,8) 5-9, 42 kişi (%10,4) 10 ve üzeri ve 36 kişi (%8,9) ise hiç yanıtını vererek takip etmiştir. Bu bakımdan katılımcıların 291'i (%71,9) yılda 5 defadan az sağlık hizmeti almaktadır.

6.3 Farklılık Analizleri

Bu bölümde “Dijital Okuryazarlık” (DO), “E-Sağlık Okuryazarlığı” (ESO) ve “Akılcı İlaç Kullanımı” (AİK) ölçekleriyle elde edilen faktörlere ilişkin “Bağımsız Örneklem T Testi” ve “Tek Yönlü ANOVA” testleri yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre elde edilen farklılık analizi sonuçları açıklanacaktır.

Tablo 8: Katılımcıların Yaş Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital Okuryazarlık	Gruplar Arası	23,795	4	5,949	8,438	,000
	Grup İçi	282,010	400	,705		
	Toplam	305,805	404			
E-Sağlık Okuryazarlığı	Gruplar Arası	7,198	4	1,800	2,888	,022
	Grup İçi	249,232	400	,623		
	Toplam	256,431	404			

Tablo 8 (Devamı): Katılımcıların Yaş Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar Arası	3,260	4	,815	6,463	,000
	Grup İçi	50,445	400	,126		
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre farklılık testleri incelediği zaman, değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan yaşı alt gruplarına göre farklılık göstermektedir. 56 ve üzeri ile 46-55 diyenler “Kararsızım” (2,9841), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,6520) demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,022<0,05$ olduğundan yaşı alt gruplarına göre farklılık göstermektedir. 56 ve üzeri ile 46-55 diyenler “Kararsızım” (3,2478), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,5813) demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan yaşı alt gruplarına göre farklılık göstermektedir. 56 ve üzeri diyenler “Kararsızım” (2,3158), diğerleri “**Katılıyorum**” (2,7184) demişlerdir.

Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyet Grubuna Göre T-Testi Sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Dijital Okuryazarlık	Erkek	217	3,5389	,96261	-0,891	0,373
	Kadın	188	3,6148	,74960	-0,876	-0,382
E-Sağlık Okuryazarlığı	Erkek	217	3,5124	,83316	-0,962	0,337
	Kadın	188	3,5888	,75256		
Akılcı İlaç Kullanımı	Erkek	217	2,6649	,38319	-1,952	0,052
	Kadın	188	2,7356	,33897		

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyet gruplarına göre farklılık testleri incelediği zaman, değişkenler arasında farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,373>0,05$ olduğundan cinsiyetin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Erkekler de kadınlar da “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5769). E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,337>0,05$ olduğundan cinsiyetin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Erkekler de kadınlar da “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5506). Akılcı ilaç Kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,052>0,05$ olduğundan

cinsiyetin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Erkeklerle de kadınlar da “**Katılıyorum**” demişlerdir (2,7002).

Tablo 10: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital Okuryazarlık	Gruplar Arası	32,020	6	5,337	7,758	,000
	Grup İçi	273,785	398	,688		
	Toplam	305,805	404			
E-Sağlık Okuryazarlığı	Gruplar Arası	19,688	6	3,281	5,516	,000
	Grup İçi	236,743	398	,595		
	Toplam	256,431	404			
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar Arası	4,300	6	,717	5,774	,000
	Grup İçi	49,405	398	,124		
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık testleri incelediği zaman, değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan eğitim düzeyinin alt gruplarına göre farklılık vardır. Doktora “Katılmıyorum” (1,9706), ilkokul ve ortaokul “Kararsızım” (2,9471), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,7680) demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan eğitim düzeyinin alt gruplarına göre farklılık vardır. Doktora “Kesinlikle Katılıyorum” (4,6500), ilkokul ve ortaokul “kararsızım” (3,0734), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,6807) demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan eğitim düzeyinin alt gruplarına göre farklılık vardır. İlkokul “Kararsızım” (2,4333), diğerleri “**Katılıyorum**” (2,7016) demişlerdir.

Tablo 11: Katılımcıların Meslek Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital Okuryazarlık	Gruplar Arası	16,408	6	2,735	3,761	,001
	Grup İçi	289,398	398	,727		
	Toplam	305,805	404			

Tablo 11 (Devam): Katılımcıların Meslek Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
E-Sağlık Okuryazarlığı	Gruplar Arası	6,826	6	1,138	1,814	,095
	Grup İçi	249,604	398	,627		
	Toplam	256,431	404			
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar Arası	4,013	6	,669	5,357	,000
	Grup İçi	49,692	398	,125		
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların meslek gruplarına göre farklılık testleri incelediği zaman, Dijital okuryazarlık değişkeni ve akılcı ilaç kullanımı değişkeni için farklılıklar olduğu belirlenmiş olup, e-sağlık okuryazarlığı değişkeni için ise farklılık olmadığı belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,001<0,05$ olduğundan mesleğin alt gruplarına göre farklılık vardır. Emekli ve ev hanımı olanlar “Kararsızım” (3,1014), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,6490) demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,095>0,05$ olduğundan mesleğin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5479). Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan mesleğin alt gruplarına göre farklılık vardır. Emekli ve ev hanımı olanlara (2,6068) göre diğerleri daha fazla “**Katılıyorum**” (2,7953) demişlerdir.

Tablo 12: Katılımcıların Ailelerinin Aylık Gelir Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital Okuryazarlık	Gruplar Arası	2,173	2	1,087	1,439	,238
	Grup İçi	303,632	402	,755		
	Toplam	305,805	404			
E-Sağlık Okuryazarlığı	Gruplar Arası	,242	2	,121	,190	,827
	Grup İçi	256,188	402	,637		
	Toplam	256,431	404			
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar Arası	,172	2	,086	,645	,525
	Grup İçi	53,533	402	,133		
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların ailelerinin aylık gelir durumlarına göre farklılık testleri incelediği zaman, değişkenler arasında farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,238>0,05$ olduğundan gelirin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5741). ‘E-Sağlık Okuryazarlığı değişkeni’ için Sig. değeri $p=0,827>0,05$ olduğundan gelirin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5479). Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,525>0,05$ olduğundan gelirin alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (2,6977).

Tablo 13: Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanım Durumuna Göre T-Testi Sonuçları

Faktörler	İlaç Kullanım Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Dijital Okuryazarlık	Evet	83	3,4685	,90550	-1,242	,215
	Hayır	322	3,6014	,85999		
E-Sağlık Okuryazarlığı	Evet	83	3,4590	,89906	-1,140	,255
	Hayır	322	3,5708	,76798		
Akılcı İlaç Kullanımı	Evet	83	2,6583	,36661	-1,103	,271
	Hayır	322	2,7079	,36396		

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumlarına göre farklılık testleri incelediği zaman, değişkenler arasında farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,215>0,05$ olduğundan düzenli ilaç kullanımının alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5349). E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,255>0,05$ olduğundan düzenli ilaç kullanımının alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5149). Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,271>0,05$ olduğundan düzenli ilaç kullanımının alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (2,6831).

Tablo 14: Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital Okuryazarlık	Gruplar	1,204	3	,401	,528	,663
	Arası					
	Grup İçi	304,601	401	,760		
	Toplam	305,805	404			
E-Sağlık Okuryazarlığı	Gruplar	9,207	3	3,069	4,978	,002
	Arası					
	Grup İçi	247,224	401	,617		
	Toplam	256,431	404			
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar	2,274	3	,758	5,909	,001
	Arası					
	Grup İçi	51,431	401	,128		
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre farklılık testleri incelediği zaman, dijital okuryazarlık değişkeni için farklılık olmadığı, e-sağlık okuryazarlığı değişkeni ve akılcı ilaç kullanımı değişkeni için ise değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,663>0,05$ olduğundan genel sağlık alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5741). E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,002<0,05$ olduğundan genel sağlık alt gruplarına göre farklılık vardır. Kötü olanlar “Kararsızım” (3,0261), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,6073) demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,001<0,05$ olduğundan genel sağlık alt gruplarına göre farklılık vardır. Kötü olanlar “Kararsızım” (2,3975), diğerleri “**Katılıyorum**” (2,7118) demişlerdir.

Tablo 15: Katılımcıların Sağlık İlgili Konularda İnterneti Kullanma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital Okuryazarlık	Gruplar	9,702	4	2,426	3,277	,012
	Arası					
	Grup İçi	296,103	400	,740		
	Toplam	305,805	404			
E-Sağlık Okuryazarlığı	Gruplar	21,740	4	5,435	9,263	,000
	Arası					

Tablo 15 (Devam): Katılımcıların Sağlık İlgili Konularda İnterneti Kullanma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
	Grup İçi	234,691	400	,587		
	Toplam	256,431	404			
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar Arası	2,095	4	,524	4,059	,003
	Grup İçi	51,610	400	,129		
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların sağlıkla ilgili konularda internet kullanım durumlarına göre farklılık testleri incelediği zaman, değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,012<0,05$ olduğundan sağlık konusunda internet kullanım alt gruplarına göre farklılık vardır. Nadiren diyenler “Kararsızım” (3,2810), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,6452) demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,000<0,05$ olduğundan sağlık konusunda internet kullanım alt gruplarına göre farklılık vardır. Hiçbir zaman ve nadiren diyenler “Kararsızım” (3,1419), diğerleri “**Katılıyorum**” (3,6952) demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için Sig. değeri $p=0,013<0,05$ olduğundan sağlık konusunda internet kullanım alt gruplarına göre farklılık vardır. Hiçbir zaman diyenler “Kararsızım” (2,4425), diğerleri “**Katılıyorum**” (2,6882) demişlerdir.

Tablo 16: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Dijital	Gruplar Arası	2,966	3	,989		
Okuryazarlık	Grup İçi	302,839	401	,755	1,309	,271
	Toplam	305,805	404			
E-Sağlık	Gruplar Arası	1,271	3	,424		
Okuryazarlığı	Grup İçi	255,160	401	,636	,666	,573
	Toplam	256,431	404			
Akılcı İlaç Kullanımı	Gruplar Arası	1,838	3	,613		
	Grup İçi	51,867	401	,129	4,737	,003
	Toplam	53,705	404			

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların bir yıl içinde sağlık hizmeti alma durumuna göre farklılık testleri incelediği zaman, dijital okuryazarlık değişkeni ve e-sağlık okuryazarlığı değişkeni için farklılık olmadığı, akılcı ilaç kullanımı değişkeni için ise değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Dijital okuryazarlık değişkeni için Sig. değeri $p=0,271>0,05$ olduğundan bir yıl içinde sağlık hizmeti alma alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5741). E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için Sig. değeri $p=0,573>0,05$ olduğundan bir yıl içinde sağlık hizmeti alma alt gruplarına göre farklılık yoktur. Bütün alt gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir (3,5479). Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için, Sig. değeri $p=0,003<0,05$ olduğundan bir yıl içinde sağlık hizmeti alma alt gruplarına göre farklılık vardır. 10 ve üzeri diyenlere (2,5187) göre diğerleri daha fazla “**Katılıyorum**” (2,6906) demişlerdir.

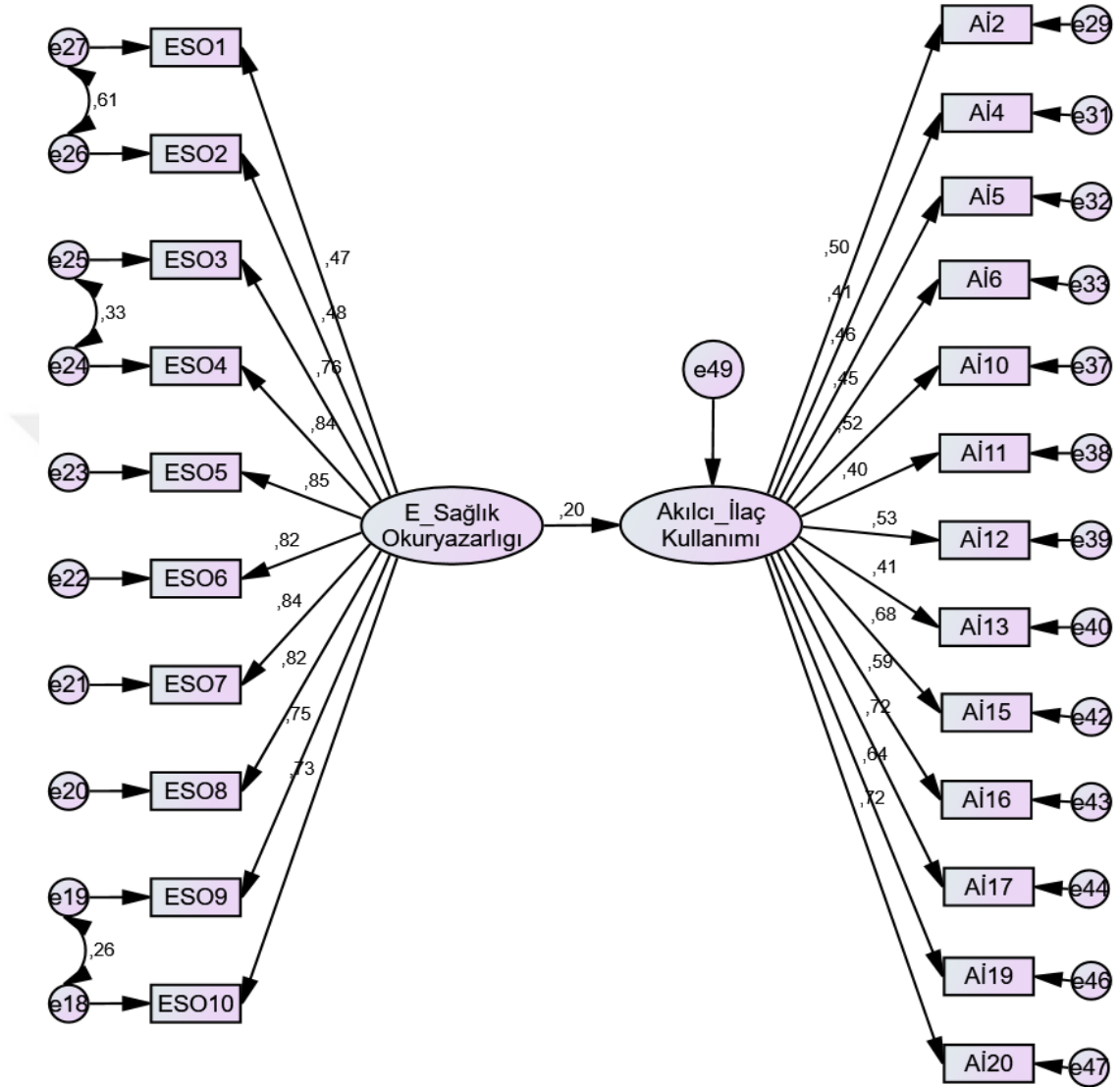
6.4 Yapısal Geçerlilik Analizleri

Yapısal geçerlilik analizleri için doğrulayıcı yol analizi (path analizi) yapılmıştır.

6.4.1 Gizli Değişkenlerle Doğrulayıcı Yol Analizi (PATH ANALİZİ)

Gizli değişkenlerle uygulanan yol analizi, gözlenen değişkenlerle yapılan yol analizinden daha güvenilir sonuçlar üretmektedir (Karagöz, 2021: 791). Aşağıda mediatör (aracı) değişkenli yol analizi için model uyumunun diyagramı verilmiştir.

Şekil 6: E-Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Path Diagramı



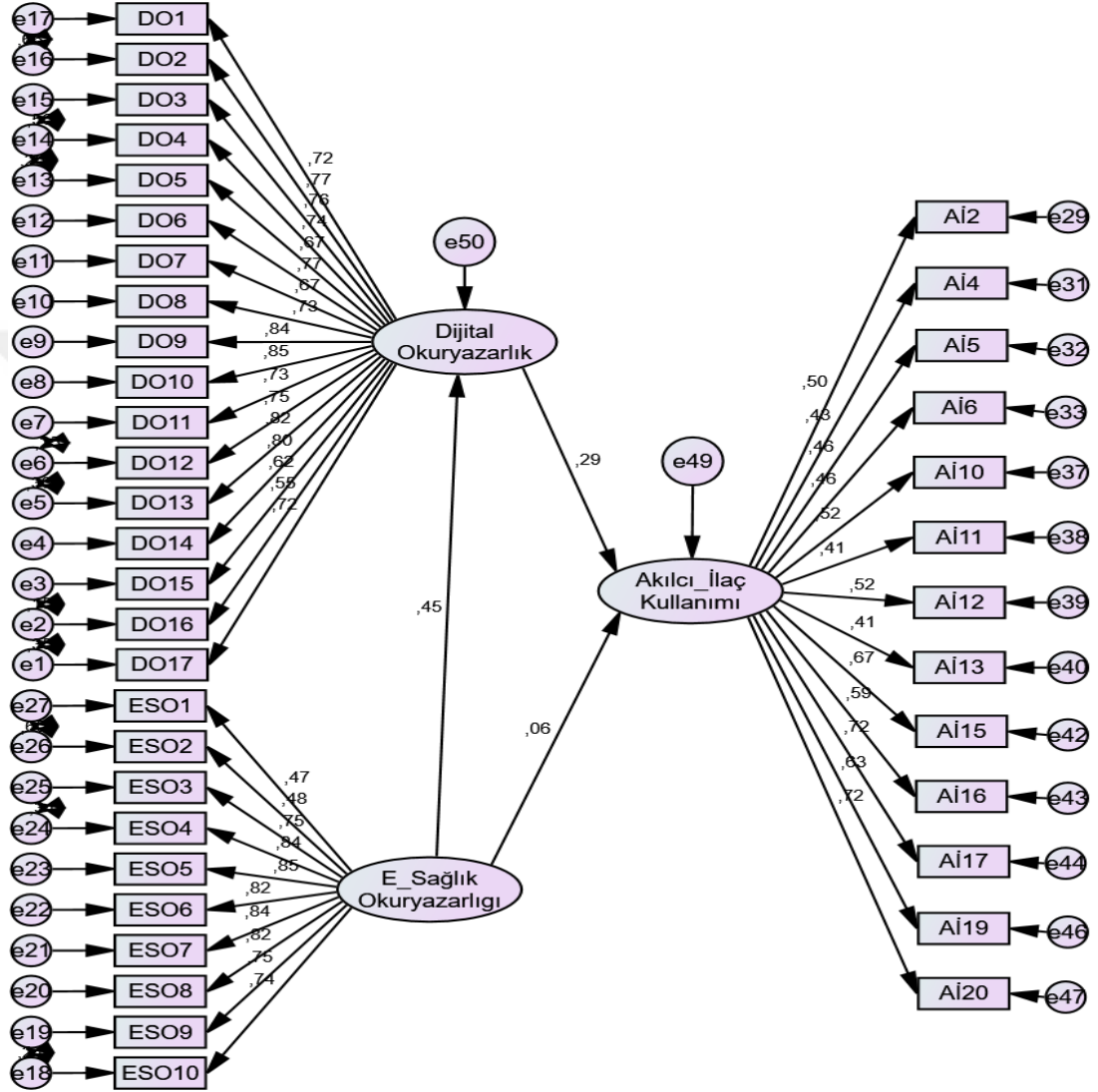
Tablo 17: Akılcı İlaç Kullanımı ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki Regresyon Değerleri

Yapısal İlişkiler		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Oran (C.R.)	P
Akılcı İlaç Kullanımı	<--- E-Sağlık Okuryazarlığı	,097	,029	3,411	***

Bağımsız değişkenin (E-Sağlık Okuryazarlığı) bağımlı değişken (Akılcı İlaç Kullanımı) üzerindeki direk etkisi önemlidir ve pozitifdir ($p < 0,001$). Bağımsız değişkenin (E-Sağlık Okuryazarlığı) ile bağımlı değişken (Akılcı İlaç Kullanımı)

arasındaki standardize edilmiş regresyon katsayısı 0,097'dir. Bu nedenle "E-Sağlık Okuryazarlığı" bir birim artarsa, "Akılcı İlaç Kullanımı" da 0,097 kat artacaktır.

Şekil 7: Dijital Okuryazarlık, E-Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Path Diagramı



Aracı değişken (Dijital Okuryazarlık), bağımsız değişken (E-Sağlık Okuryazarlığı) ile birlikte modele dâhil edildiğinde, bağımsız değişkenin (E-Sağlık Okuryazarlığı), bağımlı değişken (Akılcı İlaç Kullanımı) üzerindeki etkisi önemsiz çıkmıştır. Sadece bağımsız değişken (E-Sağlık Okuryazarlığı) ile bağımlı değişken (Akılcı İlaç Kullanımı) arasındaki standardize edilmiş regresyon katsayısı önemli ($p < 0,001$) iken aracı değişken (Dijital Okuryazarlık), bağımsız değişkenle (E-Sağlık Okuryazarlığı) ile birlikte modele dâhil edildiğinde bağımsız değişken (E-Sağlık

Okuryazarlığı) ile bağımlı değişken (Akılcı İlaç Kullanımı) arasındaki standardize edilmiş regresyon katsayısı önemsiz çıkmıştır ($p=0,225>0,05$). Dolayısıyla “Dijital Okuryazarlık” tam aracı (modele dahil edildiği zaman var olan anlamlı ilişkiyi ortadan kaldırıp kendi üzerinden devam ettiren.) değişkendir. Yukarıdaki model için aşağıda verilen uyum değerleri *model uyumunun (model fit)* sağlandığını göstermektedir. Bakılacak değerlerle ilgili bir sınırlama yoktur. Raporlanan değerler araştırmacının dikkat çekmek istediği değerlere göre değişebilmektedir. Oluşturulan model ile ilgili uyum değerleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 18: Model Uyumu (Model Fit)

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	93	1996,043	727	,000	2,746
Saturated model	820	,000	0		
Independence model	40	11074,300	780	,000	14,198

Verilerin modele iyi uyum sağlaması modelin yapı geçerliliğinin olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla modeldeki etkilerin yapı geçerliliği vardır. Modele uyum sağlamayan Aİ1, Aİ3, Aİ7, Aİ8, Aİ9, Aİ14, Aİ18, Aİ21 maddeleri analizden çıkarılmıştır.

6.4.2 Yapısal Modele (Path Analizi) Ait Sonuçlar

Tablo 19: Regresyon Katsayıları (Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları)

Yapısal İlişkiler		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Oran (C.R.)	P
Dijital Okuryazarlık	<-- E-Sağlık Okuryazarlığı	,464	,058	7,952	***
Akılcı İlaç Kullanımı	<-- Dijital Okuryazarlık	,135	,031	4,309	***
Akılcı İlaç Kullanımı	<-- E-Sağlık Okuryazarlığı	,031	,029	1,057	,291
DO17	<-- Dijital Okuryazarlık	1,000			

Tablo 19 (Devam): Regresyon Katsayıları (Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları)

		Yapısal İlişkiler	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Oran (C.R.)	P
DO16	<--	Dijital Okuryazarlık	,790	,060	13,183	***
DO15	<--	Dijital Okuryazarlık	,861	,071	12,204	***
DO14	<--	Dijital Okuryazarlık	1,085	,068	15,874	***
DO13	<--	Dijital Okuryazarlık	1,067	,066	16,196	***
DO12	<--	Dijital Okuryazarlık	1,018	,069	14,814	***
DO11	<--	Dijital Okuryazarlık	,948	,066	14,458	***
DO10	<--	Dijital Okuryazarlık	1,200	,071	16,969	***
DO9	<--	Dijital Okuryazarlık	1,176	,071	16,586	***
DO8	<--	Dijital Okuryazarlık	,963	,067	14,394	***
DO7	<--	Dijital Okuryazarlık	,892	,067	13,285	***
DO6	<--	Dijital Okuryazarlık	1,106	,072	15,267	***
DO5	<--	Dijital Okuryazarlık	,900	,068	13,170	***
DO4	<--	Dijital Okuryazarlık	,986	,068	14,558	***
DO3	<--	Dijital Okuryazarlık	1,023	,068	15,081	***
DO2	<--	Dijital Okuryazarlık	1,089	,071	15,301	***
DO1	<--	Dijital Okuryazarlık	1,054	,074	14,183	***
ESO10	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	1,000			
ESO9	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	,972	,055	17,618	***
ESO8	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	,999	,059	16,849	***
ESO7	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	1,042	,060	17,379	***
ESO6	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	1,010	,060	16,831	***
ESO5	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	1,078	,061	17,548	***

Tablo 19 (Devam): Regresyon Katsayıları (Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları)

		Yapısal İlişkiler	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Oran (C.R.)	P
ESO4	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	1,052	,061	17,352	***
ESO3	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	,979	,064	15,313	***
ESO2	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	,597	,063	9,538	***
ESO1	<--	E-Sağlık Okuryazarlığı	,653	,069	9,399	***
Aİ2	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	1,000			
Aİ4	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,483	,070	6,855	***
Aİ5	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,736	,102	7,199	***
Aİ6	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,919	,128	7,187	***
Aİ10	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,985	,126	7,837	***
Aİ11	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,462	,069	6,649	***
Aİ12	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,644	,083	7,808	***
Aİ13	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	,878	,134	6,560	***
Aİ15	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	1,091	,120	9,058	***
Aİ16	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	1,071	,127	8,412	***
Aİ17	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	1,062	,113	9,383	***
Aİ19	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	1,039	,118	8,772	***
Aİ20	<--	Akılcı İlaç Kullanımı	1,069	,114	9,345	***

Regresyon değerleri, gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü, yani faktör yüklenimlerini gösterir. P değerleri 0,05'ten küçük olanlar için faktör yüklenimleri önemli, büyük olanlar için önemsizdir (Karagöz, 2021: 799). Yukarıdaki her ikili ilişki için "P" değerleri 0,001'den küçük olduğu için faktör yüklenimleri önemlidir. P değerlerinin önemli çıkması maddelerin, faktörlere doğru yüklendiğini göstermektedir.

Tablo 20: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Yapısal İlişkiler			Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)
DO17	<---	Dijital Okuryazarlık	,716
DO16	<---	Dijital Okuryazarlık	,553
DO15	<---	Dijital Okuryazarlık	,618
DO14	<---	Dijital Okuryazarlık	,801
DO13	<---	Dijital Okuryazarlık	,817
DO12	<---	Dijital Okuryazarlık	,749
DO11	<---	Dijital Okuryazarlık	,731
DO10	<---	Dijital Okuryazarlık	,855
DO9	<---	Dijital Okuryazarlık	,836
DO8	<---	Dijital Okuryazarlık	,727
DO7	<---	Dijital Okuryazarlık	,672
DO6	<---	Dijital Okuryazarlık	,771
DO5	<---	Dijital Okuryazarlık	,666
DO4	<---	Dijital Okuryazarlık	,736
DO3	<---	Dijital Okuryazarlık	,761
DO2	<---	Dijital Okuryazarlık	,772
DO1	<---	Dijital Okuryazarlık	,717
ESO10	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,742
ESO9	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,750
ESO8	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,819
ESO7	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,842
ESO6	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,818
ESO5	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,850
ESO4	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,842
ESO3	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,753
ESO2	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,481
ESO1	<---	E-Sağlık Okuryazarlığı	,475
AI2	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,501
AI4	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,430
AI5	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,461
AI6	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,460
AI10	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,524
AI11	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,413
AI12	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,521
AI13	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,405
AI15	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,674
AI16	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,589
AI17	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,725
AI19	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,634
AI20	<---	Akılcı İlaç Kullanımı	,719

Standardize edilmiş regresyon katsayılarının 0,405-0,855 aralığında olması gizli değişkenleri tahmin etme gücünün, yani her bir maddenin faktör yüklenimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca standardize edilmiş regresyon katsayıları, gizli değişkenlerin tahmin etme gücünü, yani her bir maddenin faktör yüklenimlerini de göstermektedir.

Tablo 21: Varyans Değerleri

Madde	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Oran (C.R.)	P
e50	,555	,069	8,102	***
e49	,139	,028	5,029	***
e1	,661	,049	13,439	***
e2	,984	,071	13,926	***
e3	,832	,060	13,757	***
e4	,458	,036	12,898	***
e5	,395	,031	12,724	***
e6	,563	,042	13,347	***
e7	,545	,041	13,362	***
e8	,369	,030	12,215	***
e9	,415	,033	12,506	***
e10	,573	,043	13,387	***
e11	,670	,049	13,607	***
e12	,581	,044	13,137	***
e13	,703	,052	13,623	***
e14	,573	,042	13,713	***
e15	,527	,040	13,194	***
e16	,557	,042	13,120	***
e17	,729	,054	13,413	***
e18	,527	,041	12,938	***
e19	,476	,037	12,884	***
e20	,316	,026	12,200	***
e21	,287	,024	11,796	***
e22	,325	,027	12,212	***
e23	,289	,025	11,641	***
e24	,294	,025	11,733	***
e25	,472	,037	12,770	***
e26	,764	,055	13,918	***
e27	,947	,068	13,928	***
e29	,460	,034	13,484	***
e31	,158	,012	13,720	***
e32	,309	,023	13,627	***
e33	,485	,036	13,631	***
e37	,396	,030	13,392	***
e38	,160	,012	13,768	***

Tablo 21 (Devam): Varyans Değerleri

Madde	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Oran (C.R.)	P
e39	,172	,013	13,405	***
e40	,606	,044	13,787	***
e42	,220	,018	12,397	***
e43	,334	,026	13,061	***
e44	,157	,013	11,797	***
e46	,248	,019	12,748	***
e47	,165	,014	11,883	***

Varyans, bir örnek veya veri kümesi içindeki veri noktalarının istatistiksel olarak ne kadar yayılmış olduğunun bir ölçüsüdür. Varyans değerlerine ait p değerleri de 0,001'den küçük çıktığı için bütün varyans değerleri istatistiksel olarak önemlidir.

6.5 Tanımlayıcı Faktör İstatistikleri

Tablo 22: Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	N	Ortalama	Std. Sapma	Varyans	Cronbach's alpha	Soru Sayısı	Ölçek Düzeyi
Dijital Okuryazarlık	405	3,5741	,87003	,757	,954	17	5
E-Sağlık Okuryazarlığı	405	3,5479	,79670	,635	,926	10	5
Akılcı İlaç Kullanımı	405	2,6977	,36460	,133	,833	13	3

*Genel güvenilirlik Cronbach's alpha katsayısı: ,940

Dijital okuryazarlık değişkeni için katılımcılar ortalama olarak “**Katılıyorum**” (3,57±0,87) yanıtını vermişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için katılımcılar ortalama olarak “**Katılıyorum**” (3,54±0,79) cevabını vermişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için katılımcılar ortalama olarak “**Katılıyorum**” (2,69±0,36) cevabını vermişlerdir.

6.6 Faktörlerin Uyum Geçerliliği

Tablo 23: Öğelerin tahmini ve yapıların Cronbach α, Average Variance Extrected (AVE) ve Construct Reliability (CR) değerleri.

Değişken	Maddeler	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Cronbach's Alfa	Average Variance Extracted (AVE)	Construct Reliability (CR)
Dijital Okuryazarlık	DO17	,716	,954	,55	,94
	DO16	,553			
	DO15	,618			
	DO14	,801			
	DO13	,817			
	DO12	,749			
	DO11	,731			
	DO10	,855			
	DO9	,836			
	DO8	,727			
	DO7	,672			
	DO6	,771			
	DO5	,666			
	DO4	,736			
	DO3	,761			
	DO2	,772			
	DO1	,717			
E-Sağlık Okuryazarlığı	ESO10	,742	,926	,56	,92
	ESO9	,750			
	ESO8	,819			
	ESO7	,842			
	ESO6	,818			
	ESO5	,850			
	ESO4	,842			
	ESO3	,753			
	ESO2	,481			
	ESO1	,475			
Akılcı İlaç Kullanımı	Aİ2	,501	,833	,31	,93
	Aİ4	,430			
	Aİ5	,461			
	Aİ6	,460			
	Aİ10	,524			
	Aİ11	,413			
	Aİ12	,521			
	Aİ13	,405			
	Aİ15	,674			
	Aİ16	,589			
	Aİ17	,725			
	Aİ19	,634			
	Aİ20	,719			

Hesaplanan AVE (Ortalama Varyans) değerlerinden biri (Akılcı İlaç Kullanımı) 0,5'ten küçük olsa da CR (Kritik Oran) katsayıları 0,7'den büyük olduğundan faktörler yüksek yapı güvenilirliğine, dolayısıyla uyum geçerliğine sahiptir. Fornell ve Larcker (1981) 'e göre; AVE değeri 0,50'nin altında olmasına rağmen CR değeri 0,70'in üzerinde ise 0,50'nin altındaki AVE değerlerinin de kabul edilebileceğini belirtmektedir (Fornell ve Larcker, 1981: 48).

Tablo 24: Path Analizin Sonuçları

Hipotezler	İlişkiler	β	S.E.	C.R.	P	Sonuç
E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımına (Aracı Değişken Dijital Okuryazarlık Dahil Edilmeden)						
H1	Akılcı İlaç Kullanımı <--- E-Sağlık Okuryazarlığı	,097	,029	3,411	P<,001	İleri düzeyde önemli
Aracı Değişken Dahil Edildiğinde Değişkenlerin Birbirine Etkisi (Tüm Değişkenler Dahil)						
H2	Dijital Okuryazarlık <--- E-Sağlık Okuryazarlığı	,464	,058	7,952	P<,001	İleri düzeyde önemli
H3	Akılcı İlaç Kullanımı <--- Dijital Okuryazarlık	,135	,031	4,309	P<,001	İleri düzeyde önemli
H4	Akılcı İlaç Kullanımı <--- E-Sağlık Okuryazarlığı	,031	,029	1,057	P=,291>,05	Önemsiz

(β : Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları, S.E.: Standart Hata, C.R.:Kritik Oran)

Dijital okuryazarlık değişkeni modele dahil edilmediği zaman, akılcı ilaç kullanımı değişkeninin e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisi ileri düzeyde önemlidir (P<,001). Etki derecesi pozitif yönlüdür (,097).

Modele tüm değişkenler dahil edildiğinde ise sonuçlar şu şekildedir;

Dijital okuryazarlık değişkeninin, e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisi ileri düzeyde önemlidir (P<,001). Etki derecesi pozitif yönlüdür (,464).

Akılcı ilaç kullanımı değişkeninin, dijital okuryazarlık değişkenine etkisi ileri düzeyde önemlidir (P<,001). Etki derecesi pozitif yönlüdür. (,135).

Akılcı ilaç kullanımı değişkeninin, e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisi önemli değildir (P=,291>,05). (,031).

6.7 Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları

Tablo 25: Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları

Hipotez Kodları	Hipotezler	Path analizi
H ₁	E-Sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.	Kabul
	Aracı Değişken Dahil Edildiğinde Değişkenlerin Birbirine Etkisi (Tüm Değişkenler Dahil)	
H ₁	E-Sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.	Ret
H ₂	Dijital okuryazarlık ile e-sağlık okuryazarlığının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₃	Akılcı ilaç kullanımı ile dijital okuryazarlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₄	E-sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünün istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.	Kabul

Tablo 25’e bakıldığı zaman, analiz sonucunda elde edilen verilere dayanarak ilk etapta aracı değişken “Dijital Okuryazarlık Değişkeni” modele dahil edilmediğinde H₁ hipotezi istatistiksel olarak kurduğu anlamlı ilişkiden dolayı kabul edilmiştir. İkinci etapta ise aracı değişken “Dijital Okuryazarlık Değişkeni” modele dahil edildiğinde ise H₁ hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ifade etmediğinden dolayı rededilmiştir. H₂, H₃ ve H₄ hipotezleri ise istatistiksel olarak kurdukları anlamlı ilişkilerden dolayı kabul edilmiştir. Bu bakımdan baktığımız zaman araştırmanın temel amacı olan “E-sağlık okuryazarlığın akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünün olduğu” sonucuna ulaşılmıştır. (H₄ Hipotezi)

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, bireylerde e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde, dijital okuryazarlığın aracılık rolünün tespiti ve değişkenlerin aralarındaki ilişkileri incelemek için yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda, istatistiksel analizlerden elde edilen bulgulara dayanarak ulaşılan sonuçlar; betimsel sonuçlar ve path (yol) analiz sonuçları ele alınarak tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur. Öncelikle ele alınan konunun literatür incelemesi yapılmış olup, elde edilen bulgular literatürde bulunan benzer çalışmalarla tartışılmıştır.

7.1 Tartışma

Yaşanan gelişim ve değişim hayatımızın her alanında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de etkisini göstermiştir. Bu değişimlerden biri de şüphesiz teknolojik gelişmelerdir. Teknolojik gelişmeler, bireylerin sağlık davranışlarını da etkilemekte ve bireyleri yönlendirmektedir. Bu çalışmada bireylerin akılcı ilaç kullanımına etki eden faktörlerden, sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olan, e-sağlık okuryazarlığının etkisi belirlenmeye çalışılmış olup, teknolojinin de etkisinin belirlenmesi için dijital okuryazarlık değişkeninin aracılık rolünün etkisi ve ilişkisi belirlenmek istenmiştir. Yapılan literatür taramasında akılcı ilaç kullanımı, e-sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık üzerine farklı çalışmalar mevcuttur fakat e-sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı üzerinde etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünü ve ilişkisini tespit eden bir çalışma modeli bulunmamaktadır. Bu nedenle yapılan çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bağımlı değişkenimiz, akılcı ilaç kullanımı ilk olarak 1985 yılında Nairobi’de DSÖ tarafından yapılan toplantıda, akılcı ilaç kullanımı ele alınarak tanımlanmıştır (Who, 1985). Akılcı ilaç kullanımı; doğru tanının belirlenmesi, öngörünün izlenmesi, tedavi amaçlarının belirlenmesi, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve reçetenin doğru bir şekilde yazılması gereklidir. Bu süreçte aynı zamanda, ilaç dışı tedavi

seçeneklerinin de dikkate alınması, ilaçlar için etkinlik, uygunluk, güvenlilik ve maliyet incelemelerinin yapılması, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması gerekmektedir (Sağır ve Parlakpınar, 2014: 32). Yapılan çalışmalara bakıldığı zaman bazı bireylerin, bu duruma uygun davranış sergilemedikleri görülmektedir. Bireylerin ilaçları gereksiz ve bilinçsiz bir şekilde kullandıkları göze çarpmaktadır. Bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak ifade edilmektedir. İlaç endikasyonunun bulunmadığı halde ilaca başvurma, akılcı olmayan ilaç kullanımının başında gelmektedir (Akbulut, 2008: 20). Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tüm sağlık hizmetlerinde yaygın bir sorundur. Artan mortalite, morbidite, istenmeyen ilaç reaksiyonları (yan etki), kötü hasta sonuçlarına ve kıt kaynakların israfına neden olmaktadır (Afriyie ve Raymond, 2013: 143). nemli bir tedavi yöntemi olan ilaç kullanımı bilinçsiz kullanımdan dolayı günümüzde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyleri yanlış ilaç kullanımına yönlendiren birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları; sosyokültürel özellikler, ekonomik durum, eğitim seviyesi ve yönetsel etkenlerdir.

İlhan ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada, örneklem grubunun yaklaşık yarısının herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmadığı, azımsanamayacak bir kısmının ise evdeki ilaçları kullanma, bitkisel veya geleneksel yöntem kullanma gibi yollara başvurduğunu belirlemişlerdir. Bu durumun oluşmasında, hastaların sosyodemografik özellikleri ve sosyal çevrelerinin de etkilediğini vurgulamışlardır (İlhan vd., 2014: 188). Bu etkenlerin dışında önemli bir yere sahip olan, sağlık okuryazarlığı seviyesi de akılcı ilaç kullanımını etkilemektedir. Işık (2021) yapmış olduğu çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır ($r=0,131$; $p=0,002$) (Işık, 2021: 66).

Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, sağlık hizmetlerinde doğru bilgiye ulaşma becerisini, hizmeti kullanabilme yeteneğini ve sağlık uzmanları tarafından verilen talimatları doğru okuyup anlayabilmektedirler (İlgaz ve Gözüm, 2016: 71). Bireyler, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarında diğer sağlık hizmetlerinin yanında ilaç kullanım davranışları da bu durumdan etkilenecek

olup, bireyler uygun ilaçları uygun yollardan kullanacaktır. Böylelikle akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçilebilecektir.

Bağımsız değişkenimiz olan e-sağlık okuryazarlığı, yaşanan teknolojik değişimler ile ortaya çıkmış bir kavramdır. E-sağlık okuryazarlığı, bir sağlık sorununu çözmeye yönelik gerekli bilgileri elektronik ortamlarda arama, bulma, değerlendirme, entegre etme ve uygulama becerilerini ifade etmektedir (Norman ve Skinner, 2006: 2). E-sağlık okuryazarlığıyla teknoloji kullanımı arasında bir bağ olduğu aşınadır. Hiçyakmazer (2022) çalışmasında, Dijital okuryazarlık boyutunun, e-sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif yönde anlamlı ve etkili bir ilişkisi olduğunu saptamıştır ($\beta = 0.513$, $p < 0.01$) (Hiçyakmazer, 2022: 106). Dijital okuryazarlık, genel olarak bireylerin çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme becerisine sahip olmasının yanında yeni teknolojileri kullanabilme yeteneğidir (Dayanıklı, 2019: 6). Bu nedenle e-sağlık okuryazarlığının tespiti için dijital okuryazarlık kavramı da üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu noktada aracı değişkenimiz olan dijital okuryazarlık becerilerinin diğer değişkenler üzerindeki etkisi ele alınarak literatüre farklı bir çalışma modeli kazandırılmak istenmiştir.

7.1.1 Betimsel Sonuçların Tartışılması

Bu araştırmanın sonuçları, T.C Sağlık Bakanlığı Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesine başvuran 18 yaş üstü, hasta ve hasta yakınlarının dijital okuryazarlığın, e-sağlık okuryazarlığının ve akılcı ilaç kullanımına ilişkin görüşlerini yansıtmaktadır.

- Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için kullanılan “E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin” analiz sonucuna göre, Cronbach Alfa değeri $\alpha=0,926$ olan geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu.
- Bireylerin akılcı ilaç kullanımı düzeylerini belirlemek için kullanılan “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’nin” analiz sonucuna göre, Cronbach Alfa değeri $\alpha=0,836$ olan geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu.
- Bireylerin dijital okuryazarlık düzeylerini belirlemek için kullanılan “Dijital Okuryazarlık Ölçeği’nin” analiz sonucuna göre, Cronbach Alfa değeri $\alpha=0,954$ olan geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu.

- Veri toplama aracının toplam güvenilirlik katsayısı Cronbach Alfa değerleri $\alpha=0.940$ olan geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu yapılan hesaplamalar sonucunda belirlenmiştir.

E-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde, dijital okuryazarlığın aracılık rolünü belirlemek için, 421 gönüllü katılımcı üzerinde gerçekleştirilen fakat hatalı anketler çıkarıldıktan sonra 405 katılımcının üzerinden yürütülen araştırmanın sonucunda;

Farklılık analizleri incelendiğinde;

Katılımcıların yaş grubuna göre farklılık testlerinde, değişkenlerin alt grupları arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Dijital okuryazarlık değişkeni ve e-sağlık okuryazarlığı değişkeni için 56 ve üzeri ile 46-55 diyenler “Kararsızım”, diğer yaş grupları “**Katılıyorum**” demiştir. Akılcı İlaç kullanımı değişkeni için ise 56 ve üzeri yaş grubu “Kararsızım” derken diğer yaş grupları “**Katılıyorum**” demişlerdir. Bu çalışmaya paralel olarak, Ertaş ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada, yaştan ilerlemesi ile dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğunu saptamışlardır ($P<0.05$) (Ertaş vd., 2019: 564). Kiriş, (2022) çalışmasında akılcı ilaç kullanımı düzeyi için yaş grupları arasında bir farklılık olmadığını saptamıştır ($P=0,432$) (Kiriş, 2022: 24). Kan, (2022) çalışmasında ise akılcı ilaç kullanımının yaş grupları arasında farklılıklar olduğunu tespit etmiştir ($P<0,05$). 46 yaş ve üzeri katılımcıların akılcı ilaç kullanımı seviyelerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Kan, 2022: 67). Yapılan çalışmalarda akılcı ilaç kullanımı ile yaş grupları arasında farklı ilişkilerin olmaması, çalışmaların farklı bölgelerde uygulanıp, katılımcıların farklı sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık testleri incelendiğinde, değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($P<0,05$). Dijital okuryazarlık değişkeni için doktora mezunları “Katılmıyorum” derken, ilk ve ortaokul mezunları “Kararsızım” diğer gruplar ise “**Katılıyorum**” demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için, doktora mezunları “**Kesinlikle Katılıyorum**” derken, ilk ve ortaokul mezunları “Kararsızım” diğer gruplar ise “**Katılıyorum**” demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için, İlkokul “Kararsızım” diğerleri “**Katılıyorum**” demişlerdir.

Bu çalışmaya paralel olarak Ertaş ve arkadaşları (2019) yaptıkları araştırmada, eğitim durumunun dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediğini saptamışlardır ($P<0.05$). Çalışmaya göre, lisans üstü, lisans ve ön lisan mezunları diğer gruplara göre daha fazla dijital okuryazarlık düzeyine sahipken, e-sağlık okuryazarlığı seviyesinde ise lisans üstü ve lisans mezunları daha yüksek ortalamaya sahiptir (Ertaş vd., 2019: 565). Akılcı ilaç kullanımı değişkeninde ise, Çavdar (2022) yaptığı çalışmada, yüksek okul mezunu bireylerin daha yüksek puana sahip olduklarını saptamıştır (Çavdar, 2022: 28).

Katılımcıların meslek gruplarına göre farklılık testleri incelediğinde, Dijital okuryazarlık değişkeni ve akılcı ilaç kullanımı değişkeni için farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Dijital okuryazarlık değişkeni için, emekli ve ev hanımı olanlar “Kararsızım”, diğerler gruplar ise “**Katılıyorum**” demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için, emekli ve ev hanımı olanlara göre, diğer gruplar daha fazla puanla “**Katılıyorum**” demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için ise tüm gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir ($P=0,095$). Bu çalışmaya benzer olarak Özdemir, (2021) çalışmasında e-sağlık okuryazarlığı değişkeni için meslek grupları arasında farklılıklar olduğunu tespit etmiştir ($P<0.01$). Çalışmaya göre işçi, memur ve esnaf alt gruplarının diğer gruplara göre daha yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler (Özdemir, 2021:51). Işık (2021) yaptığı çalışmada akılcı ilaç kullanımı düzeylerinde katılımcıların meslek grubuna göre farklılıklar olduğunu tespit etmiştir ($P<0.05$). Ev hanımı olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Işık, 2021: 60).

Katılımcıların genel sağlık durumu gruplarına göre farklılık testleri incelediğinde, dijital okuryazarlık değişkeni için farklılık olmadığı ($P=0,663$), e-sağlık okuryazarlığı değişkeni ve akılcı ilaç kullanımı değişkeni için ise değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için, genel sağlık durumu kötü olanlar “Kararsızım” diğer gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için, genel sağlık durumu kötü olanlar “Kararsızım”, diğer gruplar “**Katılıyorum**” demişlerdir. Çalışmaya benzer olarak Özdemir (2021) çalışmasında, e-sağlık okuryazarlığı değişkeninde katılımcıların genel sağlık durumu alt gruplarında farklılıklar olduğunu tespit etmiştir ($P<0.01$). Kötü ve çok kötü yanıtını

veren katılımcıların, diğer alt gruplardan anlamlı seviyede düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarını saptamıştır (Özdemir, 2021: 58).

Katılımcıların sağlık konusunda internet kullanım gruplarına göre farklılık testleri incelediğinde, değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Dijital okuryazarlık değişkeni için, nadiren diyenler “Kararsızım”, diğerleri “**Katılıyorum**” demişlerdir. E-sağlık okuryazarlığı değişkeni için hiçbir zaman ve nadiren diyenler “Kararsızım”, diğerleri “**Katılıyorum**” demişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için, hiçbir zaman diyenler “Kararsızım”, diğerleri “**Katılıyorum**” demişlerdir.

Katılımcıların bir yıl içinde sağlık hizmeti alma gruplarına göre farklılık testleri incelediğinde, dijital okuryazarlık değişkeni ($P=0,271$) ve e-sağlık okuryazarlığı değişkeni ($P=573$) için farklılık olmadığı, akılcı ilaç kullanımı değişkeni için ise değişkenler arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Akılcı ilaç kullanımı değişkeni için 10 ve üzeri diyenlere göre, diğerleri daha fazla puanla “**Katılıyorum**” demişlerdir.

Cinsiyet gruplarına, düzenli ilaç kullanım durumlarına ve ailelerinin aylık gelir durumlarına göre yapılan farklılık testleri sonuçlarında ise gruplar arasında farklılıklar olmadığı belirlenmiş olup ($P>0,05$), tüm gruplarda katılımcılar ortalama olarak “**Katılıyorum**” yanıtını vermişlerdir.

Literatür incelendiğinde, karşılaştırma yapılan çalışmalar ile araştırma bulguları arasında benzerlikler olduğu kadar, farklılıkların olduğu da görülmektedir. Çalışmalar arasında farklı sonuçların elde edilmesi çalışmaların, farklı bölgelerde uygulanıp, katılımcıların farklı sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilmektedir.

Genel puan ortalamalarına bakıldığında zaman;

- “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” için genel puan ortalaması ($2,69\pm0,36$) ortalama değer üzerinde olduğu,
- “E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” için genel puan ortalaması ($3,54\pm0,79$) ortalama değer üzerinde olduğu,

- “Dijital Okuryazarlık Ölçeği” için genel puan ortalaması ($3,57 \pm 0,87$) ortalama değerin üzerinde olduğu;
- Bu sonuçlarla katılımcılar tarafından, bütün değişkenler için ortalama olarak “**Katılıyorum**” cevabı verilmiştir.

7.1.2 Path (yol) Analiz Sonuçlarının Tartışılması

Path analizinde incelenen uyum değerleri, verilerin modele iyi uyum sağladığını göstermektedir. Hesaplanan AVE (Ortalama Varyans) değerlerinden biri (AİK) 0,5’ten küçük olsa da, CR (Kritik Oran) katsayıları 0,7’den büyük olduğundan dolayı faktörler yüksek yapı güvenirliğine, dolayısıyla uyum geçerliğine sahiptirler. Fornell ve Larcker (1981) ’e göre; AVE değeri 0,50’nin altında olmasına rağmen CR değeri 0,70’in üzerinde ise 0,50’nin altındaki AVE değerlerinin de kabul edilebileceğini belirtmektedir (Fornell ve Larcker, 1981: 48). Verilerin modele iyi uyum sağlaması modelin yapı geçerliliğinin olduğunu göstermekte, dolayısıyla modeldeki etkilerin yapı geçerliliği ortaya konmaktadır. Güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.940$ olarak bulunduğundan dolayı modelin güvenilirlik derecesi de oldukça yüksek bir derecededir.

Bağımsız değişkenin (ESO) bağımlı değişken (AİK) üzerindeki direk etkisi önemli ve pozitif çıkmıştır ($p<0,001$). Bağımsız değişkenin ile bağımlı değişken arasındaki standardize edilmiş regresyon katsayısı 0,097’dir. Bu nedenle e-sağlık okuryazarlığı değişkeni bir birim artarsa, akılcı ilaç kullanımı değişkeni de pozitif yönde 0,097 kat artacaktır.

Aracı değişken (DO), bağımsız değişkenle ile birlikte modele dâhil edildiğinde ise bağımsız değişkenin, bağımlı değişken üzerindeki etkisi önemsiz çıkmıştır. Sadece bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki standardize edilmiş regresyon katsayısı önemli ($p<0,001$) iken, aracı değişken, bağımsız değişkenle ile birlikte modele dâhil edildiğinde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki standardize edilmiş regresyon katsayısı önemsiz çıkmıştır ($p=0,225>0,05$). Dolayısıyla dijital okuryazarlık değişkeni tam aracı değişken olarak ortaya çıkmaktadır. Yani modele dahil edildiği zaman var olan anlamlı ilişkiyi ortadan kaldırıp kendi üzerinden devam ettiren değişken konumundadır. Diğer değişkenler

arasındaki ilişkiyi kendi üzerinden sürdürmektedir. Aşağıda detaylı bir biçimde ele alınmıştır.

Dijital okuryazarlık değişkeni modele dahil edilmediği zaman, akılcı ilaç kullanımı değişkeninin e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisi ileri düzeyde önemlidir. Etki derecesi pozitif yönlüdür.

Modele tüm değişkenler dahil edildiğinde ise sonuçlar şu şekildedir;

- Dijital okuryazarlık değişkeninin, e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisi ileri düzeyde önemlidir. Etki derecesi pozitif yönlüdür.
- Akılcı ilaç kullanımı değişkeninin, dijital okuryazarlık değişkenine etkisi ileri düzeyde önemlidir. Etki derecesi pozitif yönlüdür.
- Akılcı ilaç kullanımı değişkeninin, e-sağlık okuryazarlığı değişkenine etkisi önemli değildir.

Sonuç olarak araştırmanın temel amacı olan, “E-sağlık okuryazarlığın akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinde dijital okuryazarlığın aracılık rolünün (Tam Aracı) olduğu” sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmaya benzer olarak 2019 yılında dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen Ertaş ve arkadaşları (2019) dijital okuryazarlık ile e-sağlık okuryazarlığı arasında güçlü, pozitif ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Ertaş vd., 2019: 568).

Bu çalışmaya benzer nitelikte sayılabilecek bir diğer çalışmada ise Tosun ve Hoşgör (2021), e-sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile e-sağlık okuryazarlığı ve internet kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Saptanan sonuçlara göre e-sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasında düşük ($r=0,215$) düzeyde, e-sağlık okuryazarlığı ile internet kullanımı arasında ise orta ($r=0,549$) düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır ($P<0.05$). Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile internet kullanımı arasında ise istatistiksel açıdan aralarında bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir (Tosun ve Hoşgör, 2021: 83).

7.2 Öneriler

Günümüzü yaşanan teknolojik gelişmelerle, dijital bir çağ olarak adlandırabiliriz. Bu sebeple internet hayatımızın her alanında var olan ve insanları etkileyen önemli bir etmen haline gelmiştir. Bireylerin sağlık hizmeti alımında da oldukça önemli bir yer tutan dijital dünya, hastaları internetten sağlık konuları hakkında bilgi almaya yöneltmektedir. Fakat hastaların, bu bilgi alımı esnasında her zaman doğru kaynaklardan doğru bilgiye ulaşmaları veya elde ettikleri bilgileri doğru biçimde kullanmaları mümkün olmamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerini ve ilaç alımlarını da etkisi altına almıştır. Bireylerin, internet ortamından elde ettiği bilgi, belge ve tedavi yöntemleri ile kendisine tanı koymaya çalışması ya da tedavi etme uğraşına girmesine yol açmaktadır. Bu noktada internetin sağlık hizmetleri için kullanılmasında, internetin kolay ulaşılabilir olmasının yanında zengin içeriğe sahip olması da oldukça önemlidir. Bu sebeple, bireylerin interneti daha verimli kullanmaları yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Çünkü elde edilecek yanlış bilgilerle bu durum bir sorun haline gelmekte ve sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, dijital okuryazarlık düzeyinin e- sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi ileri derecede önemlidir. Dijital okuryazarlık düzeyi arttığında, e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin de artış göstereceği saptanmıştır. Aynı zamanda e-sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisi önemli ve pozitifdir. Bu nedenle e-sağlık okuryazarlığı düzeyi artarsa, akılcı ilaç kullanımı düzeyi de pozitif yönde artış gösterecektir. Ayrıca dijital okuryazarlık kavramının aracı değişken olması sebebi ile dijital okuryazarlık düzeyinde oluşacak her türlü artış bireylerin internetten sağlık bilgisi elde etmesini ve ilaç kullanımını etkileyecektir. Bu bakımdan bireylere dijital okuryazarlık düzeylerini arttırmaları yönünde çalışmalar yapılarak, e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri geliştirilmesinin yanında; bireylerin - 6akılcı ilaç kullanımı düzeyleri de olumlu yönde etkileneceğinden; bireyler gereksiz veya yanlış ilaç kullanımına yönelmeyerek, ilaç kullanımında da dikkatli davranacaklardır.

Hiçyakmazer, (2022) tarafından yapılan araştırmada, e-sağlık okuryazarlığının, eğitim seviyesi ve internet kullanım yetenekleriyle aynı doğrultuda artış gösterdiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda bireylerin eğitim seviyelerini

yükseltecek ve internetin daha kolay ulaşılabilir hale gelmesini destekleyecek olan politikalar üzerinde çalışmalar yapılmalıdır. E-sağlık okuryazarlığının artışı ile bireylerin internetten doğru sağlık bilgisine ulaşabilmeleri sağlanacak ve daha verimli hale gelecektir. Bu durum diğer sağlık konularını etkilediği gibi internetten başvuru alan ilaç kullanımlarını da olumlu yönde etkileyecektir. Böylelikle sağlık sistemlerinde önemli bir sorun olan ilaç kullanımı da olumlu yönden etkilenecek olup, gereksiz ve yanlış ilaç kullanımlarında da düşüş meydana gelecektir.

Ayrıca, başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerine de büyük görevler düşmektedir. Hekimler, hastaları internet kaynaklı sağlık bilgileri hakkında bilgilendirerek, hastaların elde ettikleri bilgiler hakkında çekinmeden soru sorabilmesi yönünden teşvik edici davranmalıdır. Bu doğrultuda hasta/hekim arası iletişimin geliştirilmesi gerekir. Bu sayede, muayeneden sonra memnuniyet yükselerek, hastaların aldıkları sağlık hizmetinden tatmin olması ile hastaların muayene sonrası internetten sağlık araması yapması azaltılabilir. Bunun yanında bireyler, sağlık ile ilgili internet kullanımı üzerinde bilgilendirilmeli, hastaların başvuracakları kaynaklar hakkında yol gösterici olunmalıdır. Bireylerin, kendi sağlık durumunu bilebilmesi, ilaç prospektüsünde yer alan bilgilere uygun davranması, tedavi sürecine uygun davranıp bu süreçte aktif rol alması vb. durumlar yönünden teşvik edici hizmetlerde bulunulmalıdır. Sağlık profesyonellerine, gerekli devlet desteği ile ulusal anlamda çalışmalar yapılarak ya da var olan çalışmalar günümüze uygun bir biçimde revize edilerek, bireylere gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Yapılacak çalışmalar sayesinde oluşan olumsuz durumlar azalarak ortaya çıkan siberkondri sayılarında da düşüş meydana gelecektir. Bu durum hem bireylerin etkili sağlık hizmeti almasını hem de gereksiz yere kullanılan ilaçlar ve sağlık hizmet alımını düşürecektir. Böylelikle oluşan sağlık harcamalarında düşüş olacak, ekonomik bir yararda sağlayacaktır. Bu çalışmanın daha geniş bölgelerde ve daha fazla örnekleme çalışılması etkilerinin ortaya çıkarılması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

- AbdulRahman, M., Al-Tahr, F., AlMehairi, M. K., Carrick, F. R., ve Aldallal, A. M. (2022). Digital health technology for remote care in primary care during the COVID-19 pandemic: Experience from dubai. *Telemedicine and E-health* 28 (8), 1100-1108.
- Adebayo, K. J., ve Ofoegbu, E. O. (2014). Issues on e-health adoption in Nigeria. *I.J. Modern Education and Computer Science* 6 (9), 36-46.
- Afriyie, D. K., ve Raymond, T. (2013). A description of the pattern of rational drug use in ghana police hospital. *International Journal of Pharmacy and Pharmacology* 3 (1), 143-148.
- Akbulut, h. (2008). *Konya il merkezinde bulunan sağlık kurumlarında üst solunum yolu enfeksiyonu teşhisiile düzenlenen reçetelerin akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi*. Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Akın, S. (2022). *Sağlık okuryazarlığının covid-19 aşısı okuryazarlığına etkisi: Aile sağlığı merkezine başvuran hastalar üzerinde bir uygulama*. Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.
- Akkaya, A., ve Koçaşlı, S. (2022). Sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin blirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11 (1), 246-256.
- Akkoyunlu, B., Soylu, M. Y., ve Çağlar, M. (2010). Üniversite öğrencileri için "Sayısal Yetkinlik Ölçeği" geliştirme çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 39, 10-19.
- Akkurt, B. (2016). *Araştırma görevlilerinin (branş) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışları*. Tıpta uzmanlık tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi , Ankara.

- Altunbudak, N. (2019, 11 07). *Sağlık bilgi yönetim sistemi nedir?* Sağlıkteknoloji.com: <https://www.saglikteknoloji.com/saglik-bilgi-yonetim-sistemi-nedir/> adresinden 9 Ekim 2022 tarihinde alınmıştır.
- Altunbudak, N. (2020, 07 22). *Sağlıkteknoloji.com/klinik-karar-destek-sistemi.* Sağlıkteknoloji.com: [https://www.saglikteknoloji.com/klinik-karar-destek-sisteminedir/#:~:text=Klinik%20Karar%20Destek%20Sistemi%20\(KKDS,uyar%C4%B1%20ve%20y%C3%B6nlendirme%20yapan%20yaz%C4%B1%C4%B1mlard%C4%B1r.](https://www.saglikteknoloji.com/klinik-karar-destek-sisteminedir/#:~:text=Klinik%20Karar%20Destek%20Sistemi%20(KKDS,uyar%C4%B1%20ve%20y%C3%B6nlendirme%20yapan%20yaz%C4%B1%C4%B1mlard%C4%B1r.) adresinden 9 Ekim 2022 tarihinde alınmıştır.
- Amin, A., Khan, M. A., Azam, S. M., ve Haroon, U. (2011). Review of prescriber approach towards rational drug practice in hospitalised patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 23 (1), 19-22.
- Avaner, T., ve Fedai, R. (2017). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme: Sağlık yönetiminde bilgi sistemlerinin kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 22 (Özel), 1533-1542.
- Aydın, B., ve Gelal, A. (2012). Akılcı ilaç kullanımı: Yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 26 (1), 57-63.
- Balkanal, S. (2021). *Frigya termal turizm gelişimsel bölgesi termal sağlık turizmi sektörünün rekabetçilik analizi.* Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.
- Barutçu, A., Tengilimoğlu, D., ve Naldöken, Ü. (2017). Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 19 (3) , 1062-1078.
- Berkman, N. D., Donahue, K. E., Halpern, D. J., ve Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* 155 (2), 97-107.
- Btk, (2022). (Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu). <https://www.btk.gov.tr/bilgi-teknolojileri> adresinden 30 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

- Birru, M. S., Monaco, V. M., Charles, L., Drew, H., Njie, V., Bierria, T., . . . Steinman, R. A. (2004). Internet usage by low-literacy adults seeking health information: An observational analysis. *Journal Of Medical Internet Research* 6(3), 1-12.
- Bozkurt, A., Hamutoğlu, N. B., Kaban, A. L., Taşçı, G., ve Aykul, M. (2021). Dijital bilgi çağı: Dijital toplum, dijital dönüşüm, dijital eğitim ve dijital yeterlilikler. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi* 7 (2), 35-63.
- Calvani, A., Cartelli, A., Fini, A., ve Ranieri, M. (2008). Models and instruments for assessing digital competence at school. *Journal of e-Learning and Knowledge Society* 4 (3), 183-193.
- Can, A. B., Sönmez, E., Özer, F., Ayva, G., Bacı, H., Kaya, H. E., . . . Aslan, D. (2014). Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 36, 486-494.
- Cangir, A. (2019). *Akılcı ilaç kullanımı: Batman ili merkez ilçesinde çalışan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Cansızoglu, R. (2020). *Hastane bilgi yönetim sistemi (hbys) kullanımı; şehir hastanelerinde sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma*. Yüksek lisans tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Cartelli, A. (2010). Frameworks for digital competence assessment: Proposals, instruments and evaluation. *Proceedings of Informing Science & IT Education Conference (InSITE)* (s. 561-574). University of Cassino, Cassino.
- Cengiz, Z. (2018). *Hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisi*. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Churchill, N. (2016). *Digital storytelling as a means of supporting digital literacy learning in an upper-primary-school english language classroom*. Perth: Cowan University.

- Coşkun, S., ve Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi* 57, 378-384.
- Çakıroğlu, E. (2016). Görsel okuryazarlığın gelişiminde temel tasarım eğitiminin önemi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 9(44), 897-901.
- Çakmak, V. (2019). *Hipertansiyon tedavisi alan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisinin değerlendirilmesi*. Doktora tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Çavdar, D. M. (2022). *Covid-19 pandemisi döneminde sbü dışkapı yıldırım beyazıt suam'ne başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanlarının karşılaştırılması*. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Aile Hekimliği Merkezi, Ankara.
- Çınarlı, D. İ. (2015). Kitle iletişimi ve eleştirel sağlık okuryazarlığı. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi* (3), 15-28.
- Çubukcu, A., ve Bayzan, Ş. (2013). Türkiye'de dijital vatandaşlık algısı ve bu algıyı internetin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımı ile artırma yöntemleri. *Ortadoğu ve Afrika Dergisi Eğitim Araştırmaları* (5), 148-173.
- Dayanıklı, F. (2019). *Hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
- Demir, Y., ve Gözüm, S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; Web destekli sağlık eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 4 (4), 196-203. <https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4603/demir%25281%2529.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden 20 nisan 2021 tarihinde alınmıştır.

- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., . . . Metintaş, S. (2018). Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi* (3) (3), 37-46.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan&İnsan* 7 (24), 84-96.
- Direkçi, D. B., Akbulut, A. G., ve Şimşek, A. G. (2019). Türkçe dersi öğretim programı (2018) ve ortaokul türkçe ders kitaplarının dijital okuryazarlık becerileri bağlamında incelenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi* 7 (16), 797-813.
- Doğanyigit, S. Ö. (2015). Mobil sağlık ve sağlık okuryazarlığı. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları* (3), 101-112.
- Duran, E., ve Özen, N. E. (2018). Türkçe derslerinde dijital okuryazarlık. *Türkiye Eğitim Dergisi* 3 (2), 31-46.
- Durna, Z., ve Kuş, E. (2016). Akılcı ilaç kullanımda hemşirenin rolü ve eğitimin önemi. *Sağlık ve Toplum* 26 (2), 3-9.
- Edworthy, S. M. (2001). Telemedicine in developing countries. *BioMed Central* 323 (7312), 524-525.
- Erer, S. (2013). Kitle iletişim araçları ve tıp etiği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 3 (3), 24-28.
- Ertaş, H., Kırac, R., ve Demir, R. N. (2019). Dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 10-13 Ekim 2019. Sakarya: Sakarya Üniversitesi 557-570.
- Eser, N. (2021). *Gebelerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık durumları ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

- Eshet, Y. (2002). Digital literacy: A new terminology framework and its application to the design of meaningful technology-based learning environments. *To The Education Resources Information Center (ERIC)*, 1-8.
- Eshet, Y., ve Alkalai. (2004). Digital literacy: A conceptual framework for survival skills in the digital era. *Educational Multimedia and Hypermedia* 13 (1), 93-106.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal Of Medical Internet Research* 3 (2), 1-2.
- Ferrari, A. (2013). *This publication is a scientific and policy report-DIGCOMP: A framework for developing and understanding digital competence in europe*. Seville: Joint resarch centre.
- Fidan, D. M. (2021). *18 yaş üstü bireylerin internetten sağlık bilgisi arama davranışı, e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri durumlarının değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya.
- Fidan, U., Ergün, U., ve Süzme, K. (2016). HL7 standartlarına uygun hbys entegrasyonu: Fizyolojik işaretleri (ekg, emg ve spirometre) depolama ve raporlama. *Mühendislik Bilimleri* 11 (2), 54-62.
- Fornell, C., ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservabl variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 18 (1), 39-50.
- Garg, H., Sharma, B., Shekhar, S., ve Agarwal, R. (2022). Spoofng detection system for e-health digital twin using efcientNet convolution neural network. *Multimedia Tools and Applications* 81, 26873–26888.
- Gencer, Z. T. (2017). Norman ve skinner'ın E-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kültürel uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* (52), 131-145.

- Genelgesi, B. (2003). *E-dönüşüm ürkiye projesi kısa dönem eylem planı, Başbakanlık Genelgesi, 2003/48, 4 Aralık 2003.*
- Gül, G. (2007). Okuryazarlık sürecinde aile katılımının rolü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 8 (1)*, 17-30.
- Güneş, P. D. (2013). Görsel okuma eğitimi. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1(2)*, 1-17.
- Hamutoğlu, N. B., Güngören, Ö. C., Uyanık, G. K., ve Erdoğan, D. G. (2017). Dijital Okuryazarlık Ölçeği: Türkçe 'ye uyarlama çalışması. *Ege Eğitim Dergisi 18 (1)*, 408-429.
- Haşiloğlu, S. B., Baran, T., ve Aydın, O. (2015). Pazarlama araştırmalarındaki potansiyel problemlere yönelik bir araştırma: Kolayda örnekleme ve sıklık ifadeli ölçek maddeleri. *Pamukkale İşletme ve Bilişim Dergisi 2 (1)*, 19-28.
- Hiçyakmazer, E. (2022). *Bireylerde dijital okuryazarlığın e-sağlık okuryazarlığına etkisinde siberkondri ciddiyetinin aracı rolü*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- İlgaz, A., ve Gözümlü, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 9 (2)*, 67-77.
- İşık, I. (2021). *Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımının incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- İlhan, M., Aydemir, Ö., Çakır, M. & Aycan, S. (2014). Akılcı olmayan ilaç kullanım boyutları: Ankara'da üç ilçe örneği. *Türk Halk Sağlığı Dergisi, 12(3)*, 188-200.
- İskit, P. D. (2006). Akılcı ilaç kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 15 (7)*, 4-5.
- Jennett, P. (2005). Delivering e-health via broadband. *Institute Of Electrical And Electronics Engineers 9*, 88-90.

- Kalaça, S. (2012). Sağlık okuryazarlığı ve internet. *15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. Bursa: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 126-131.
- Kan, Z. E. (2022). *Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Karagöz, P. D. (2021). *Spss amos meta uygulamalı nitel-nicel karma bilimsel araştırma modelleri (3. Basım)*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakoç, D. F., ve Dönmez, P. D. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası (40)*, 39-49.
- Kararname, K. H. (2011). Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname, T.C Resmi Gazete, 28103, 2011, 2 Şubat 2011.
- Karkalis, G. I., ve Koutsouris, D. D. (2006). E-health and the Web 2.0. *Institute Of Elektrical And Electronics Engineers*, 1-4.
- Kayaalp, P. D. (2002). *Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji (11. Basım)*. Ankara: Hacettepe Taş.
- Keskin, H. K., Baştuğ, M., ve Atmaca, T. (2016). Öğrencileri akademik dijital okumaya yönlendiren unsurlar. *Eğitim ve Bilim 41 (188)*, 117-129.
- Khoja, S., Durrani, H., Scot, R. E., Sajwani, A., ve Piryani, U. (2013). Conceptual framework for development of comprehensive e-Health evaluation tool. *Telemedicine and E-Health 19 (1)*, 48-53.
- Kılıç, T. (2017). E-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6 (3)*, 203-217.
- Kiriş, D. M. (2022). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörler*. Tıpta uzmanlık tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tekirdağ.

- Koç, E., Şengül, Y. A., Özkaya, A. U., ve Gökçe, B. (2012). Klinik karar destek sistemleri kullanımına yönelik bir araştırma: Acıbadem hastanesi örneği. *Tıp Bilişim Derneği*, 64-74.
- Kole, P. (2005). *Pharmabiz.com*. Pharmabiz.com: <http://test.pharmabiz.com/special%20features/rational-drug-use-need-of-the-hour-30000> adresinden 30 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır.
- Kurşun, A., ve Kaygısız, E. G. (2018). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9 (4), 401-409.
- Lankshear, C., ve Knobel, M. (2008). *Digital literacies concepts, policies and practices*. Montreal: Peter Lang Publishing.
- Maden, S., Maden, A., ve Banaz, E. (2018). Ortaokul 5. sınıf türkçe ders kitaplarının dijital okuryazarlık bağlamında değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 55 (11), 685-698.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 23 (5), 840-847.
- Marques, S. R., ve Lemos, S. M. (2017). Health literacy assessment instruments: literature review. *Audiol Communication Research* 1757 (22), 1-12.
- Martin, A. (2005). DigEuLit – a european framework for digital literacy: a progress report. *Journal of ELiteracy* 2, 130-136.
- Meb (Milli Eğitim Bakanlığı). (2017). *Türkçe dersi öğretim programı (ilkokul ve ortaokul 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. sınıflar)*. Ankara: MEB Yayınları.
- Mergentech. (2021). *Hastane bilgi yönetim sistemi*. Mergentech: <https://www.mergentech.com.tr/hastane-bilgi-yonetim-sistemi-hbys/> adresinden 10 Ekim 2022 tarihinde alınmıştır.

- Merriam-Webster. (2022). *Merriam-Webster*. Merriam-Webster: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/Internet> adresinden 1 Şubat 2022 tarihinde alınmıştır.
- Mete, G. (2020). Mete, G. (2019). Okuryazarlık türleri ve 2023 eğitim vizyonu belgesi. *Kesit Akademi Dergisi*, (22),. *Kesit Akademi Dergisi* (22), 109.120.
- Ng, W. (2012). Can we teach digital natives digital literacy? *Elsevier* 59, 1065-1078.
- Norman, C. D., ve Skinner, H. A. (2006a). Ehealth: The ehealth literacy scale. *Journal Of Medical Internet Research* 8 (4), 1-7.
- Norman, C. D., ve Skinner, H. A. (2006b). E-health literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal Of Medical Internet Research* 8 (2), 1-10.
- 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.
- Ocak, P. D., ve Karakuş, G. (2019). Öğretmen adaylarının dijital okuryazarlık öz-yeterlilik becerilerinin farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 21 (1), 129-147.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., ve Jadad, A. (2005). What is ehealth (3):A systematic review of published definitions. *Journal Of Medical Internet Research* 7 (1), 1-12.
- Oktay, Ş. (2006). Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. *Türk Geriatri Dergisi* 9, 15-18.
- Onursoy, S. (2018). Üniversite gençliğinin dijital okuryazarlık düzeyleri: Anadolu üniversitesi öğrencileri üzerine bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi* 6 (2), 989-1013.

- Önal, İ. (2010). Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi. *Bilgi Dünyası 11 (1)*, 101-121.
- Özcan, G. (2019). *Diyabetes mellitus hastalarında sağlık okuryazarlığı, öz-etkililik ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Özçelikay, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi 30 (2)*, 9-18.
- Özdemir, R. (2021). *E-sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi: İstanbul kadıköy ilçesi örneği*. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özen, Y., ve Gül, A. (2007). Sosyal ve eğitim bilimleri araştırmalarında evren-örneklem sorunu. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi (15)*, 394-422.
- Özerbaş, D. D., ve Kuralbayeva, D. D. (2018). Türkiye ve kazakistan öğretmen adaylarının dijital okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *MSKU Eğitim Fakültesi Dergisi 5 (1)*, 16-25.
- Polat, C., ve Odabaş, H. (2008). Bilgi toplumunda yaşam boyu öğrenmenin anahtarı. *Küreselleşme, Demokratikleşme ve Türkiye Uluslararası Sempozyumu Bildiri Kitabı* (s. 24-33). Antalya: E-prints in library & information science.
- Rantala, L., ve Suoranta, J. (2008). Digital literacies. concepts, policies and practices (Colin Lanshear, Michelle Knobel) Digital literacy policies in the eu-inclusive partnership as the final stage of governmentality? *Digital Literacies: Concepts, policies and practices*. içinde New Jersey: Peter Lang Publishing (91-117).
- Sağır, M., ve Parlakpınar, H. (2014). Akılcı ilaç kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3 (2)*, 32-35.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. T.C Sağlık Bakanlığı (749), Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2014a). Dijital hastane nedir?: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5007/dijital-kagitsiz-hastane-nedir.html> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2014b). Neden Dijital Hastane?: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5009/neden-dijital-hastane.html> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2014c). *Ulusal sağlık veri sözlüğü*. <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4887/usvs-ulusal-saglik-veri-sozluugu.html> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2015). Hastane bilgi yönetim sistemi: [https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4881/hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html#:~:text=HBYS%20\(Hastane%20Bilgi%20Y%C3%B6netim%20Sistemi\)%3A%20HBYS%2C%20bilgisayar%20programlar%C4%B1%20ve,yaz%C4%B1%20mlar%20grubuna%20verilen%20genel%20add%C4%B1r](https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4881/hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html#:~:text=HBYS%20(Hastane%20Bilgi%20Y%C3%B6netim%20Sistemi)%3A%20HBYS%2C%20bilgisayar%20programlar%C4%B1%20ve,yaz%C4%B1%20mlar%20grubuna%20verilen%20genel%20add%C4%B1r) adresinden 10 Ekim 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2021). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS): <https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2022a). Teletıp: <https://teletip.saglik.gov.tr/> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2022b). E-Nabız kişisel sağlık sistemi: <https://e-saglik.gov.tr/TR,7197/e-nabiz.html> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2022c). Karar destek sistemi: <https://e-saglik.gov.tr/TR,7080/karar-destek-sistemi.html> adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

- Sarıyar, S., ve Kılıç, H. F. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Huhemfad-Johufon* 6 (2), 126-131.
- Sarkar, M., Sanders, L. M., Kelleher, K. J., ve Chisolm, D. J. (2016). Psychosocial health, e-health literacy, and perceptions of e-health as Predictors and Moderators of e-health use among caregivers of children with special healthcare needs. *Telemedicine and e-health* 22 (2), 123-131.
- Sbsgm. (2022). (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü). Ulusal sağlık veri sistemi (USVS): <https://e-saglik.gov.tr/TR,7141/usvs.html> adresinden 29 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.
- Sbsgm. (2020b). (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü). Sağlık bilgi sistemleri genel müdürlüğü tarafından yürütülecek hizmetler ve daire başkanlıklarının görev ve sorumlulukları, 24 Eylül 2020. T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sbsgm. (2020a). (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü); <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-1276/kurulusumuz.html> adresinden 29 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.
- Ssgm. (2020). (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü); <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> adresinden 23 Ocak 2022 tarihinde alınmıştır.
- Skinner, H., Biscope, S., Poland, B., ve Goldberg, E. (2003). How adolescents use technology for health information: Implications for health professionals from focus group studies. *Journal Of Medical Internet Research* 5 (4), 1-10.
- Stgdb (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı). (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Anıl Matbaacılık
- Şantaş, F., ve Demirgil, B. (2017). Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi* 5 (1), 35-48.

- Tarhan, N., Ünal, A. T., ve Ekinici, Y. (2021). Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 17 (37), 4253-4297.
- Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M., ve Yazıcı, S. Ö. (2009). İnternetin hastaları güçlendirme ve hasta-hekim ilişkilerine etkisi: Burdur'da hastaneye başvuran internet kullanıcılarına yönelik bir alan çalışması. *VI. Ulusal Sosyoloji Kongresi Bildiri Kitabı, Toplumsal Dönüşümler ve Sosyolojik Yaklaşımlar*. Aydın: Sosyoloji Derneği (1205-1227).
- Terzi, M. (2019). *Sağlık hizmetlerinde inovasyon: E-sağlık uygulamalarının hastalar tarafından değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler, İzmir.
- Toker, T., Akgün, E., Cömert, Z., ve Edip, S. (2021). eğitimciler İçin dijital Yeterlilik ölçeği: uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Milli Eğitim Dergisi* 50 (230), 301-328.
- Tosun, N., ve Hoşgör, H. (2021). E-sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 22 (2), 82-102
- Toygar, Ş. A. (2018). E-sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi* 37, 101-123.
- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası. (2015). *Finansal eğitim*. Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, Ankara.
- Türk Dil Kurumu. (1998). *Türkçe sözlük (9.baskı)*. Ankara: TDK yayınları.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2019). İlaç takip sistemi: https://www.its.gov.tr/its/ilac_takip_sistemi_nedir adresinden 28 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz kurumu. (2022). <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/ilac-takip-sistemi-its> adresinden 24 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2022). Neden akılcı ilaç kullanımı: http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81 adresinden 24 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK). (2019, 1 1). *İlaç takip sistemi nedir*. İlaç takip sistemi (İTS): https://www.its.gov.tr/its/ilac_takip_sistemi_nedir#Amaclar adresinden 24 Mayıs 2022 adresinden alınmıştır.

Ulus, T., ve Gürkan, M. (2011). Sağlık alanında internet kullanımı ve halk sağlığı. *Bozok Tıp Dergisi 1 (2)*, 43-46.

Üstündağ, M. T., Güneş, E., ve Bahçivan, E. (2017). Dijital okuryazarlık ölçeğinin türkçeye uyarlanması ve fen bilgisi öğretmen adaylarının dijital okuryazarlık durumları. *Journal of Education and Future 12*, 19-29.

Varshney, U. (2007). Pervasive healthcare and wireless health monitoring. *Mobile Netw Appl 12*, 113-127.

Vikipedi. (2022). E-nabız: https://tr.wikipedia.org/wiki/E-Nab%C4%B1z#cite_note-1 adresinden 20 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır.

Who. (1985). *Akılcı ilaç kullanımı konusunda uzmanlar konferansı (Nairobi, Kenya, 25-29 Kasım 1985): Genel direktör raporu*. World Health Organization, Nairobi.

Who. (1994). *Guide to good prescribing*. World Health Organization (WHO), Geneva.

Wong, Z. S.-Y., ve Rigby, M. (2022). Identifying and addressing digital health risks associated with emergency pandemic response: Problem identification, scoping review, and directions toward evidence-based evaluation. *International Journal of Medical Informatics 157*, 1-10.

World Health Organization, (. (2013). *Health literacy the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization (WHO).

- Wynn, R., Gabarron, E., Johnsen, J.-A. K., ve Traver, V. (2020). Special issue on e-health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 1-6.
- Yakar, U. (2022). Sağlık Bakanlığı randevu sistemi MHRS nedir, ne işe Yarar, nasıl doktor randevusu alınır?: <https://www.webtekno.com/mhrs-nedir-randevu-alma-h122134.html> adresinden 9 Ekim 2022 tarihinde alınmıştır.
- Yıldırım, Ö. Ö., Korkmaz, M., ve Avcı, İ. A. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalıkları İle sağlık algılarının incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5 (2), 251-260.
- Yıldız, D., ve Uzunsakal, E. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi* (1), 14-28.
- Yılmaz, H., ve Çıtlı, R. (2022). Üniversite hastanesine başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 31 (3), 161-171.
- Yılmaz, M., ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4) , 142-147.
- Yılmaz, P. D., ve Dalbudak, A. G. (2018). Aracı değişken etkisinin incelenmesi: yüksek hızlı tren işletmeciliği üzerine bir uygulama. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi* 14 (2), 517-534.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2 (2), 42-49.

EKLER (EK1. Anket Formu)

Sayın katılımcı;

Bu anket, Düzce Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü yüksek lisans tez çalışması üzerine hazırlanmıştır. ‘*Dijital Okuryazarlık ile E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi*’ni belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Elde edilen sonuçlar bilimsel amaçlarla kullanılacak olup, kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının geçerli ve güvenilir olması; sizin soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanızla mümkündür. Katılımınız için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Ömer BARLAS

Danışman: Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ

1. Yaşınız

1. 18-25 () 2. 26-35 () 3. 36-45 () 4. 46-55 () 5. 56 ve üzeri ()

2. Cinsiyetiniz

1. Erkek () 2. Kadın ()

3. Eğitim durumu.

1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise () 4. Meslek yüksekokulu ()
5. Lisans () 6. Yüksek lisans () 7. Doktora ()

4. Mesleğiniz

1. Ev Hanımı () 2. İşçi () 3. Emekli () 4. Öğrenci () 5. Memur () 6. Esnaf () 7. Diğer ()

5. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz.

1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden fazla ()

6. Düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalığınız var?

1. Evet () 2. Hayır ()

7. Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1. Oldukça iyi () 2. İyi () 3. Fena Değil () 4. Kötü () 5. Oldukça kötü ()

8. Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için interneti ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

1. Her zaman () 2. Sıklıkla () 3. Bazen () 4. Nadiren () 5. Hiçbir zaman ()

9. Son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine ne kadar başvuru yaptınız.

1) Hiç (...) 2) 1-4 (...) 3) 5-9 (...) 4) 10 ve üzeri (...)

DİJİTAL OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Öğrenme sürecinde Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hoşuma gider.	1	2	3	4	5
2. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak daha iyi öğrenirim.	1	2	3	4	5
3. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak öğrenmeyi daha ilgi çekici hale getirir.	1	2	3	4	5
4. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek beni daha motive eder.	1	2	3	4	5
5. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak öğrenmek öz-yönetimli ve bağımsız olmamı sağlar.	1	2	3	4	5
6. Öğrenme sürecinde mobil teknolojileri (Cep telefonları, PDAs, İpadler, akıllı telefonlar.vb) kullanım potansiyelim yüksektir.	1	2	3	4	5
7. Öğretmenlerim ders anlatırken bilgi ve iletişim teknolojilerini daha çok kullanmalıdır.	1	2	3	4	5
8. Karşılaştığım teknik problemleri nasıl çözeceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
9. Yeni teknolojilerin kullanımını kolaylıkla öğrenebilirim.	1	2	3	4	5
10. Önemli olduğunu düşündüğüm yeni teknolojilere ayak uydurabilirim.	1	2	3	4	5
11. Birçok farklı teknoloji hakkında bilgim var.	1	2	3	4	5
12. Öğrenmede ve yeni şeyler oluşturmada (Sunumlar, dijital hikayeler, wikiler, bloglar gb) bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak için gerekli olan teknik becerilere sahibim.	1	2	3	4	5
13. Bilgi ve iletişim teknolojileri becerilerim iyidir.	1	2	3	4	5
14. İnternette bilgi elde etmeye yönelik araştırma ve değerlendirme becerilerime güvenirim.	1	2	3	4	5
15. İnternet tabanlı aktivitelerle ilgili konuları (Örn; siber güvenlik, eser hırsızlığı, araştırma konuları vb) bilirim.	1	2	3	4	5
16. Öğrenme etkinliklerim için arkadaşlarımdan sıklıkla İnternet aracılığıyla (Skype, Face ve Bloglar vb) yardım alırım.	1	2	3	4	5
17. Bilgi ve iletişim teknolojileri proje çalışmalarında ve diğer öğrenme etkinliklerinde arkadaşlarım ile daha iyi işbirliği içinde çalışmamı sağlar.	1	2	3	4	5

E-SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

1. Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?

1. Hiç yararlı değil () 2. Yararlı değil () 3. Fikrim yok () 4. Yararlı () 5. Çok Yararlı ()

2. İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?

1. Hiç Önemli değil () 2. Önemli değil () 3. Fikrim yok () 4. Önemli () 5. Çok Önemli ()

3.Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5
İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5
Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum	1	2	3	4	5
İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5
İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.	1	2	3	4	5
İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.	1	2	3	4	5
Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum.	1	2	3	4	5

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

ÖNERMELER	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1) Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	3	1	2
2) Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	1	3	2
3) Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımızın olup olmadığını doktor belirler.	3	1	2
4) İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	3	1	2
5) Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	1	3	2
6) İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	1	3	2
7) İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatından öğrenilebilir.	3	1	2
8) İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	3	1	2
9) Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	1	3	2
10) Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	1	3	2
11) İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	3	1	2
12) Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	3	1	2
13) Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	1	3	2
14) İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	3	1	2
15) Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	1	3	2
16) Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	1	3	2
17) İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	1	3	2
18) Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	3	1	2
19) Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	1	3	2
20) Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	1	3	2
21) Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	3	1	2

