

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA DİJİTAL BÖLÜNME ÜZERİNE
BİR ARAŞTIRMA

Zeynep KUH
1730232030

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA-2019



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Zeynep KUH
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı	Sağlık Hizmetleri Kullanımında Dijital Bölünme Üzerine Bir Araştırma
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 17/06/2019 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU²

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
 Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**³ kararlaştırılmıştır.
 Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**⁴ kararlaştırılmıştır.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	Kabul/Ret	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM /SDÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Mustafa Zihni TUNCA / SDÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER /MAKÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

YÖK LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 9-(8) Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde düzeltmeleri yapılan tezi aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da başarısız bulunarak tezi kabul edilmeyen öğrencinin yükseköğretim kurumu ile ilişkisi kesilir.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “*Sağlık Hizmetleri Kullanımında Dijital Bölünme Üzerine Bir Araştırma*“ adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Zeynep KUH

17/06/2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal line with a loop and a vertical stroke.

(KUH, Zeynep, *Sağlık Hizmetleri Kullanımında Dijital Bölünme Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2019)

ÖZET

Bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT)'ndeki gelişmelerin, hem ülkelerin gelişimi açısından hem de bireylerin yaşam seviyelerine sağladığı katkıdan dolayı önemi her geçen gün daha da artmaktadır. Ancak BİT'e erişim ve kullanım noktasında hem bireyler hem de ülkeler arasında eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bu eşitsizlikler "Dijital Bölünme" kavramını ortaya çıkarmıştır. Dijital bölünme BİT'e erişebilen ve erişemeyen, kullanabilen ve kullanamayanlar arasındaki farka odaklanmaktadır. Söz konusu olan dijital bölünme sadece bireyler ve ülkeler arasında değil, toplumlar ve kurumlar arasında da görülmektedir. Dijital bölünme, teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi ve aradaki eşitsizliğin artması ile ülkelerin ortak sorunu haline gelmeye başlamıştır. Bu bölünme birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerine erişim noktasında da kendini göstermektedir. Bu çalışmada dijital sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi ve kullanım düzeyinde dijital bölünmenin yaşanıp yaşanmadığını bulmak ve dijital bölünme söz konusu ise hangi sosyo-demografik değişkenlerin belirleyici olduğunu tespit etmek amaçlanmıştır. Bu amaçla Antalya, Isparta ve Burdur illerinde yaşayan toplamda 450 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmanın sosyo-demografik değişkenlerinden biri illerin gelişmişlik seviyelerine göre kişilerin bilgi ve kullanım düzeyinin farklılaşp farklılaşmadığı ölçmek için "il" olmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcıların genel BİT kullanımını ölçmek için "BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi", dijital sağlık hizmetlerini hangi düzeyde bildikleri ve kullandıklarını analiz edebilmek için "Dijital Sağlık Uygulamaları" ve "Dijital Sağlık İmkânları"ndan oluşan üç bölümden ve toplam 60 sorudan oluşan anket kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, sosyo-demografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve internet kullanımının birçok BİT boyutu, dijital sağlık uygulamaları (DSU) ve dijital sağlık imkânları (DSİ) bilgi ve kullanım düzeyinde belirleyici olduğu bulunmuştur. BİT boyutları ile birçok DSU ve DSİ bilgi ve kullanım düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu bulunan diğer bir sonuç olmuştur. Bu da sağlıkta dijital bölünmenin yaşandığını ve sağlıktaki bu bölünmenin genel dijital bölünmeden bağımsız olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi ve İletişim Teknolojileri, Dijital Bölünme, Dijital Sağlık Hizmetleri

(KUH, Zeynep, *A Research on Digital Divide in Utilization of Health Services*, Master Thesis, Isparta, 2019)

ABSTRACT

The importance of the developments in information and communication technologies (ICT), both in terms of development of countries and the contribution of individuals to their living levels, is increasing day by day. However, inequalities are experienced between individuals and countries at the point of access to and use of ICT. In this case, inequalities have revealed the concept of “Digital Divide”. Digital divide is focused on the difference between those who can access, access and use ICT. The digital divide is seen not only between individuals and countries but also between societies and institutions. Digital divide has become a common problem of countries with the rapid progress of technological developments and the increase of inequality. This divide is manifested in access to health services as in many other areas. In this study, it is aimed to find out whether there is a digital divide in the level of information and usage level of digital health services, and to determine which socio-demographic variables are the determinants of digital divide. For this purpose, a total of 450 people living in Antalya, Isparta and Burdur provinces have been reached. One of the socio-demographic variables of the study has been the province to measure whether the level of knowledge and use of individuals differ according to the development levels of the provinces. The literature was used as a data collection tool and the ICT Information and Usage Level was used to measure the overall ICT usage of the participants. In order to analyze the level of knowledge and use of digital health services, a questionnaire consisting of 60 questions consisting of three dimensions, Digital Health Practices and Digital Health Facilities was used. According to the results of the study, age, gender, education, income and internet usage of socio-demographic variables were found to be determinant in the level of information and usage level of many types of ICT and digital health practices (DHP) and digital health facilities (DHF). Another result found to be a positive relationship between ICT dimensions and the level of knowledge and use of DHP and DHF. This shows that there is a digital divide in health and this divide in health is not independent of the general digital divide.

Key Words: Information and Communication Technology, Digital Divide, Digital Health Services

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM DİJİTAL BÖLÜNME

1.1. DİJİTAL BÖLÜNMENİN TANIMI	3
1.2. DİJİTAL BÖLÜNMENİN BOYUTLARI VE DEĞİŞKENLERİ	5
1.2.1. Dijital Bölünmenin Boyutları	5
1.2.2. Dijital Bölünmenin Değişkenleri	9
1.3. DİJİTAL BÖLÜNMENİN ÖLÇÜLMESİ	11
1.4. DÜNYA'DA DİJİTAL BÖLÜNME	15
1.4.1. Amerika Birleşik Devletleri.....	16
1.4.2. Brezilya.....	17
1.4.3. Nijerya	18
1.5. TÜRKİYE'DE DİJİTAL BÖLÜNME.....	19
1.5.1. Küresel Ölçekte Türkiye'nin Yeri	19
1.5.2. Türkiye'nin Dijital Bölünme Açısından Mevcut Durumu.....	20
1.5.2.1. BİT Kullanım Oranları ve Sıklığı	21
1.5.2.2. Yaş Grubu Sebebiyle Yaşanan Dijital Bölünme.....	23
1.5.2.3. Eğitim Durumu Sebebiyle Yaşanan Dijital Bölünme.....	24
1.5.2.4. İnternet Kullanım Amaçları	25

İKİNCİ BÖLÜM DİJİTAL SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. SAĞLIKTA E-DÖNÜŞÜM	27
2.2. DİJİTAL SAĞLIK KAVRAMI	29
2.2.1. Dijital Sağlık	29
2.2.2. Dijital Sağlık İle İlişkili Kavramlar	31
2.2.2.1. Mobil Sağlık.....	31

2.2.2.2 Elektronik Sağlık (e-Sağlık).....	32
2.2.2.3. Tele-Sağlık	33
2.3. DİJİTAL SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ.....	35
2.3.1. Dijital Sağlık Teknolojileri Uygulama Alanları	35
2.3.1.1. Taşınabilir Tıbbi Cihazlar	35
2.3.1.2. Giyilebilir Teknolojiler	36
2.3.1.3. Akıllı Telefon Sağlık Uygulamaları.....	37
2.3.1.4. Dijital Sağlıkta Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı	38
2.3.1.5. Evde Bakım Teknolojileri	39
2.3.2. Dijital Sağlık Teknolojileri İle İlgili Sağlık Bakanlığı Uygulamaları	40
2.3.2.1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	40
2.3.2.2. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (E-Nabız).....	41
2.3.2.3. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM).....	42
2.3.2.4. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması.....	43
2.3.2.5. Sağlık Bakanlığı Tele-Tıp Sistemi	43
2.3.3. Dijital Sağlık Uygulamaları (DSU) İle İlgili Problemler.....	44
2.3.3.1. Maliyet Yapısı	45
2.3.3.2. Mahremiyet/ Güvenlik	46
2.3.3.3. Etkinliğin Kanıtı.....	46
2.3.3.4. Mevzuat ve Standartlar	47
2.3.3.5. Geliştirme Hızı	47

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM DİJİTAL BÖLÜNME ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1.1. Amaç ve Önem	49
3.1.2. Problem Cümlesi.....	49
3.1.3. Varsayımlar.....	50
3.1.4. Araştırmanın Kısıtları	50
3.1.5. Evren ve Örneklem	50
3.1.6. Veri Toplama Aracı	50
3.1.7. Analiz Yöntemi.....	51
3.2. BULGULAR	52
3.2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	52
3.2.2. Katılımcıların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeylerine İlişkin Bulgular	53
3.2.3. Dijital Sağlık Uygulamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	55
3.2.4. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular	59
3.2.5. Dijital Sağlık İmkânlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	61
3.2.6. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular.....	64
3.2.7. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi İfadelerine Dair Faktör Analizi.....	65
3.2.7.1. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Boyutlarının Psikometrik Değerleri	68

3.2.7.2. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Boyutlarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	69
3.2.7.3. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	77
3.2.7.4. Dijital Sağlık Uygulamalarının Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	102
3.2.7.5. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	124
3.2.7.6. Dijital Sağlık İmkânlarının Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	152
3.2.8. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki	180
3.2.9. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Kullanım Düzeyi Arasındaki İlişki	181
3.2.10. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık İmkânları Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki	182
3.2.11. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık İmkânları Kullanma Düzeyi Arasındaki İlişki	184

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA	185
4.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	192
KAYNAKÇA	199
EKLER.....	210

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ATA	: The American Telemedicine Association
BİT	: Bilgi ve İletişim Teknolojileri
BPS	: Bit Per Second
CESCR	: Committee on Economic, Cultural and Social Rights
DSİ	: Dijital Sağlık İmkânları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSU	: Dijital Sağlık Uygulamalar
ESİM	: Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi
FDA	: U.S. Food and Drug Administration
ITU	: International Telecommunication Union
KDS	: Karar Destek Sistemi
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development
PRC	: Çin Halk Cumhuriyeti
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SMS	: Short Message Service
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
TUENA	: Türkiye Ulusal Enformasyon Altyapısı Proje Ofisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	: United Nations Development Programme
USBS	: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
Vd.	: Ve diğerleri
Vb.	: Ve benzeri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Temel BİT Göstergeleri	14
Tablo 2. BİT Gelişme Endeksine Göre Türkiye'nin Durumu.....	20
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	52
Tablo 4. Katılımcıların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları	53
Tablo 5. Dijital Sağlık Uygulamaları İle İlgili İfadelere Ait Tanımlayıcı Bulgular	56
Tablo 6. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular	59
Tablo 7. Dijital Sağlık İmkânları İle İlgili İfadelere Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	61
Tablo 8. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular.....	64
Tablo 9. Bit Bilgi ve Kullanım Düzeyi KMO ve Bartlett's Test Sonucu	66
Tablo 10. Bit Bilgi ve Kullanım Düzeyi İfadeleri Faktör Analizi	66
Tablo 11. Bit Bilgi ve Kullanım Düzeyi Boyutlarının Psikometrik Özellikleri	69
Tablo 12. İlgü Duyma Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	70
Tablo 13. İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	72
Tablo 14. Güven Duyma Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	75
Tablo 15. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	78
Tablo 16. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 17. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (E-Nabız) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo- Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 18. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo- Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	85
Tablo 19. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	87
Tablo 20. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo- Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	89

Tablo 21. Mobil Cihazlardaki Sağlıklı Yaşam Uygulamaları Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	91
Tablo 22. İlaç Hatırlatma Uygulamaları Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	93
Tablo 23. Kalp Ritmi Ölçme Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	96
Tablo 24. Taşınabilir Tıbbi Cihazların Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	98
Tablo 25. Giyilebilir Tıbbi Cihazların Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	100
Tablo 26. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	103
Tablo 27. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	105
Tablo 28. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (E-Nabız) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	107
Tablo 29. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	109
Tablo 30. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	111
Tablo 31. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	113
Tablo 32. Mobil Cihazlardaki Sağlıklı Yaşam Uygulamaları Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	115
Tablo 33. İlaç Hatırlatma Uygulamaları Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	118
Tablo 34. Kalp Ritmi Ölçme Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	119
Tablo 35. Taşınabilir Tıbbi Cihazların Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	121
Tablo 36. Giyilebilir Tıbbi Cihazların Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	123

Tablo 37. Gidilecek Hastaneyi Önceden İnternet Üzerinden Araştırabilme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	125
Tablo 38. İnternet Üzerinden Hekim Araştırma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	128
Tablo 39. İnternet Üzerinden En Yakın Eczaneyi Bulma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	131
Tablo 40. İnternet Üzerinden Nöbetçi Eczaneyi Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	133
Tablo 41. İnternet Üzerinden Sağlık Bilgisi Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	136
Tablo 42. Laboratuvar Sonuçlarını İnternet Üzerinden Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	139
Tablo 43. Mobil Cihazlardan Kilo, Diyet ve Egzersiz Rutinlerinin Takip Edilmesi İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	141
Tablo 44. İnternette İlaçlarla İlgili Araştırma Yapabilme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	144
Tablo 45. SMS veya E-Posta İle Sağlık Sitelerinden Bilgi Alma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	147
Tablo 46. Kişisel Sağlık Deneyimlerinin İnternet Üzerinden Paylaşılması İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	150
Tablo 47. Gidilecek Hastaneyi Önceden İnternet Üzerinden Araştırabilme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	153
Tablo 48. İnternet Üzerinden Hekim Araştırma İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	156
Tablo 49. İnternet Üzerinden En Yakın Eczaneyi Bulma İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	159
Tablo 50. İnternet Üzerinden Nöbetçi Eczaneyi Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	161
Tablo 51. İnternet Üzerinden Sağlık Bilgisi Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	164

Tablo 52. Laboratuvar Sonuçlarını İnternet Üzerinden Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	167
Tablo 53. Mobil Cihazlardan Kilo, Diyet ve Egzersiz Rutinlerinin Takip Edilmesi İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	170
Tablo 54. İnternette İlaçlarla İlgili Araştırma Yapabilme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	172
Tablo 55. SMS veya E-Posta İle Sağlık Sitelerinden Bilgi Alma İmkânı Kullanma Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	176
Tablo 56. Kişisel Sağlık Deneyimlerinin İnternet Üzerinden Paylaşılması İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	178
Tablo 57. Katılımcıların BİT Boyutları İle Dijital Sağlık Uygulamaları Bilgi Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	180
Tablo 58. Katılımcıların BİT Boyutları İle Dijital Sağlık Uygulamaları Kullanım Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	181
Tablo 59. Katılımcıların BİT Boyutları İle Dijital Sağlık İmkânları Bilgi Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	183
Tablo 60. Katılımcıların BİT Boyutları İle Dijital Sağlık İmkânları Kullanım Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	184

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye’de BİT Kullanımı.....	22
Şekil 2. Türkiye’de İnternetin En Son Kullanım Zamanı	22
Şekil 3. Türkiye’de Yaş Gruplarının İnternet Kullanımı, 2018	24
Şekil 4. Türkiye’de Eğitim Durumuna Göre İnternet Kullanımı, 2018	25
Şekil 5. Türkiye’de İnternet Kullanım Amaçları	26



TEŞEKKÜR

Hem lisans hem de yüksek lisans eğitimimde her daim bana yol gösteren, tez yazım sürecimde desteğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, insani tarafımızı ihmal etmeden akademik olarak kendimizi yetiştirmeye ve geliştirmeye devam etmemiz gerektiğini öğütleyen danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çıktığım bu akademik yolda bana güvenen, hayatım boyunca aldığım her kararında arkamda duran, varlıklarına her an şükrettiğim canım annem Muazzez KUH'a, canım babam Mehmet KUH'a, kardeşlerim Yusuf KUH ve İsmail KUH'a çok teşekkür ederim. Maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik abim Ali Nebil KUH ve eşi Özge KUH'a her daim yanımda oldukları için teşekkür ederim. Son olarak aramıza yeni katılan ve hayatımıza renk katan dünyalar tatlısı yeğenim Asaf KUH'a bu mutluluğu bize yaşattığı için teşekkür ederim.

Gerek gözyaşlarımın gerekse mutluluklarımın en yakın şahidi, kütüphanedeki sessizliğim, kantindeki kahvem, sokaktaki gizli kahramanım, sorularımın cevabı, karamsarlıklarımın "iyi düşün iyi olsun"u, altı yılımın her anı; ev arkadaşım, okul arkadaşım, sıra arkadaşım, tez arkadaşım, her şeyden önce kız kardeşim İrem ŞENGÜN'e bu süreçte yanımda olduğu için çok teşekkür ederim. Tez yazım sürecimde her anlamda bana destek olan KUH ailesinin her ferdine ve yakın arkadaşlarıma da çok teşekkür ederim.

Bu çalışma SYL-2018-6909 nolu Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenmiştir. Bundan dolayı, BAP yetkililerine bu süreçte verdikleri maddi destekten dolayı teşekkür ederim.

GİRİŞ

Yaşadığımız çağda teknolojik gelişmeler hızla artmış ve teknolojideki bu gelişmeler hayatın her alanında kişilere kolaylıklar sağlamaya başlamıştır. Bu kolaylıklar bilhassa internetle birlikte daha da artmış bulunmaktadır. Günlük işlerin teknolojik gelişmelerle pratik bir şekilde halledilmesi kişileri bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT)'ni yakından takip etmeye ve kullanmaya teşvik etmektedir. Fakat BİT'e erişim ve kullanım noktasında eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerine erişim ve bunların kullanımında yaşanan bu eşitsizlikler “Dijital bölünme” kavramını ortaya çıkarmıştır. Bilgi ve iletişim teknolojilerine çeşitli faktörlerden dolayı erişebilen ve erişemeyen, kullanabilen ve kullanamayanlar arasındaki eşitsizlikler “dijital bölünme” olarak ifade edilmektedir. Bu bölünme sadece kişiler arasında değil, toplumlar, kurumlar ve ülkeler arasında da görülmektedir.

Teknolojide yaşanan ilerlemeler sağlık alanına da yansımış ve Türkiye’de sağlık alanında teknoloji tabanlı bir “e-dönüşüm” durumu yaşanmıştır. Bu dönüşümle birlikte sağlığa olan bakış açısı da değişmiş bulunmaktadır. E-dönüşüm ile vatandaşın sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilmesi sağlanmıştır. Teknolojinin sağlık alanına girmesi ile bazı kavramlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan biri de “Dijital sağlık” kavramıdır. Dijital sağlık, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki sağlık bilgisi iletişiminde, sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki veri aktarımında veya kişisel sağlıklı yaşam davranışlarında BİT'in kullanılması olarak tanımlanabilmektedir. Mobil sağlık, elektronik sağlık (e-sağlık) ve tele-sağlık kavramlarının da dijital sağlık yerine kullanılabildiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada dijital sağlığın diğer kavramları kapsayan bir olgu olduğu düşünüldüğü için “Dijital sağlık” kullanılmıştır.

Türkiye’de vatandaşın kullanabildiği dijital sağlık teknolojileri uygulama alanları olduğu gibi Sağlık Bakanlığı’nın vatandaşın daha rahat sağlık hizmeti alabilmesi için uygulamış olduğu MHRS, SABİM, e-Nabız, ESİM ve teletıp gibi dijital sağlık uygulamaları da bulunmaktadır. Bu uygulamalar vatandaşın BİT'i kullanarak yararlanabileceği uygulamalardır. BİT'e erişimi ve kullanımı olmayan kişilerin bu uygulamalardan faydalanması bir hayli zordur. Dijital bölünme sorunu tam da bu noktada kendini göstermeye başlamıştır.

Bu çalışmada dijital bölünmenin diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da kişilerin BİT'e ilişkin bilgi ve kullanım eşitsizliği nedeniyle kendini göstermiş olduğu tespit edilmiş ve bu eşitsizliğin ortaya çıkmasında hangi sosyo-demografik değişkenlerin belirleyici olduğu değerlendirilmiştir.

Araştırma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde dijital bölünme kavramından, dijital bölünmenin boyutları ve değişkenlerinden, dijital bölünmenin nasıl ölçüldüğünden ve dünyadaki ve Türkiye'deki dijital bölünmeden bahsedilmektedir. İkinci bölümde Türkiye'deki sağlıkta e-dönüşüm sürecine, dijital sağlık kavramına ve dijital sağlık teknolojilerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde çalışmanın gereç ve yöntemine dair bilgiler verildikten sonra Antalya, Isparta ve Burdur'da yaşayan 450 kişiden toplanan veriler analiz edilmiştir. Dördüncü bölümde ise araştırmanın bulguları tartışılmış, sonuçlara ve bu sonuçlara ilişkin öneriler verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

DİJİTAL BÖLÜNME

Bu bölümde dijital bölünme kavramı üzerinde durulmaktadır. Dijital bölünmenin boyutları ve değişkenlerinden bahsettikten sonra dijital bölünmenin nasıl ölçüldüğüne değinilmektedir. Son olarak dünyada ve Türkiye’de dijital bölünmeye ilişkin genel bilgiler verilmektedir.

1.1. DİJİTAL BÖLÜNMENİN TANIMI

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru bilgi teknolojisinin hızlı bir şekilde gelişmesi ve yayılım göstermesi büyük bir bilgi devriminin yaşanmasına yol açmıştır. Bu gelişmeler 21. yüzyıla gelindiğinde de devam etmiş ve beraberinde ilk bilgisayarlara nazaran daha karmaşık bilgisayarları, taşınabilir cihazları ve interneti insan yaşamının önemli bir parçası haline getirmiştir. Yaşanan bu gelişmeler tüm ülkelerde eşit dağılım gösterememiş bu da beraberinde refah düzeyi açısından eşitsizliklere sebep olan ‘dijital bölünme’ kavramını gündeme getirmiştir. Dijital bölünme, gerek toplumlar gerekse bireyler arasında yaşanan Bilgi ve İletişim Teknolojilerine (BİT) erişim ve yoksulluk eşitsizliğini ifade etmektedir. Bu eşitsizlikler de toplumları bilgi zengini ve bilgi yoksunu olarak ikiye ayırmaktadır (Scott ve College, 2006: 75). Teknolojik gelişmelerin artması ile bu teknolojilere erişimde toplumlar ve bireyler ayrılmaya başlamıştır.

1970’lerden beri ülkeler arasında ve toplum içerisinde BİT’deki eşitsizlik kavramı tartışılmaktadır. “Bilgi zenginleri- bilgi yoksulları”, “iletişim sahipleri- iletişim yoksulları” gibi kavramlar bu sebepten dolayı kullanılmıştır. Zaman içerisinde bilgi toplumu tanımlarının geliştirilmesi ve sosyo-ekonomik faaliyetlerinde değişimlere neden olacağının öngörülmesi bu konuyu daha da önemli hale getirmiştir. Bilgi toplumuna giden yolda ABD’den Avrupa’ya kadar “dijital bölünme” ya da “erişim uçurumu” olgusu artık en önemli problemlerden birini oluşturmakta ve bilgi toplumu olarak tanımlanan toplumlarda iki farklı toplum yaratma tehlikesini de beraberinde getirmektedir (TÜBİTAK, 2002: 10).

BİT’e erişim imkânı maalesef toplumlarda bu teknolojilerin geliştiği hızla ve eşit bir şekilde yaygınlık göstermemektedir. Bu imkânlardan eşit şekilde faydalanamayan birey, toplum, bölge ve ülkelerle, faydalanabilenler arasındaki farkı vurgulayan dijital

bölünme kavramı ilk kez Larry Irving tarafından kullanılmıştır (Ersöz ve Meral, 2007: 251-252). Teknoloji kişilerin günlük işlerini kolaylaştırdıkça kullanımı da artmaktadır. Kullanımı artan bu teknolojilere erişebilen kesimle erişim noktasında engellerle karşılaşan kesim arasında bir bölünme söz konusu olacaktır.

Şen ve Akdeniz (2012: 54)'in belirttiğine göre, 1980'li yıllarda ABD'de BİT'e sahiplik açısından yaşanan eşitsizliklere dikkat çekmek için kullanılmaya başlanan dijital bölünme kavramına karşılık gelen Türkçe'de yaygın olarak kullanılan bir kelime bulunmamaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda sayısal bölünme (digital division), erişim uçurumu (digital gap) ve sayısal eşitsizlik (digital inequality) gibi kavramların ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmada anlam bütünlüğünü korumak ve muhtemel bir karışıklığa mahal vermemek amacıyla "Dijital Bölünme" kavramı kullanılacaktır.

Dijital bölünme kavramı, farklı sosyo-ekonomik düzeylerde bireylerin, hane halklarının, işletmelerin ve coğrafi bölgelerin BİT'ne erişim imkânı ve internet kullanımına ilişkin yaşadığı eşitsizliğe yer veren geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (OECD, 2001: 5).

Aytun (2006: 236)'a göre dijital bölünme, bilgi çağının kaynaklarını etkin olarak kullanabilen kişiler ve topluluklar ile kullanamayanlar arasındaki boşluğu tanımlamaktadır. Aytun'un tanımına benzer bir tanımlı da Hargittai yapmıştır. Hargittai (2003: 822)'in tanımına göre dijital bölünme, dijital teknolojilere erişebilenler ile erişemeyenler arasındaki farkı ya da bu teknolojileri kullanabilenler ile kullanamayanlar arasındaki ayrımı ifade etmektedir.

BİT'e erişimin ve kullanımın özellikle bireysel alanlarda farklılaşmaya başlaması dijital bölünmeyi arttırmaktadır. Küreselleşme bilgi teknolojilerinde hızlı bir dönüşümün yaşanmasına ve bilgi ihtiyacının artmasına neden olmuştur. Bu ihtiyacın giderilebilmesinin önündeki engellerden birini teknoloji oluşturmakta ve bu engelin ortadan kaldırılması son yıllarda hemen her toplumun sorunu haline gelmiş bulunmaktadır. Dijital bölünme kavramı ulusal açıdan incelendiğinde, coğrafi bölgelerin eşitsizliklerine ve bireylerin sosyo-ekonomik farklılıklarına dikkat çekerken, bireysel açıdan daha çok internet vb. iletişim kaynaklarını etkin bir şekilde kullananlar ve kullanamayanlar arasındaki farkı ele almaktadır (Engin vd., 2015: 1471).

Dijital bölünme kavramı, genellikle BİT erişimi veya kullanımının kişiler veya toplumlar arasında yarattığı eşitsizlikler esas alınarak tanımlanmaya çalışılmıştır. Fakat Ansiklopedik Bilişim Sözlüğü bu kavramı “*Bilgi çağının dışında ve gerisinde kalmış toplumun katmanları ya da ülkeler ile bilişim devriminin nimetlerinden tümüyle yararlanıp bilgi ekonomisine geçmiş olanlar arasındaki toplumsal ve ekonomik farklılaşma*” şeklinde tanımlamış ve literatüre farklı bir bakış açısı katmıştır (Sancak, 2004: 237). Bütün bu açıklamalardan yola çıkarak dijital bölünme şu şekilde tanımlanabilir: Bireyler, örgütler, toplumlar ya da ülkeler arasında bilgi ve iletişim teknolojilerine sahip olma ve bu teknolojilerin sağladığı imkânlardan yararlanma açısından ortaya çıkan ayrışmalardır.

1.2. DİJİTAL BÖLÜNMENİN BOYUTLARI VE DEĞİŞKENLERİ

Bu başlık altında dijital bölünmenin boyutları ve değişkenleri hakkında bilgi verilmektedir.

1.2.1. Dijital Bölünmenin Boyutları

Teknolojik gelişmeler hızla artmakta ve bu gelişmeler insan hayatını kolaylaştıracak yenilikleri beraberinde getirmektedir. Özellikle internet ve BİT kişilere her türlü kolaylığı sağlamaktadır. Bu kolaylığın sağlanabiliyor olması kişileri BİT’teki gelişmeleri daha yakından takip etmeye ve kullanmaya teşvik etmektedir. Ancak BİT’e erişim ve kullanım noktasında eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bu başlık altında dijital bölünmenin boyutları ve değişkenleri anlatılmaya çalışılacaktır.

Vehover ve arkadaşları dijital bölünmenin; ulusal ve uluslararası boyut, yatay ve dikey boyut, mekânlar arası boyut vb. boyutlardan oluştuğunu belirtmektedir (Vehover vd., 2006: 285-286). Söz konusu boyutların üç tanesi aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

Ulusal ve Uluslararası Boyut Dijital Bölünme: Uluslararası boyuttaki dijital bölünme, ülkelerin bilgi iletişim kapasitesi, toplam bilgisayar sayısı, telekomünikasyon altyapıları, telefon kullanıcılığı, sahip olunan web sitesi sayısı vb. değişkenler arasındaki mutlak farkı ifade etmektedir. Her gün, Asya, Latin Amerika ve Afrika ülkelerinde milyonlarca insan hayatta kalabilmek için yoksullukla mücadele ederken, sanayileşmiş ülkelerdeki vatandaşlar, BİT’in sağladığı eğitim fırsatlarından

yararlanabilmekte ve bu teknoloji sayesinde ofislerde avantajlı bir şekilde daha etkili ve verimli çalışabilmektedir. Yaşanan en büyük dijital bölünmelerden bir diğeri de dünyanın en yoğun insan nüfusuna sahip Asya kıtasında görülmektedir. Japonya, Tayvan, Singapur, Hong Kong ve Güney Kore yüksek düzeyde BİT erişimi sağlarken, Kamboçya, Laos, Kuzey Kore, Myanmar ve Vietnam gibi küçük ve yoksul ülkeler BİT faaliyetlerini göz ardı etmektedir. Ulusal boyuttaki dijital bölünme ise, aynı ülke içerisinde yaşayan vatandaşların, BİT'ten verimli bir şekilde yararlanabilenler ve yararlanamayanlar arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Çin Halk Cumhuriyeti (PRC) ve Endonezya gibi büyük ülkelerde, BİT'e erişim birkaç şehir merkezinde toplanmaktadır. Afrika, Latin Amerika ve Orta Doğu gibi gelişmekte olan yerlerde ise BİT'e erişim birkaç büyük şehir ve bu şehirlere bağlı küçük yerleşkelerde görülmektedir (Tiene, 2002: 211-213; Couldry, 2007: 250). Ülkeler gelişmişlik seviyesine göre politikalar düzenlemekte ve ona göre ilerleme kat etmeye çalışmaktadır. Eksikliklerini kapatmaya çalışacak politikalar ve girişimlerde bulunmaktadır. Afrika ülkesinde açlık en büyük sorunlardan biriyken, bir Avrupa ülkesi kendisini teknoloji konusunda nasıl ileri seviyeye taşıyabileceğine dair düzenlemeler ve çalışmalar yapmaktadır. İki ülke arasındaki bu durum düşünüldüğünde dijital bölünmenin uluslararası düzeyde gözle görülür derecede var olduğu sonucuna ulaşılabileceğini göstermektedir.

Yatay ve Dikey Boyutta Dijital Bölünme: Yatay boyuttaki bölünme, BİT'in kullanımında görülen farkı ifade ederken, dikey boyuttaki bölünme BİT'e sahip olanlarla olmayanlar arasındaki erişim eşitsizliğini ifade etmektedir (Sedimo vd., 2006: 10). BİT'e sahipliği niteleyen dikey boyuttaki bölünme incelenirken yazılım, donanım, internet bağlantısı gibi değişkenler esas alınarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda BİT kullanımındaki (yatay boyuttaki dijital bölünme) sorununun bilgi eşitsizliğinden kaynaklandığını ve bu eşitsizlik sorunun herkesin kişisel bilgisayar edinmesi ve internet bağlantısı kurması imkânına sahip olunca ortadan kalkacağını belirtilmektedir (Van Dick ve Hacker, 2003: 316). Dijital bölünme, hem BİT'e erişim hem de BİT kullanım eşitsizliğinden kaynaklanabilmektedir.

Mekânlar Arası Boyutta Dijital Bölünme: Evler, okullar ve iş yerleri arasında olmak üzere mekânsal açıdan üç çeşit dijital bölünme bulunmaktadır (Clark ve Gorski, 2001: 39-40). Herhangi bir şekilde ve mekânda erişim şansı bulamayan kişiler ile evleri

dijital teknolojilerle donatılmış, BİT açısından hiçbir eksiği olmayan okullarda eğitim gören ve iş ortamında BİT'in her türlü avantajını kullanarak ilerleyen kişiler arasındaki fark düşünüldüğünde mekânsal boyutta dijital bölünmenin önemi daha fazla anlaşılacaktır. Bundan dolayı mekân boyutunda yaşanan dijital bölünme, BİT erişimine sahip olan ile olmayan mekânlar arasındaki farkın en aza indirgenmesi ile ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır (Yılmaz, 2011: 5). Türkiye'de internetin okullarda etkin bir şekilde kullanılması için yapılan girişimler ve çoğu evde bilgisayar ya da internetin kullanılıyor olması ülkedeki mekânsal boyutta gerçekleşen dijital bölünmenin azaltılması yönünden önemli bir gelişme niteliği taşımaktadır.

Riggins ve Dewan (2005: 300-303) dijital bölünmeyi bireysel, kurumsal ve küresel düzeylerde incelemektedir:

- **Bireysel Düzey:** Teknolojik, ekonomik ve sosyolojik sebeplerden dolayı BİT erişiminden mahrum olanlar ile bu teknolojilere sahip olup günlük yaşamlarının bir parçası haline getirmiş kişiler arasında oluşan bölünmedir. Kişinin teknolojiye karşı olan tutumu BİT kullanımını etkileyebilmektedir.
- **Kurumsal Düzey:** Kurumlar BİT'i rakiplerine karşı üstünlük sağlamak ve sektörde geçerli olan kuralları yeniden belirlemek için kullanmaktadır. Bu teknolojileri kullanamayanlar ise diğer kurumları geriden takip etmekte böylece kendileri için dezavantajlı bir durum oluşturmaktadır.
- **Küresel Düzey:** Bazı ülkeler BİT'e yatırım yapıp bu teknolojilerin kurumsal ve bireysel düzeyde benimsenmesi için politikalar üretirken, gerekli yatırımları yapmayıp etkili politikalar üretemeyen ülkeler bu sürecin gerisinde kalmaktadır. Küresel düzey, ülkelerin ekonomik, eğitim, altyapı ve diğer sosyoekonomik etkenlerin BİT'e erişim ve kullanım noktasında nasıl farklılaştığını ele almaktadır.

Dijital bölünmenin boyutlarını ve alt bileşenlerini açıklayan farklı sınıflamalar da bulunmaktadır (Bozkurt, 2017: 27). Bunlardan bir diğeri de Keniston tarafından ele alınan ve dijital bölünmeyi dört boyutta inceleyen sınıflamadır. Keniston (2003: 3-18) bu boyutları aşağıda belirtildiği gibi açıklamaktadır:

Birinci Bölünme, sanayileşmiş ya da gelişmekte olan tüm ülkelerde var olan eğitilmiş, güçlü ve zengin olanlarla olmayanlar arasında meydana gelmektedir. Örneğin, ABD’de eğitilmiş ve yüksek gelirli olanlarla, eğitimsiz ve düşük gelirli olanlar arasında kişisel bilgisayar sahipliği ve internet erişimi gibi değişkenlerde gözle görülür farklılıklara rastlanmaktadır.

İkinci Bölünme, daha az dile getirilen kültür ve lisan konuları üzerinde durmaktadır. Birçok ülkede İngilizce ya da başka bir Batı Avrupa dilini konuşabilenler ve konuşamayanlar arasında bir bölünme söz konusudur. Örneğin; yaşadığı ülkenin dışında bir kültüre veya lisana sahip olanlar veya göçmenler genellikle iş hayatlarında ve eğitimde diğerlerine nazaran geri kalmaktadırlar. Ancak %95’inin akıcı bir şekilde İngilizce konuştuğu ABD’de bile, farklı etnik ve kültürel gruplar arasında BİT’e erişim noktasında farklılıklar görülmektedir. Örneğin; 1998 yılında bilgisayar sahipliği, Asya kökenli Amerikalılarda (çoğunlukla Güney Asya ve Güney Pasifik Asya) %55, beyaz Amerikalılarda %52, İspanyol kökenli Amerikalılarda %25 ve son olarak siyahilerde %23 oranında çıkmıştır. Bu oranlar esas alınarak kültürün, dijital bölünme üzerindeki etkisinin lisana kıyasla daha yüksek olabileceği kanısına varılmaktadır.

Üçüncü Bölünme, ilk iki bölünme sonrası kaçınılmaz olarak ortaya çıkan fakir ve zengin ülkeler arasında giderek artan bölünmedir.

Dördüncü Bölünme’de “digiteri” olarak adlandırılan yeni bir grubun ortaya çıkması söz konusudur. Digiteri, bilgisayar sektöründe ve internet ortamındaki elit kesimi ifade etmektedir. BİT alanında uzman kişilerin ellerinde bulunan dijital varlığı ekonomik açıdan kendilerinden daha kötü ya da taşrada yaşayanlarla paylaşp paylaşmaması durumunu ele almaktadır. Bu bölünme, bazı ülkelerde etkisini göstermektedir. Hindistan’da elit kesimi miras kalan servet, aile bağları ya da kast sistemi belirlerken, yaşanan teknolojik gelişmeler ile elit kesim eğitim, beyin gücü ve özel girişimcilik becerileri üzerine şekillenmeye başlamıştır.

1999 Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) İnsani Gelişmişlik Raporu, ülkeler arasında ortaya çıkan bölünmelerin ne kadar uç olduğunu elde ettiği sonuçlarla gözler önüne sermektedir. Örneğin; Kuzey Avrupa ülkelerinde (İsviçre, Almanya, Finlandiya, İzlanda gibi), hane halkının telefon sahipliği %90 üzerinde ve

bilgisayar sahipliği ile evden internet bağlantısı ortalaması %50'nin üzerinde iken, Afrika'nın çoğu ülkesi, Güney Asya, Çin, Endonezya ve Güney Amerika'nın yani dünyanın geri kalan %80'inin telefon imkânlarından faydalanabilme oranı %3'tür. Bilgisayar sahipliği ise %1-2 arasında değişirken, evden internet bağlantısı bu oranın da yarısını oluşturmaktadır.

1.2.2. Dijital Bölünmenin Değişkenleri

Dijital bölünme, genelde zengin ile fakir, kırsal alanda yaşayanlar ile kentte yaşayanlar, kuzey ile güney, eğitilmiş ile eğitimsiz, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki BİT'e erişip erişememe durumundaki farklılıkları ifade etmektedir. Bu bağlamda, Kanada, Avustralya, Japonya, ABD, İtalya terazinin bir kefesinde yer alırken, Afrika, Orta Doğu ülkeleri, Latin Amerika ve Güney Asya terazinin diğer kefesinde yer almaktadır. Bu iki kefe birbirini dengeleyememektedir. Dijital bölünme daha önce de bahsedildiği gibi sadece ülkeler arasında değil, aynı zamanda ulusal düzeyde de kendini göstermektedir (Babu, 2008; Akt. Yılmaz, 2011: 6). Aşağıda da dijital bölünmeyi etkileyen değişkenlere ve açıklamalarına yer verilmiştir.

Cinsiyet: Anlık mesajlaşma, resim/grafik kaydetme, çevrimiçi bir ankete katılma, e-posta adresini aktif kullanma gibi BİT kullanım biçimlerine bakıldığında kadınların erkeklere oranla birçok farklı şekilde kullandığı görülmektedir (Jackson vd., 2008: 440). Ersoy (2011: 25-26)'un belirttiğine göre, internet farkındalık düzeyleri açısından erkeklerin internetin eğitsel katkılarına ilişkin farkındalıkları daha yüksek iken, kadınların internetin zararlarına ilişkin farkındalık düzeyleri daha yüksektir.

Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre, Türkiye'de 2018 yılında erkekler (%56,4) kadınlara (%34,8) oranla kişisel amaçla kamu kurum/ kuruluşlarıyla iletişimde interneti daha fazla kullanmışlardır. Aynı şekilde 2018 yılında, erkeklerin (%52,5) kamu kuruluşlarına ait web sitelerinden bilgi edinme oranları kadınlara (%31,0) nazaran daha yüksek çıkmıştır (TÜİK, 2018). Cinsiyetin, dijital bölünmenin önemli bir değişkeni olduğu sonucuna bu bilgiler ışığında ulaşmak mümkündür.

Eğitim: Eğitim, öğretim ve yaşam boyu öğrenme isteği ile insanın gelişim göstermesi, internete erişimi kolaylaştıran önemli faktörlerden birini oluşturmaktadır.

Eğitim, okuryazarlığa doğrudan etki eder ve okuma yazma becerileri BİT kullanımı için esastır. Çoğu lke, okuma yazma oranının düşük olması sebebiyle bilgi devriminin dışında kalmaktadır. Eğitimsizlik, BİT erişimi ve kullanımı açısından önemli bir engel oluşturmaktadır (Liu and San, 2006: 313). Eğitimi ve yüksek gelirli ailelerin çocukları diğer ailelerin çocuklarına göre, BİT ile daha erken yaşlarda tanışıp, bilgisayar ve interneti daha sık kullanmaktadır (Jackson vd., 2008: 440). Bireysel düzeyde yaşanan dijital bölünmeyi kişinin almış olduğu eğitim etkilemektedir.

Coğrafya: BİT pazarı açısından düşük nüfuslu bölgeler BİT'in yayılım göstermesi konusunda elverişli değildir. Yoğun nüfuslu bölgelerde BİT kaynaklarının yayılımı daha muhtemel bir durumdur (Kezang ve Whalley, 2007: 79). Bir bölgenin nüfusu ne kadar yoğunsa, o bölgeye yapılan yatırım da o kadar fazla olmaktadır. Kırsal kesimler genellikle nüfusun seyrek olduğu yerlerdir. BİT'teki gelişmelerin kırsal bölgelerdeki dezavantajları ortadan kaldırması beklenirken aksine yaşanan gelişmeler bu bölgelerdeki dezavantajları daha da arttırmaktadır (Yılmaz, 2011: 7). Böylece kırsal ve kentsel bölgelerde BİT kaynaklı bir bölünmenin yaşandığı sonucu çıkarılabilmektedir.

Coğrafya, vatandaşların telekomünikasyon ağlarına erişebilmesi ve iletişim teknolojilerinden yararlanması açısından belirleyici bir değişkendir. Coğrafi faktörler, internet için bir çeşit "sermaye" niteliğindedir. Kırsal bölgelerde, değişik nedenlerden dolayı BİT kullanımı düşüktür. Kentsel bölgelerde ise bu durumun aksine birçok faktör BİT kullanımını arttırmaktadır. Telekomünikasyon altyapısı bu faktörlerden sadece birini oluşturmaktadır. Kentsel bölgelerde telekomünikasyon altyapısının olması insanların interneti kullanmalarında kolaylık sağlamaktadır. Kentte yaşayanlar internet kullanımını öğrenmek için ekstra bir çaba sarf etmeden etraftaki internet kullanıcılarından yararlanabilmektedir. İnternet teknolojisinin yayılması, kullanıcılar arasındaki yoğun etkileşime dayanmaktadır (Liu and San, 2006: 313; Nicholas, 2003: 287).

Hane Halkı: Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre, 2011 yılında internete erişebilen hanelerin oranı %42,9 iken; 2018 yılında bu oran %83,8'dir. 2011 yılında hanelerde akıllı telefon/cep telefonu bulunma oranı %53,7 iken, 2018 yılında bu oran %98,7'e çıkmıştır (TÜİK, 2018). Vandenbroeck ve diğerlerinin (2007: 743) yaptığı bir çalışmaya göre, hane halkındaki bazı kişilerin

BİT deneyimine sahiplik durumu, aynı hane içerisindeki diğer kişilerin BİT deneyimlerine yansıtılabilmektedir.

Sosyo-Ekonomik Durum: Gelir seviyesinin, kişisel bilgisayar sahipliğini ve internete erişimi etkileyen faktörlerden biri olduğu 1997, 2001 ve 2003 yıllarında yapılan Alman Sosyo-Ekonomik Panellerden elde edilen verilerle desteklenmektedir (Korupp and Szydlık, 2005: 409). Yapılan bir çalışmada, geliri yüksek olan ailelerin çocuklarının, yoksul ailelerinin çocuklarına göre internete erişim oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Eamon, 2004: 99). Kişinin gelir durumu, bilgi ve iletişim teknolojilerine erişimini etkilemektedir. BİT erişimi konusunda geri kalan kişiler kullanım noktasında da problem yaşayabilmekte böylece bir bölünme söz konusu olmaktadır.

Bu değişkenler haricinde yaş, engellilik durumu (Atkinson vd., 2008: 448), güdülenme, BİT'e ilgisizlik, internetin ve çeşitli internet hizmetlerinin avantajlarının farkında olmama (Aerschot ve Rodousakis, 2008: 319) da dijital bölünmeyle bağlantısı olan değişkenler arasında gösterilebilmektedir (Yılmaz, 2011: 10).

1.3. DİJİTAL BÖLÜNMENİN ÖLÇÜLMESİ

Dijital bölünmenin ölçülmesinde, BİT ve çeşitli göstergeler esas alınmakta ve bu göstergelerin bölgedeki demografik verilere göre dağılımı kullanılmaktadır. Ülkedeki mevcut BİT'i ve bu teknolojilerin nasıl dağılım gösterdiğini öğrenmek pek mümkün olmadığı için daha çok örnekleme ve diğer öngörü modelleri kullanılarak tahmin edilmeye çalışılmaktadır (Şen ve Akdeniz, 2012: 58). OECD (2001: 5)'ye göre, dijital bölünmenin ölçümünde kullanılan göstergeler, internet erişimi, kişisel bilgisayar sayısı, telefon ve internet hizmetleri gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinden oluşmaktadır.

Dijital bölünmenin nasıl ölçülmesi gerektiğini açıklayan farklı görüşler bulunmaktadır. Bu görüşlerden biri Santoyo (2003: 21-22)'nin "Estimation and Characterization of The Digital Divide" adlı çalışmasında yer almaktadır. Santoyo'ya göre, dijital bölünmenin tahmini ile ilgili çalışmalar üç dalga halinde gerçekleşmektedir. Bu üç dalga şu şekilde açıklanmıştır:

- Birinci dalga, bilgisayar ve internet erişimini esas alan teknik parametreleri tahmin etmekle başlamaktadır. Bu teknik parametreler, dijital bölünmenin boyutları ile ilgili bilgi verirken, konu hakkında net bir bilgi sunmamaktadır. Dijital bölünmenin etkisini azaltmak için tasarlanan birinci dalga, bölünmenin teknik boyutundaki sorunların çözümüne odaklanmıştır. Bu sebepten dolayı bu dalga uzun sürmemiştir. Bu çalışma ile bilgisayar ve internet kullanımının internetin çekim gücüne kapılan birçok kişi ile birlikte BİT kullanımını arttıracığı sonucuna varılmaktadır.
- İkinci dalgada ise dijital bölünmenin azaltılmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Gerekli olan göstergeler, birinci dalgadan elde edilen veriler ışığında tespit edilmiştir. İkinci dalgada, sosyoekonomik göstergeler ve düzenleyici faktörlerin birleştirilmesi gerektiği düşüncesi hâkimdi. Dijital bölünmenin evrimi için bu dalgada, uygulama ve eğitimi içeren konuların da kapsama dâhil edilmesi gerektiği kabul edilmiş ve altyapı eksikliğinin ortadan kalkması için finansal ve akademik kurumlar tarafından destek görmesi sağlanmıştır. Fakat bütün bu gelişmelere rağmen dijital bölünmede net bir azalma elde edilememiştir.
- Üçüncü dalgada, dijital bölünmenin sadece bir teknik konu olmadığı aynı zamanda insani bir olgu olduğu kabul edilmiştir. İnsani gelişmeler ve teknoloji arasında kurulan ilişki sonucunda dijital bölünmenin daha kolay anlaşılabilceği konusunda fikir birliğine ve dalganın yararlı olduğu kanısına varılmıştır. Sonuç olarak da her üç dalganın da birleştirilip toplumun refah düzeyinin arttırılabileceği öne sürülmüştür.

Dijital bölünmeyi ölçmek için yapılan çalışmalarda araştırmacılar çeşitli göstergeler kullanmaktadır. Fakat uluslararası bölünmeyi ölçmek için genellikle dokuz temel gösterge esas alınmaktadır. Bu dokuz göstergeye aşağıda açıklamalarıyla birlikte yer verilmiştir (bridges.org; Akt. Şen ve Akdeniz, 2012: 59-60):

Tele Yoğunluk: Araştırmanın amacına göre alansal olarak da hesaplanabilmekte olan tele yoğunluk, ülkelerin 100 ya da 1000 kişi başına düşen sabit, GSM ve mobil abonesi miktarıdır.

Kişisel Bilgisayar Sayısı: Araştırmanın amacına göre de sınıflandırılabilen (adet, hane halkı sahipliği, bilgisayar kapasitesi) kişisel bilgisayar sayısı, örnekleme, tahmin ya da kişisel bilgisayar satış rakamlarına bakılarak elde edilen verilerdir.

İnternet Host Sayısı: İnternet erişimini statik bir IP kullanarak sağlayan bilgisayar miktarıdır. Mevcut BİT kullanıcılarını ve erişimini ölçmek için kullanılan bir göstergedir. Fakat bazı koruma amaçlı programlar (FireWall vb.) sebebiyle internet host sayısı ölçülürken bu programları kullanan büyük firmalar hesaplanamamaktadır. Buna benzer şekilde modemle bir ISP aracılığıyla internete bağlanan firma ya da kişiler ölçüme katılamamaktadır.

Web Sitesi Sayısı: Ülke adına kayıtlı olan Domain Name Service (DNS) miktarıdır. Web sitesi sayısı, internetteki yerel BİT'in büyümesini ve yerel içeriğin sayısını ölçmek için kullanılmaktadır

Bant Genişliği veya İletişim Yolu Kapasitesi (Bandwidth): Bir dakika içerisinde bir yerden bir yere taşınan bilginin bayt, megabayt ya da gigabayt şeklindeki miktarıdır. Daha çok Bit Per Second (bps) birimi ile ölçülmektedir. Bir ağ kablosunun taşıyabileceği maksimum veri sayısı olarak da tanımlanabilmektedir. Bandwidth'in kullanım amacı, BİT'e erişim hızını ve kalitesini ölçmektir.

İnternet Kullanıcılarının Sayısı: Aktif BİT kullanıcı sayısını ölçmek için kullanılmaktadır. Daha çok örnekleme, internet servisinden (ISP), ülkeyi temel alan anketlerden ve bilgisayar kurslarındaki bilgilerden yararlanarak ortalama bir değer bulmaya çalışılmaktadır.

Web Sitelerinin Dilleri: Genellikle örnekleme ya da manuel sayma yöntemiyle tahmin edilmeye çalışılmaktadır. Web sitelerinin dilleri, Proxy olarak da kullanılabilir. Proxy ile BİT'lerin sağladığı fayda, içeriğin niteliği ve BİT kullanıcılarının lisansı tahmin edilmeye çalışılmaktadır.

Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Büyüklüğü: Gayri Safi Yurtiçi Hasıladan BİT'ne ayrılan payı ölçmek için kullanılmaktadır. Bu pay hesap edilirken istihdam edilen iş gücü, toplam ihracattaki BİT'in payı da hesaba katılmaktadır.

Kullanıcıların Dilleri: Ülke başına düşen tahmini BİT kullanıcı sayısı ve bu sayının da ülkede kullanılan dillere göre göstermiş olduğu dağılımı göstermektedir. Bu gösterge, farklı etnik kökene sahip insanların yaşadığı ABD gibi ülkelerde ulusal dijital bölünmeyi ölçmek için kullanılabilir.

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı değişim ve gelişmeler küresel düzeyde farklılıklar göstermektedir. Uluslararası bölünmeyi ölçmek için kullanılan dokuz değişkenin yanında günümüzde daha farklı değişkenler de bu bölünmenin ölçülmesinde önemli göstergeler olarak ele alınmaktadır. Gelişmiş ülkelerde BİT inanılmaz yenilikler üretmekte ve bu üretime hızlı bir şekilde devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkeler ise BİT'e uyum sağlayabilmek için bu alana ayırdığı bütçeyi artırmak mecburiyetindedir. Kendi BİT'ini kendileri üretebilmelidir. Aksi takdirde gelişmiş ülkelere bu teknolojileri satın almak zorunda kalarak aradaki farkı kapatamayacaklardır (Soysal, 2017: 9). Kapanmayan bu fark ile birlikte dijital bölünme gün geçtikçe daha da artarak önemli bir sorun haline dönüşmeye başlayacaktır.

Gürcan (2015: 14)'in belirttiğine göre Tablo 1'de de görüleceği üzere, dijital bölünmenin ölçümünde kullanılan yöntem ve ölçüme konu olan gösterge, bölünmenin nasıl tanımlandığına, çeşidine, çalışmanın yapıldığı yere ve zamana göre değişiklik göstermektedir. Mesela, gelişmiş bir ülkede ve yakın bir zamanda yapılan bir çalışmanın göstergeleri akıllı telefon ya da tablet sahipliği olabiliyorken, çalışmanın yapıldığı yer az gelişmiş bir ülke ya da 1980 öncesi bir tarih ise televizyon sahipliği veya telefon yoğunluğunu esas almak daha gerçekçi bir ölçümün yapılmasını sağlayacaktır.

Tablo 1. Temel BİT Göstergeleri

Altyapı ve Erişim
Cep telefonu kullanım oranı
Genişbant erişim oranı
İnternet kullanıcı sayısı
İnternet ve cep telefonu tarife ücreti
Hanehalkı ve Bireylerin BİT Kullanımı

Tablo 1. Temel BİT Göstergeleri (Devamı)

Bireylerin interneti kullanma sıklığı İnternet üzerinden yürütülen faaliyetlerin türü Bilgisayar ve internet bağlantısına sahip hane oranı
İşletmelerin BİT Kullanımı
İnternet sayfası ve internet sahipliği oranı Bilgisayar ve internet bağlantısına sahip işletmelerin oranı İnternet üzerinden yürütülen faaliyetlerin türü
BİT Sektörü ve BİT Ürünlerinin Ticareti
BİT sektörü çalışan sayısı BİT sektörünün ürettiği katma değer BİT ürünlerinin toplam ihracat ve ithalattan aldıkları pay

Kaynak: ITU, 2005: 3-5; Gürcan, 2015: 15.

Özellikle küresel bölünmeyi ölçmek için yaygın şekilde kullanılan Temel BİT Göstergeleri 2005 yılında gerçekleştirilen Dünya Bilgi Toplumu Zirvesi'nde kabul edilmiştir. Temel BİT Göstergeleri, Uluslararası Telekomünikasyon Birliği (International Telecommunication Union- ITU) tarafından hazırlanmıştır. Dört farklı başlıkta toplanan bu göstergeler Tablo 1'de verilmektedir.

1.4. DÜNYA'DA DİJİTAL BÖLÜNME

Birbirinden farklı ülkeler incelendiğinde, dijital bölünmenin çeşidi ve derinliğinin ülkelerin gelişmişlik derecesi ile yakından bağlantılı olduğu sonucuna varılmaktadır. Gelişmiş ülkeler bölünmenin yaşandığı alanlarda belirli bir seviye yakalamış olsa da, dezavantajlı grupların olması ve BİT'in toplumun çoğunluğu için maddi ve sosyal yarara çevrilmesi konusunda yetersizlik yaşamaktadır (Gürcan, 2015: 25).

Gelişmekte olan ülkelerin yeterli donanım ve altyapıya sahip olamaması, eğitim konusunda kişilerin yetersiz olması, BİT'e erişimin pahalı olması dijital bölünmenin en önemli unsurlarını oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkeler de gerek eğitim konusunda gerekse altyapı konusunda yetersiz oldukları için bu ülkelerde BİT'in gelişim göstermesi mümkün olmamaktadır. Ülkelerdeki bölünmelerin nedenleri birbirinden farklı olduğu için her ne kadar ortak çözümler bulmaya çalışsalar da kalıcı bir çözüm

üretilememektedir. Keza ortak alınmış önlemler arasında sayılabilecek politikalar da yapılmıştır. Çoğu ülkede çeşitli isimler altında açılmış olan telemerkezler bu politikalardan birini oluşturmaktadır. Telemerkezler maddi durumları iyi olmayan kişilerin yoğun yaşadığı ve altyapının eksik olduğu bölgelerde BİT erişimi ve kullanımı açısından fayda sağlamıştır. Gelişmiş ülkeler de e-devlet hizmetlerini toplumun hepsini kapsayacak şekilde yaymaya çalışmış, bu hizmetler ülkedeki bölünmenin azaltılmasında önemli bir araç niteliği taşımıştır (Gürcan, 2015: 26). Ülkeler dijital bölünmenin çözümü için ortak paydada buluşmak adına çözümler arasalar da her ülkenin karşılaştığı engel farklı olduğu için çözümler yetersiz kalabilmektedir.

Bu kısımda BİT Gelişme Endeksi değerlerine göre ülkelerin sıralamaları göz önünde bulundurularak iyi, orta ve kötü sıralamada yer alan üç farklı ülke esas alınarak dijital bölünmenin dünyada nasıl bir boyutta yaşandığı ele alınmaya çalışılmıştır.

1.4.1. Amerika Birleşik Devletleri

BİT Gelişme Endeksi değerlerine göre 2016 yılında 175 ülke arasında 8.13 puanla 15. sırada yer alan ABD, 2017 yılında puanını 8.18'e yükseltmesine rağmen 176 ülke arasında 16. sırada yer almıştır (ITU, 2017: 31).

2007 yılında, ülke çapında bireylerin internet kullanım oranı yüzde 68.05 iken, 2017 yılında bu oran yüzde 81.85'e kadar yükselmektedir. 10 yıl gibi bir sürede gözle görülür bir artış yaşanmış olsa da, gelişmiş diğer ülkelerin yanında bu oran düşük kalmaktadır. Örneğin; Almanya'da bu oran 2007 yılında %72.42 iken, 2017 yılında %90.25 oranına kadar yükselmiştir. Birleşik Krallıkta 2007 yılında bu oran %71.87 iken, 2017 yılında %94.62'lere kadar artış göstermiştir (OECD, 2018). Ülkelerde yaşanan bu gelişmeler, BİT'e yapılan yatırımları ne derece önemsediklerini göstermektedir.

Gelir durumu, Amerika'da yaşanan dijital bölünmenin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Word Wide Web'in piyasaya sürülmesinden yaklaşık 30 yıl sonra, akıllı telefon sahipliği, internet kullanımı ve geniş bant kullanımı bütün Amerikalılar için hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Ancak düşük ve yüksek gelirli Amerikalıların dijital yaşamları oldukça farklılık göstermektedir. Yüksek gelirli Amerikalıların çevrimiçi olmalarını sağlayan birden fazla teknolojik cihaza sahip olma ihtimalleri daha

yüksektir. Yüksek gelirli hanelerde yaşayan yetişkinlerin düşük hanelerde yaşayanlara oranla genişbant hizmetleri, masaüstü veya dizüstü bilgisayar ve akıllı telefon sahiplikleri daha fazladır. Dijital bölünmenin bileşenlerinden bir diğerini de teknolojinin benimsenmesi oluşturmaktadır. Fakat burada da gelir durumunun önemli bir etken olduğu görülmektedir. Çünkü bir kişinin teknoloji ile rahatlık seviyesi ve interneti işte ve günlük hayatta kullanma hızı gelir grubuna göre değişkenlik göstermektedir (PEW Research Center, 2017).

Bilgisayarlara ve internete erişim ve bu teknolojileri etkin bir şekilde kullanma becerisi, Amerika'nın politik, sosyal ve ekonomik yaşamına tam anlamıyla katılım sağlanabilmesi için önemli bir durum teşkil etmektedir. Fakat gelir, yaş, eğitim seviyesi, etnik köken ve coğrafya bu teknolojilere erişiminde engel oluşturmakta ve dijital bölünmenin artmasına neden olmaktadır. 2000 yılında ABD başkanı Bill Clinton evlerdeki, kütüphanelerdeki ve okullardaki internet erişiminin kolaylıkla sağlanması gerektiğine inanmış ve dijital bölünmenin azaltılmasına ilişkin başkan Clinton öncülüğünde bir eylem planı hazırlanmıştır. Bu plan kapsamında amaçlananlar üç farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Bunlar şu şekildedir (National Archives, 2019):

1. Kişilere bilgi ekonomisinin ihtiyaçlarına uygun şekilde BİT'i kullanma yeteneğinin kazandırılması,
2. İnternet, bilgisayar ve genişbant erişimi imkânlarının artırılması,
3. Çevrimiçi uygulama ve içeriklerin kapsam ve sayı olarak genişletilmesi şartıyla kişilerin BİT'in sunduğu fırsatlardan en yüksek derecede faydalanmalarını sağlamasıdır.

Alınan tüm tedbirlere ve yaşanan gelişmelere rağmen, Amerika'daki dijital bölünme özellikle farklı gelir grupları arasındaki BİT erişim ve kullanım eşitsizliği tam anlamıyla bitirilemese de azalma göstermektedir.

1.4.2. Brezilya

Güney Amerika'da bulunan Brezilya, kıtanın coğrafi olarak en büyük ve en kalabalık ülkesidir. 2017 yılında toplam nüfusu 207 milyon olup, 2012 yılında ortalama yaşam süresi 72.79'dur. Yıllık ortalama doğum oranı %15.2'dir. Ülkenin nüfusu 2003-

2011 yılları arasında devamlı olarak artış gösterirken, 2012 yılında azalma göstermiştir (Gitmez, 2013: 3, 5; TİM, 2017: 1).

BİT Gelişme Endeksi değerleri küresel boyutta ele alındığında, 2016 yılında 175 ülke arasında 5.89 puanla 67. sırada yer alan Brezilya, 2017 yılında puanını 6.12'ye yükseltmiş ve 176 ülke arasında 66. sırada yer almıştır. Amerika ülkeleri arasında bir sıralama yapıldığında 2016 yılında 35 Amerika ülkesi arasında 10. sırada yer alan Brezilya, 2017 yılında puanını yükseltmiş olmasına rağmen 35 Amerika ülkesi arasında 10. sırada yer almaya devam etmiştir (ITU, 2017: 31, 87). Brezilya'nın BİT Gelişme Endeksi değerlerinden ve bu değerler sonucunda yer aldığı sıralamalardan yola çıkarak küresel düzeyde orta seviyede ancak Amerika ülkeleri içerisinde iyi düzeyde bir ülke olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Brezilya'da 100 kişi başına düşen sabit telefon aboneliği oranı 2015 ve 2016 yıllarında sırasıyla %21.4 ve %20.4'tür. 2016 yılında Brezilyalı hanelerin %51.0'ında bilgisayar bulunurken, aynı yıl (2016) %52.4'ü internete erişebilmektedir. Ülkelerin Erişim Göstergeleri oranlarına bakıldığı zaman Brezilya'nın 100 kişi başına düşen sabit telefon aboneliği oranının ortalamanın üzerinde olduğu, hanelerin bilgisayar sahipliği ve internet erişim oranlarının ise orta düzeyde kaldığı görülmektedir (ITU, 2017: 138-141).

1.4.3. Nijerya

Zengin petrol rezervlerine, giderek büyüyen bir orta sınıfa, genç bir nüfusa ve yeni bir demokrasiye sahip olan Nijerya, Afrika kıtasının en kalabalık ülkesidir. Yaş ortalaması 18.7'dir ve yılda dört milyon bebek doğmaktadır. Yetişkin nüfusun üçte biri temel okuryazarlıktan mahrum ve eğitim altyapıları eksik ya da güncel değildir. Nijeryalı politika yapıcılar ve eğitimciler okuryazarlık oranını arttırmak için girişimlerde bulunmaktadır. Bazı özel şirketler de Nijerya'daki dijital teknolojiyi arttırmak için özel girişimlerde bulunmaktadır. Örneğin; 'Her Nijeryalı evinde bir bilgisayar' sloganı ile yola çıkılmış ve yaklaşık 55000 Nijeryalıya bilgisayarlar satın alarak onlara ve ailelerine BİT becerilerini artırma ve kişisel ve iş üretkenliğini geliştirebilmeleri için fırsatlar sunulmuştur (White Paper, 2007: 2-7).

BİT Gelişme Endeksi değerleri küresel boyutta ele alındığında, 2016 yılında 175 ülke arasında 2.44 puanla 143. sırada yer alan Nijerya, 2017 yılında puanını 2.60'a

yükseltmiş ancak bu oran yine de çok düşük kaldığı için bu sefer 176 ülke arasında 143. sırada yer almıştır. Afrika ülkeleri arasında bir sıralamaya gidildiğinde ise 2016 yılında 37 Afrika ülkesi arasında 15. sırada yer alan Nijerya, 2017 yılında da 38 Afrika ülkesi arasında 15. sırada yer almaya devam etmiştir (ITU, 2017: 31, 69). Küresel bazda ele alındığında 143. sırada yer alan Nijerya'nın, Afrika ülkeleri içerisinde 15. sırada yer alıyor olması Afrika ülkelerinin BİT Gelişme Endekslerinin çok düşük olduğu sonucuna varılmasını sağlamaktadır.

Nijerya'da 100 kişi başına düşen sabit telefon aboneliği oranı 2015 ve 2016 yıllarında aynı olup bu oran %0.1'dir. Aynı yıl (2016) Nijeryalı hanelerin sadece %10.6'sının bilgisayar ve sadece %15.2'sinin internete erişimi bulunmaktadır. Almanya'da ise 2016 yılında 100 kişi başına düşen sabit telefon aboneliği oranı %53.7, hanehalkı bilgisayar sahipliği ve internet erişim oranları sırasıyla %91.4 ve %90.8 oranındadır (ITU, 2017: 139-140). Avrupa ülkesinde BİT erişimi ve kullanım oranları bu kadar yüksekken Afrika ülkesinde bu oranların aksine çok düşük olması küresel boyuttaki dijital bölünmeyi net bir şekilde göstermektedir.

1.5. TÜRKİYE'DE DİJİTAL BÖLÜNME

Bu başlık altında Türkiye'nin küresel ölçekteki yerinden, dijital bölünme açısından mevcut durumundan, Türkiye'deki BİT kullanım oranı ve sıklığından, yaş ve eğitimden kaynaklı yaşanan dijital bölünmeden bahsettikten sonra Türkiye'de internetin hangi amaçlarla kullanıldığına değinilecektir.

1.5.1. Küresel Ölçekte Türkiye'nin Yeri

Bu başlık altında Türkiye'deki dijital bölünmenin uluslararası alandaki konumundan bahsedilecektir. BİT Gelişme Endeksine göre Türkiye'nin durumu üzerinde durulacaktır. Söz konusu BİT Gelişme Endeksi erişim, kullanım ve yetenek alt endeksleri esas alınarak hesaplanmaya çalışılmaktadır. Bu üç endeks şu şekilde açıklanmaktadır (ITU, 2017: 26):

Erişim Alt Endeksi: Bu alt endeks BİT'in hazır olup olmadığını yakalamaya çalışmaktadır. Sabit telefon abonelikleri, mobil cep telefonu abonelikleri, uluslararası

internet bant genişliği, bilgisayarlı haneler ve internet erişimi olan haneler olmak üzere beş farklı altyapı ve erişim göstergesi içermektedir.

Kullanım Alt Endeksi: Bu alt endeks BİT yoğunluğunu ölçmeye çalışmaktadır. İnternet kullanan kişiler, mobil genişbant abonelikleri ve sabit genişbant abonelikleri olmak üzere üç yoğunluk ve kullanım göstergesi içermektedir.

Yetenekler Alt Endeksi: Bu alt endeks BİT’ler için önemli yetenek ve becerileri toplamaya çalışmaktadır.

Tablo 2’de belirtildiği gibi, ITU tarafından geliştirilen BİT Gelişme Endeksine göre Türkiye, 2002 yılında 154 ülke arasında 63. sırada iken, 2017 yılında 176 ülke arasında 67. sırada yer almıştır. Sıralama olarak gerilemiş gibi gözükse de totale bakılınca ilerleme kat ettiği görülmektedir. 2002 yılından 2017 yılına kadarki süre zarfında erişim ve kullanım alt endeksi değerlerini arttırmış olan Türkiye dünya sıralamasında gerileme yaşamıştır. Yetenekler alt endeksi değerinde bir artış yaşanmış (7.97) ve bu artış dünya ortalamasının (5.85) üstünde yer almasını sağlamıştır.

Tablo 2. BİT Gelişme Endeksine Göre Türkiye’nin Durumu

İNDEKS TÜRLERİ	2002		2017	
	Sıralama	Değer	Sıralama	Değer
BİT Gelişme Endeksi	63	2.41	67	6.08
Erişim Alt Endeksi	58	2.46	78	6.30
Kullanım Alt Endeksi	53	0.37	73	4.92
Yetenekler Alt Endeksi	75	6,38	40	7,97

Kaynak: ITU, 2009: 22-40; ITU, 2017: 31-34.

1.5.2. Türkiye’nin Dijital Bölünme Açısından Mevcut Durumu

Türkiye’de dijital bölünmenin hangi boyutta yaşandığını anlayabilmek için öncelikle Yetenek ve Kullanım Saptaması Araştırması (1998: 4-7)’nin sonuçlarından bahsetmek yararlı olacaktır. Araştırma, çalışmanın yapıldığı yıllardaki BİT’in kullanım yaygınlığının hangi seviyede olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı zamanda BİT sahipliğini de ölçmek isteyen bu çalışma, sabit telefon, televizyon, bilgisayar, cep telefonu ve internet gibi iletişim araçlarını esas almaktadır. Türkiye’de BİT ile ilgili ne

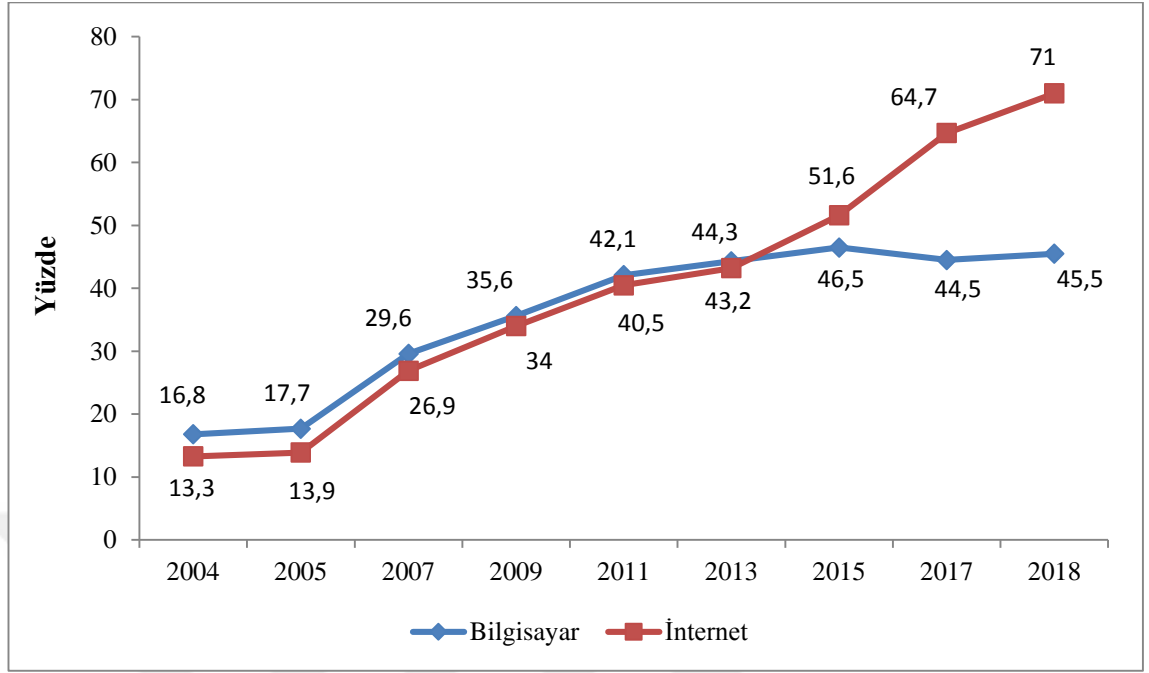
kadar ilerleme sağlandığı hakkında konuşabilmek için Yetenek ve Kullanım Saptaması Araştırması önemli bir çalışma niteliğindedir.

Türkiye’de cep telefonu sahipliği oranı 1997 (10.1) yılından 2000 (50.2) yılına kadar yaklaşık beş katlık bir artış göstermiştir. Cep telefonu fiyatlarının düşmesi, cep telefonu altyapısının yaygınlaşması ve erişim maliyetlerinin düşmesi yaşanan artışın sebepleri olarak gösterilmektedir. Cep telefonu sahipliğinde böyle ciddi bir artış yaşanmışken, coğrafi bölgeler arasında sahiplik oranlarında derin bir farklılık ortaya çıkmıştır. Örneğin; Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bu oran %29 çıkmışken, Marmara Bölgesinde %61 olarak hesaplanmıştır. Bölgeler arasındaki bu eşitsizlik, farklı eğitim ve gelir düzeyindeki kişiler arasında da görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı dönem internet erişiminin kısıtlı olduğu yıllara denk geldiği için sağlıklı analizler yapılamamıştır. Ancak kişilerin bilgisayar ve internet kullanımı ile alakalı eğilimleri ölçebilmiştir. 1997 ve 2000 yılları arasında bilgisayara olan ihtiyacın arttığı çalışmanın sonuçlarından birini oluşturmaktadır. 1997 yılından itibaren bilgisayara gerek duymadığı için kullanmadığını söyleyenlerin oranı %52.2 iken, bu oran 2000 yılında %36.2’ye düşmüştür. Eğitimde, sosyal hayatta ve iş hayatında internetin yaygınlaşması ve BİT’in kullanımının giderek artması bu durumun nedenleri arasında gösterilmektedir (TÜBİTAK-BİLTEN, 2001: 29-40; Akt. Gürcan, 2015: 58-59).

1.5.2.1. BİT Kullanım Oranları ve Sıklığı

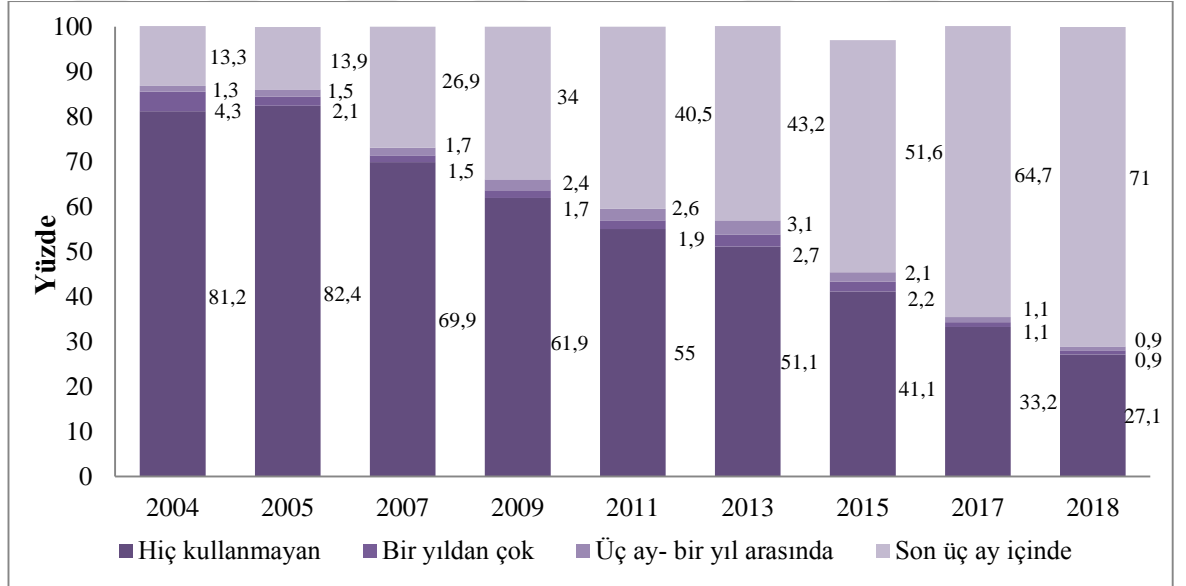
Kişilerin bilgisayar ve internet kullanım oranı, TÜİK’ in son üç ayda bilgisayar ve internet kullanım oranı esas alınarak Şekil 1’de gösterilmektedir. İnternet kullanım oranı her geçen yıl artış göstermiştir. Ancak internet kullanımının kırılma noktasını 2013 yılı oluşturmaktadır. 2013 yılına kadar bilgisayar kullanım oranı internet kullanımından fazla ve bu yıldan itibaren bilgisayar kullanımı yatay bir seyir izlerken, internet kullanımı hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Örneğin, bilgisayar kullanım oranı %44.3 (2013)’ten %45.5 (2018)’e 5 yılda çıkabilmişken, internet kullanım oranı 5 yılda % 43.2’den (2013) %71 (2018)’e çıkmıştır.

Şekil 1. Türkiye’de BİT Kullanımı



Kaynak: TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2004 -2018

Şekil 2. Türkiye’de İnternetin En Son Kullanım Zamanı



Kaynak: TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2004 -2018

En son internet kullanılan zamana bakıldığında internet kullanan kişilerin büyük bir kısmının interneti son üç ayda kullandığı görülmektedir (Şekil 2). Bu durum, erişim fırsatına sahip olan ve dijital okuryazar olan kişilerin interneti devamlı olarak

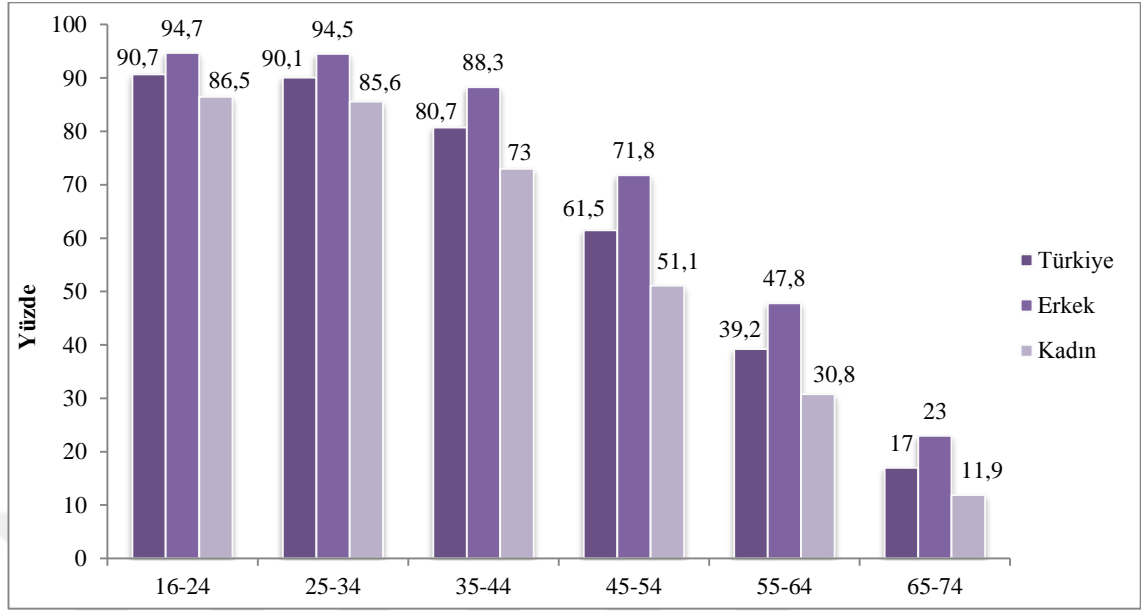
kullanmaya meyilli olduklarını göstermektedir. Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar tarafından da kabul edilen bir diğer gösterge kişilerin düzenli internet kullanım oranlarıdır (Gürcan, 2015: 60). Türkiye’de bu oranlar genellikle yüksek çıkmaktadır. İnternet kullanıcıları arasında, 2011 yılında %89.5 olan düzenli internet kullanım oranı 2018 yılında %97.3’e ulaşmıştır (TÜİK, 2018).

1.5.2.2. Yaş Grubu Sebebiyle Yaşanan Dijital Bölünme

Yaş, dijital bölünmenin değişkenlerinden birini oluşturmaktadır. Bu başlık altında Türkiye’de yaş grupları arasında yaşanan dijital bölünmeden bahsedilmeye çalışılacaktır.

Dünyanın birçok ülkesinde yaş grupları arasında bir bölünme söz konusudur. Ancak Türkiye’de bu durum oldukça önemli bir sorun haline gelmiş bulunmaktadır. Şekil 3’ten de anlaşılabilceği gibi, 16-24 yaş arası kişilerde internet kullanım oranı %90.7 iken, aynı oran 65-74 yaş arası kişilerde sadece %17.0’dır. Bu oranlar gençlerin BİT’in içinde doğmuş olmalarından ve ilgi duymalarından kaynaklanmaktadır. Sebebi ne olursa olsun yaş grupları arasındaki bu fark oldukça korkunç bir durumdur. Yaş grupları arasında dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise, bütün yaş aralıklarında kadınların erkeklere nazaran daha düşük internet kullandıklarıdır. Örneğin, 16-24 yaş grubunda erkeklerin %94.7’si kadınların da %86.5’i internet kullanmaktadır. Diğer yaş gruplarında; 25-34 yaş grubu için erkeklerde %94.5 kadınlarda %85.6; 35-44 yaş arası grupta erkeklerde %88.3 kadınlarda %73.0; 45-54 yaş gruplarında erkeklerde %71.8, kadınlarda %51.1; 55-64 yaş gruplarında erkeklerde %47.8, kadınlarda %30.8; 65-74 yaş grupları arasında ise erkeklerde %23.0 iken kadınlarda %11.9 şeklindedir. Bu değerler doğrultusunda, cinsiyet bağlamındaki eşitsizliğin ileriki yıllarda ciddi bir azalma göstereceği sonucuna varılabilmektedir.

Şekil 3. Türkiye’de Yaş Gruplarının İnternet Kullanımı, 2018



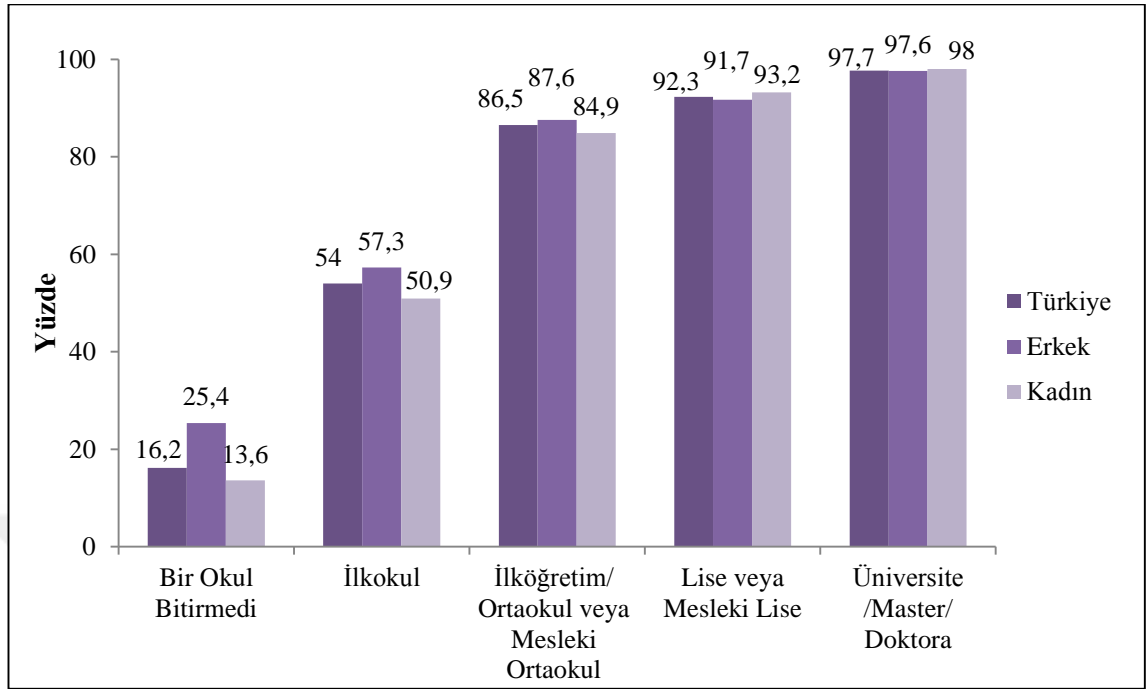
Kaynak: TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2018

1.5.2.3. Eğitim Durumu Sebebiyle Yaşanan Dijital Bölünme

Eğitim, dijital bölünmenin önemli değişkenlerinden biridir. Bu başlık altında Türkiye’de, kişilerin eğitim durumunun dijital bölünmeye etkisine değinilecektir.

İnternet kullanım oranları, Şekil 4’de görüldüğü üzere üniversite bitirmiş veya lisansüstü eğitimi olan kişilerde %97.7 iken, herhangi bir okul bitirmemiş kişilerde %16.2’dir. Gürcan (2015: 62)’ın belirttiğine göre, bu eşitsizliğin ortaya çıkmış olmasında eğitim seviyesi ile ilgili gelir düzeyi ve buna benzer sosyokültürel farklılıklarda etkili olabilmektedir. Verilerden çıkarılabilecek diğer bir sonuç ise, eğitim seviyesi azaldıkça cinsiyet arasındaki eşitsizlik artmaktadır. Örneğin, herhangi bir okul bitirmemiş olanlar arasında erkekler kadınlara oranla 1.5 kat daha fazla internet kullanırken, üniversite ve lisansüstü mezunları arasında bu fark yok denecek kadar azdır. Dikkat edilmesi gereken sonuçlardan bir diğeri ise, lise mezunları ve üzeri eğitim seviyesindeki kadınların internet kullanım oranı erkeklerin internet kullanım oranından daha fazladır. Araştırma, eğitim seviyesi ile BİT kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Aynı pozitif ilişki yaş grupları ve internet kullanımı arasında da söz konusu olmuştur.

Şekil 4. Türkiye’de Eğitim Durumuna Göre İnternet Kullanımı, 2018

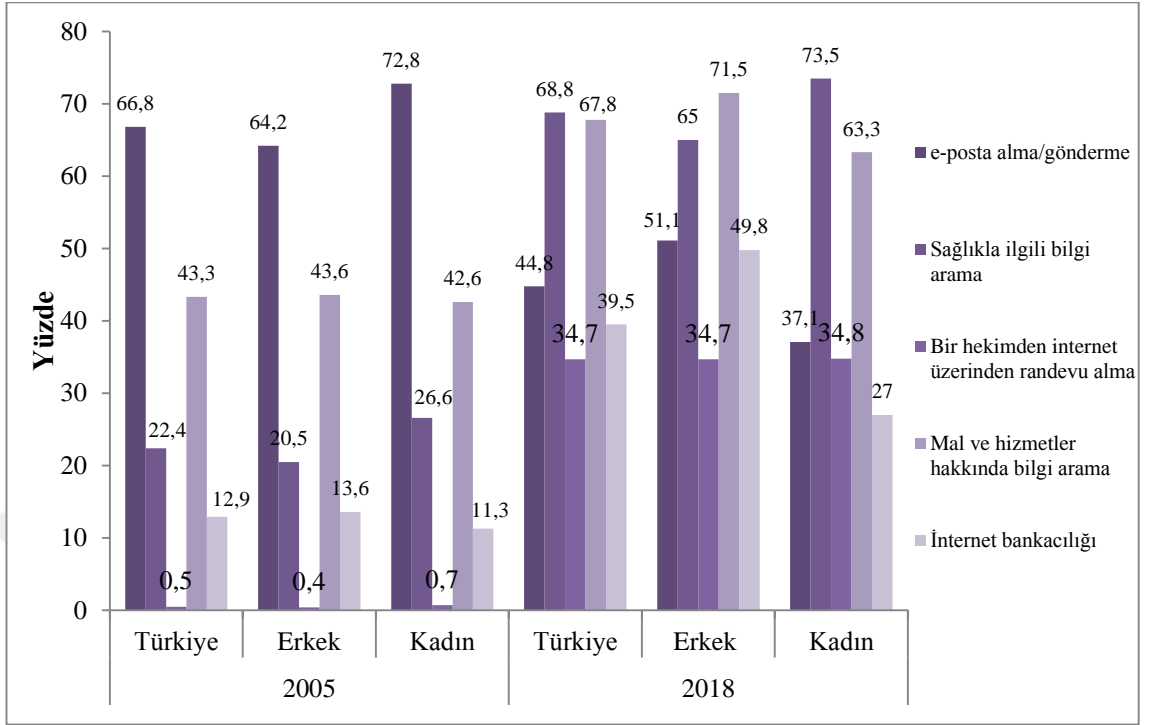


Kaynak: TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2018

1.5.2.4. İnternet Kullanım Amaçları

Şekil 5’de belirtildiği üzere, kişiler interneti e-posta almak/göndermek, sağlıkla ilgili bilgi aramak, internet üzerinden hekimden randevu almak, mal ve hizmetler hakkında bilgi aramak ve internet bankacılığı işlemlerini yürütmek için kullanmaktadır. Araştırmanın şaşırtıcı sonuçlarından bir tanesi, sağlıkla ilgili bilgi arama ve internet aracılığı ile bir hekimden randevu alma davranışlarındaki yaklaşık üç katlık artış olmuştur. 2005 yılında internette sağlıkla ilgili bilgi arama davranışı oranı %22.4 iken, 2018 yılında bu oran %68.8; 2005 yılında internet üzerinden hekimden randevu alma oranı %0.5 iken, 2018 yılında bu oran %34.7’e yükselmiştir. Bu artışın sebebi, internet altyapısının yaygınlık göstermesi ve yaşanan teknolojik gelişmeler sayesinde internet ortamında her türlü bilginin yer alıyor olması gösterilebilir. Araştırmanın sonuçlarından bir diğeri ise, kadınların internette sağlıkla ilgili bilgi arama yüzdesi 2005 yılında olduğu gibi 2018 yılında da erkeklerden daha fazlayken, internet bankacılığı amacıyla kullanım oranlarında ise tam tersi bir durum yaşanmaktadır. Yani erkeklerin internet bankacılığı için internet kullanım oranları kadınlardan daha yüksektir.

Şekil 5. Türkiye’de İnternet Kullanım Amaçları



Kaynak: TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2005- 2018

İKİNCİ BÖLÜM

DİJİTAL SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde öncelikle Türkiye’de sağlık alanında yaşanan e-dönüşümden bahsedilecektir. Dijital sağlık ve onunla ilişkili kavramlar tanımlandıktan sonra da dijital sağlık teknolojilerine değinilecektir.

2.1. SAĞLIKTA E-DÖNÜŞÜM

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi (CESCR, 2000: 1-2)’ne göre, temel bir insan hakkı olan sağlık, diğer insan haklarının uygulanabilmesi için gerekli ve öncü bir haktır. Yaşama, öğrenme, beslenme, barınma, çalışma, işkenceye ve ırk ayrımcılığına maruz kalmama, özel yaşama saygı gösterme, bilgi sahibi olma gibi hak ve özgürlüklerin gerçekleşmesinin, sağlık hakkı ile yakından bir ilişkisi bulunmakla birlikte aynı zamanda ona bağımlıdır. Sağlık kavramının sosyal bir hak olarak tanımlanmasının ardından, sağlık tanımına geçmeden önce “sağlık” kelimesinin etimolojik yapısını incelemek gerekirse, Türkçede, “hayatta olmak”, “sağ olmak” kökeninden gelmektedir. İngilizcede ise “health” yani sağlık kelimesi, bütünlük ve saydamlık anlamına gelen “wholeness” kelimesine dayanmaktadır. Kaynağını “Hole” zinde, dinç kelimesinden almaktadır (Baltaş, 2008: 34).

Sağlık konusunda çeşitli tanımlar yapılmış, fakat en genel ve kabul gören tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yapmıştır. DSÖ (WHO, 1946: 1)’nün tanımına göre sağlık, “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil; beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. İnsan sağlığı artık hasta olmadan sağlık durumunu devam ettirmek veya mevcut hastalıklarla daha uzun süre kaliteli yaşamaya çalışmak üzere pozitif bir şekilde tanımlanmaktadır. Bu yeni sağlık tanımının içerisinde bireylerin sosyolojik, biyolojik ve sosyo-kültürel durumları dâhil edilmektedir. Yapılan bu tanım, kişilerin hastalıklarla mücadele etme ve sağlık hizmetinden yararlanma sürecinde gelecek yıllarda hem dünyada hem de Türkiye’de sağlık alanında yapısal dönüşümlerin yaşanabileceğini göstermektedir (Öney Doğanyigit, 2014: 7). Sağlığa olan bakış açısının değişmesindeki en önemli etkenlerden birini teknolojik gelişmeler oluşturmaktadır. Teknolojinin hızla gelişmesi, diğer tüm sektörler de olduğu gibi sağlık

alanında da teknoloji tabanlı bir dönüşümün yaşanmasını sağlamıştır. Yaşanan bu dönüşümlerden biri “e-dönüşüm”dür.

E-dönüşüm kavramı, Arifoğlu (2004: 5)’nin “e-dönüşüm: Yol Haritası, Dünya, Türkiye” adlı kitabında “*Bilgi ve iletişim teknolojilerini etkin kullanarak, mevcut kültürün, iş modelinin, iş süreçlerinin, ürün ve hizmetlerin; çalışan, vatandaş, iş ortakları ve diğer tüm sosyal paydaşlarının yararına, bir bütünlük içerisinde değiştirilmesi.*” şeklinde tanımlanmaktadır. E- dönüşüm evresinden geçmiş ve bu süreci tamamlamış olan yapılarda, sunulmakta olan bütün hizmetler elektronik ortamda çevrim içi olarak sağlanmaktadır. Kurum odaklı gerçekleştirilen bütün işler, vatandaş odaklı şekilde yürütülmeye başlanır. İstenilen her türlü bilgi ve hizmete internet üzerinden tek bir kaynak aracılığı ile ulaşılma kolaylığı sağlamaktadır.

Sağlık alanında yapılan değişim ve dönüşümlerden bir diğeri de sağlık bilişim sistemleridir. Baykal’ın “Değişen Dünya, Tıp ve Teknoloji” adlı çalışmasında belirttiğine göre sağlık bilişim sistemleri, tıp alanında yaşanan gelişmeler sonucunda ortaya çıkan bilgi ve verilerin oluşturulması, şekillendirilmesi, paylaşılması; hastaların tedavi ve bakımlarının belirlenmesi, seçilmesi ve geliştirilmesi işlemlerini kapsayan sistemdir (Akt. Ömürbek ve Altın, 2009: 214). Sağlık veri standartları, hazırlanan bilgi ve verilerin güvenli ve birbiri ile uyumlu bir şekilde gönderilebilmesi ve hastalar ve sağlık kuruluşları ile paylaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir (Tan vd., 2002: 8).

Dünyadaki bütün ülkelerin en önemli hedeflerinden biri, sağlıklı kişilerden oluşan gelişmiş bir toplum yapısına sahip olmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek iyi örgütlenmiş bir sağlık sistemi ile mümkündür. Sağlık hizmetleri gelişmiş ve gelişmekte olan hemen hemen her ülkede ayrı ve önemli bir yer teşkil etmektedir. İyi örgütlenmiş bir sağlık sistemine sahip olabilmenin yolu da sağlık bilişim sistemlerinden geçmektedir. Bilgi ve iletişim teknolojilerinden diğer birçok sektör gibi sağlık alanı da etkilenmektedir. Sağlık sektöründeki birçok kurum BİT ve sağlık bilişim sistemlerinden yararlanmak zorunda kalmaktadır. Örneğin, verileri daha farkında olarak değerlendirmek ve bu doğrultuda karar vermek, verimliliği yükseltip maliyetleri düşürmek, müşteri hizmetlerini daha iyi hale getirmek, kaynakların daha iyi bir şekilde yönetilmesini sağlamak ve hizmet sunulan alanları genişletmek için kurumlar bu sistemleri ve teknolojileri kullanmaktadır (Ömürbek ve Altın, 2009: 211).

Türkiye'deki sağlık politikaları cumhuriyet tarihi boyunca çeşitli değişim dönemlerinden geçmiştir. Dr. Refik Saydam dönemi (1923-1937), Dr. Behçet Uz dönemi (1946-1960) ve Prof. Dr. Nusret Fişek dönemi (1963-1980) sağlıkta önemli dönüm noktaları olmuştur. Bu dönüm noktalarından sonuncusunu Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 ve sonrası) (SDP) oluşturmaktadır (Akdağ, 2012: 7). Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde, sağlık bilgi sistemi başlığı altında BİT ve sağlık hizmetlerinin bütünleşmesi ile ilgili yeniliklere yer verilmektedir (Akdağ, 2012: 232; Tengilimoğlu vd., 2015: 131-140). Bu yeniliklerden aşağıda kısaca bahsedilmeye çalışılacaktır.

Sağlıkta e-dönüşüm kapsamında Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS) oluşturulmuştur. Bu program ile sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar geliştirilmiş ve kullanılabilir bir bilgi sistemi altyapısı kurulmuştur. USBS, vatandaşın kişisel sağlık bilgilerine ulaşabilecekleri altyapısı sağlam bir sistemdir. Sistemde bulunan bilgiler, kişinin doğum öncesinden başlayıp yaşamın tüm süreçlerini kapsamaktadır. Aynı zamanda bu sistem, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların taşınır, taşınmaz, insan gücü, mali ve idari verilerin kayıt altına alınmasında da kullanılmaktadır. USBS dışında e-dönüşüm kapsamı içerisinde, e-Sağlık Uygulamaları, Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri, Karar Destek Sistemi (KDS) vb. uygulamalar yer almaktadır. Bu e-sağlık projelerinin temel amaçları; veri analiz desteği ve karar destek sistemlerinin oluşturulması, verimliliğin artırılması ve kaynak tasarrufunun sağlanması, sağlık veri standardizasyonunun yapılması, bilimsel araştırmalara destek vermesi, elektronik kişisel sağlık kayıtlarının hazırlanması, e-sağlık olgusunun tüm yurttan benimsenmesinin ve e-sağlık paydaşları arasında veri sirkülasyonunun hızlandırılması şeklinde sıralanmaktadır (Akdağ, 2012: 233-241). Sağlıkta “e-dönüşüm” adı altında teknolojik gelişmeler sağlıkta her alanda yaşanmaktadır. Bu dönüşüm vatandaşın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması ve bu hizmetlere daha kolay ulaşabilmesini sağladığı gibi, sağlık profesyonellerinin de hizmet sunumu noktasında hızlanmasına yardımcı olmaktadır.

2.2. DİJİTAL SAĞLIK KAVRAMI

2.2.1. Dijital Sağlık

Nosta (2013: URL1) “Digital Health for Dummies” adlı yazısında, dijital sağlığın toplumun her kesimi tarafından yanlış algılandığını ve bu yanlış algının aslında

onların suçu olmadığını belirtmektedir. Dijital sağlığın, herkes tarafından doğru algılanacak bir tanıma ihtiyacı olduğunu dile getirmektedir. Bu kavramın ne olduğundan ziyade ne olmadığı üzerinde durulması gerektiğini ve karışıklığın “dijital” kelimesinden kaynaklandığını düşünmektedir. Dijital kısmında anlatılmak istenenin aslında ne bir sosyal medya fikri ne de klinik uygulamaların web siteleri olmadığını belirtmektedir. Dijital olan herhangi bir şeyin (tablet bilgisayarlar ya da web siteleri gibi) sağlık ya da sağlık sunumu ile bir araya getirilmesi dijital sağlığı tanımlamaya yetmeyecektir. Bu yanlışlık gelişmiş sağlık pazarlamacıları tarafından bile yapılmaktadır. Nosta (2013) bu yanlışlığın düşünürler, pazarlamacılar ve sağlık uzmanları tarafından da yapıldığını, bu yanlışlığa rağmen dijital tabanlı bir sağlık hizmeti geleceği planladıklarını ve bu yanlışlığa rağmen sağlıklı bir planlamanın olup olmayacağını sorgulamaktadır.

ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA, 2018: URL2) ise dijital sağlığı, giyilebilir cihazlar, mobil sağlık, sağlık bilgi teknolojileri, teletıp, tele-sağlık ve kişiselleştirilmiş tıp gibi alanları kapsayan kavram olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları dijital sağlığı, verimsizlikleri ve maliyetleri azaltmak, erişimi iyileştirmek, kaliteyi arttırmak ve ilaçları hastalar için daha kişisel hale getirmek için kullanırken, hastalar ve tüketiciler, sağlık ve sağlıkla ilgili faaliyetleri daha iyi izlemek ve yönetebilmek için kullanmaktadır.

Başka bir kaynağa göre dijital sağlık, bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT)’nin sağlık alanındaki uygulamalarda kullanılmasıdır. FDA’nın aksine başka bir çalışmada “dijital sağlık”, “sağlık hizmeti bilgi teknolojileri”, “sağlık bilişimi” ve “e-sağlık” kavramlarının eş anlamlı olduğu dile getirilmiştir. Dijital sağlık, elektronik hasta kayıtları, teletıp hizmetleri, sağlık bilgi ağları ve sağlıklı yaşam biçimine yardımcı olmak için kullanılan kişisel taşınabilir ve giyilebilir tıbbi iletişim sistemlerini içermektedir (COCIR, 2019: URL3). Dijital sağlık, sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki veri aktarımında, hasta-sağlık çalışanı arasındaki sağlık bilgisi iletişimde ya da kişisel sağlıklı yaşam biçimi davranışları sırasında BİT’in kullanılması olarak tanımlanabilmektedir.

2.2.2. Dijital Sağlık İle İlişkili Kavramlar

Bu başlık altında literatürde “dijital sağlık” yerine kullanılabilen kavramlara ilişkin bilgiler verilecektir.

2.2.2.1. Mobil Sağlık

Mobil sağlık, e-sağlığın bir bileşeni olarak mobil teknolojisinin sağlık alanında kullanılmasıdır. Ancak literatürde mobil sağlığa ilişkin genel bir tanım bulunmamaktadır. DSÖ (WHO, 2011: 6) ise mobil sağlığı, tıbbi ve kamu sağlığı uygulamalarının, hasta takibi cihazları, mobil telefonlar ve diğer kablosuz mobil cihazlar tarafından desteklenmesi şeklinde tanımlamaktadır.

Mobil sağlık (m-sağlık ya da mobil sağlık olarak da yazılabilmektedir), sağlık hizmetlerinden bilgi alınması ve sağlık hizmetleri kullanımı için mobil iletişimin (cep telefonları gibi) kullanılmasıdır. Mobil sağlık uygulamaları sağlık verilerinin toplanmasından, sağlık bilgilerinin sağlık çalışanlarına, hastalara ve vatandaşlara sunulmasına, hastanın hayati belirtilerinin eş zamanlı takip edilmesine ve doğrudan bakımının yapılmasına, mobil cihazlardaki sağlık uygulamalarına (ilaç hatırlatma, adım sayar, sigara bırakma gibi) kadar geniş bir yelpazeden oluşmaktadır (COCIR, 2019: URL4). Özellikle akıllı telefonların hayatımızın her alanında yer almaya başlaması mobil sağlık uygulamalarının kullanımını arttırmıştır.

Mobil sağlık, hastaların kendi kendilerine değerlendirme yapabilmesini ya da uzaktan takip etme çözümleri sayesinde sağlıklarını daha aktif bir şekilde kontrol edebilmelerini ve daha bağımsız yaşayabilmelerini sağlamaktadır. Mobil sağlık aynı zamanda mobil sağlık uygulamaların sağlıklı bir yaşam tarzına uyumu teşvik ettiğinden dolayı, hastaların daha verimli tedavi edilmesinde sağlık uzmanlarını desteklemektedir (European Commission, 2017). Mobil sağlık uygulamaları hem hasta ve hasta yakını tabanlı hem de sağlık çalışanı tabanlı olmak üzere iki farklı şekilde kullanılmaktadır. Bir yandan sağlık çalışanlarının daha etkin hizmet sunmasına yardımcı olurken diğer yandan hastaların daha rahat sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır.

Sağlıkta mobil uygulamaları ilk defa 1920’li yıllarda ‘Radio News Magazine’ dergisinde bir yazarın, radyoyu kullanarak bir doktorun hastasını uzaktan muayene

edebileceğini yazması ile gündeme gelmiştir. 1960'lı yıllarda astronotların hayatı bulgularının uzaydan izlenmesi ile ilk uygulamalar gerçekleştirilmiştir. 1975 yılında Gregory Lektman'ın Biosig Instruments şirketindeki çalışmaları sonucunda ilk taşınabilir tıbbi cihaz üretilmiştir. Lektman aynı zamanda, ticari ilk kablosuz kalp hızı ölçer cihazını üreten kişidir. Bu cihaz ile birlikte günlük yaşamlarında koşan ve bisiklete binen sağlıklı kişiler fiziksel ve kişisel performansları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaktadır. Bu kullanım kısa bir zaman içerisinde hızla yayılmaya başlamıştır. Bu yenilikler sonrasında Finlandiya bugün mobil sağlık endüstrisinin çıkış yeri kabul edilmektedir (Kratzman 2013; Akt. Tezcan, 2016: 31)

2.2.2.2 Elektronik Sağlık (e-Sağlık)

Antik dönemden günümüze kadar süre gelen tıp tarihinin geleneksel hasta-hekim ilişkisinde, 20. yüzyılda teknolojinin tıp bilimine dâhil olmasıyla birlikte çeşitli dönüşümler yaşanmaya başlamıştır. E-sağlık kavramı, sağlık hizmeti sunumunda teknoloji odaklı yaşanan hızlı değişimin genel adı gibi kullanılmaya çalışılsa da; aslında e-sağlık, kendisiyle ilişkilendirilecek birçok olguyu içerisinde barındıran “*çatı kavram*” olarak kullanılmaktadır (Toygar, 2018: 103). Avrupa Birliği Sağlık Komisyonu tarafından e-sağlık, bilişim ve iletişim teknolojilerinin (mobil yazılımlar, robotik uygulamalar, veri tabanları, akıllı cihazlar gibi) sağlık hizmetlerinde kullanılması ile hastaların teşhis ve tedavilerin yapılması, takip edilmesi, hastalıkların önüne geçilmesi ve sağlığın yönetilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akt. Kılıç, 2017: 205).

Eysenbach (2001: 1), yaygın bir şekilde kullanılan literatür çalışmalarında sıkça karşılaşılan bir tanımlama ile e-sağlık kavramını “*E-sağlık, tıp bilişimi, halk sağlığı ve ticaret ile internet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla sağlanan veya geliştirilen sağlık hizmetlerinin ve bilgilerin kesiştiği yeni bir alandır. Daha geniş anlamıyla bu ifade bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak sağlık hizmetini yerel, bölgesel ve dünya çapında geliştirebilmek için sadece teknik bir gelişmeyi değil, aynı zamanda akıl kavramını, bir düşünme biçimini, bir tutumu, bir ağa bağlılığı ve küresel düşünmeyi de karakterize etmektedir.*” şeklinde ifade etmektedir.

Yeni çıkan birçok kavramda olduğu gibi e-sağlık da kullanıldığı yere göre değişiklik göstermektedir. Şuanda birçok finans kuruluşu, meslek odası ve akademik

kurum e-sağlık olgusunu çok iyi kavramış ve yaygın bir şekilde kullanmaktadır (Oh vd., 2005: 1). E-sağlık, elektronik altyapı yardımıyla, internet üzerinden sağlık bakımı sunma süreci olarak tanımlanmaktadır. E-sağlık uygulamaları aynı koşullarda bulunan hastalarla etkileşimde bulunma ve buna ek olarak öğretim, izleme (örn: fizyolojik veriler) ve sağlık çalışanları ile etkileşime girme süreçlerini de kapsamaktadır (Pretlow, 2019). E-sağlık kavramı bir çatı kavram görevi görüyor denilse de ilk zamanlarda sağlığa ilişkin verilerin elektronik ortamda kurumlar arasında değiş tokuş edilmesi olarak tanımlanmıştır. Daha önce de belirtildiği üzere e-sağlık kavramına her sağlık hizmeti bileşeni farklı anlamlar yüklemekte ve değişik şekilde yaklaşmaktadır (Deluca ve Enmark, 2001: 22; Akt. Toygar, 2018: 105).

2.2.2.3. Tele-Sağlık

Tele-sağlık, sağlık hizmetlerinin uzak yerlerde bulunan kişi ya da hastalara kurulu ağlar aracılığı ile aktarılması olarak tanımlanmaktadır. Bu sağlık hizmetleri, kliniklerde verilen hizmetler (koruyucu, destekleyici ve iyileştirici uygulamaların hepsi) ya da klinik dışındaki hizmetlerden (uygulamadaki kuralların düzenlenmesi, sistemlerin entegrasyonu, elektronik sevk işlemleri ve hasta kayıtları gibi) oluşmaktadır (Ertek, 2011: 127). Amerikan Teletıp Birliği (ATA, 2006: 3)'ne göre, teletıp ile yakından ilişkili olan tele-sağlık terimi, katılımcıları farklı yerlerde olduklarında klinik sağlık hizmeti sunmak için elektronik BİT kullanımını ifade etmektedir. Tele-sağlık, sağlık hizmetlerinde BİT'in kullanıldığı diğer uygulamalara nazaran daha geniş bir teknoloji uygulamasını kapsamaktadır. Video konferans, hasta portalları, yaşam belirtilerinin uzaktan takip edilmesi, hemşirelik çağrı merkezleri ve e-sağlık tele-sağlığın bir parçası olarak kabul edilmektedir.

DSÖ (WHO, 2016: 56) ise tele-sağlığı, daha çok sağlık hizmeti erişiminde mekânsal farklılıkların ön planda olduğu hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının mesafelere göre ayrıldığı sağlık hizmetlerinin sunulması olarak tanımlamaktadır. Tele-sağlık yaralanmaların ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde, sağlık çalışanlarının devamlı eğitimi ve araştırma ve değerlendirme için BİT'in kullanılmasıdır. Tele-sağlık, hastalara mekan farkı gözetmeksizin kaliteli ve uygun maliyete sağlık hizmetlerinin erişimini artırarak evrensel sağlık güvencesi sağlanmasında yardımcı olmaktadır. Savunmasız gruplar, yaşlanan nüfuslar ve uzak bölgeler için özellikle kıymetlidir.

Yapılan çalışmalarda “teletıp” kavramının da kullanıldığı görülmektedir. Fakat bu çalışmada yaygın olarak kullanılan ve dijital sağlıkla ilişkili olduğu düşünülen bu üç (mobil sağlık, tele-sağlık, e-sağlık) kavrama yer verilmektedir.

Literatür taraması sonucunda e-sağlık, mobil sağlık, tele-sağlık ya da dijital sağlık gibi kavramlardan hangisinin BİT’in sağlığa entegrasyonunda kullanılması gerektiği veya hangisinin daha kapsayıcı olduğuna dair net bir fikir birliğine varılamadığı tespit edilmiştir. Yukarıda da yer verildiği üzere bu konuda çeşitli tartışmalar ve tanımlamalar söz konudur.

Ruchi Dass mobil sağlığın, sağlık hizmetleri ve cep telefonları ile ilgisinin olmadığını, bunun bir yanılığı olduğunu, mobil sağlığın aslında istenilen yer ve zamanda, ihtiyaç duyulan an ve mekânda kullanılan sağlık hizmeti olduğunu belirtmektedir. Dass mobil sağlığı, cep telefonu, televizyon, radyo ya da tabletler aracılığı ile sağlık hizmetine erişilmesi, şeklinde tanımlamıştır (Akt. Justice, 2012: URL5). Shaw ve arkadaşları (2017: 2) ise mobil sağlık, tele-sağlık, telebakım ve e-sağlık gibi kavramların düzensiz bir şekilde birbirinin yerine kullanıldığını fakat en yaygın olarak e-sağlığın işlev gördüğünü ifade etmişlerdir. Bu konuda bir ağız birliği yapılmadığı ve açıklığa kavuşturulmadığı sürece bu kargaşanın devam edeceği düşünülmektedir (Akt. Toygar, 2018: 104).

Yapılan literatür taraması ile mobil sağlık, elektronik sağlık (e-sağlık), tele-sağlık ve dijital sağlık kavramlarının ne olduğu derinlemesine araştırılmış ve bu araştırmaya ilişkin bilgiler yukarıda ayrı ayrı başlıklar altında verilmiştir. Literatürde henüz bir fikir birliği olmadığı için elektronik sağlık (e-sağlık), mobil sağlık ve tele-sağlık terimleri dijital sağlık kavramına oranla daha dar kapsamlıdır. Bu nedenle bu çalışmada daha kapsayıcı olan “Dijital Sağlık” kavramı çatı kavram olarak kullanılacaktır.

2.3. DİJİTAL SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ

Bu kısımda dijital sağlık teknolojilerinin uygulama alanları, bu teknolojiler ile ilgili Sağlık Bakanlığının uygulamaları ve dijital sağlık uygulamalarına ilişkin problemlerden bahsedilecektir.

2.3.1. Dijital Sağlık Teknolojileri Uygulama Alanları

Bu başlık altında taşınabilir tıbbi cihazlar ve giyilebilir teknolojiler, akıllı telefon sağlık uygulamaları, dijital sağlıkta kullanılan kısa mesaj (SMS) kullanımı ve evde bakım teknolojileri hakkında genel bilgiler yer almaktadır.

2.3.1.1. Taşınabilir Tıbbi Cihazlar

Transistörlerin ufalması ve fiyatlarının düşmesi, iletişim teknolojileri ve veri aktarım protokollerinin basitleşmesi sayesinde, cebimizde ya da üzerimizde taşıyabileceğimiz küçük boyutlarda tıbbi cihazlar üretilmektedir. Bu tıbbi cihazlar gün boyu ya da belirli zaman diliminde hastanın üzerinde kalmakta, belli aralıklarla ya da hiç kesintisiz bir şekilde hastanın sağlık verilerini toplamakta ve farklı iletişim protokolleri ile topladığı verileri sağlık kuruluşlarının veri tabanlarına ya da internet tabanlı sistemlere göndermektedir. Tıbbi cihazların bazıları çevrimiçi çalışabilirken bazıları çevrimdışı çalışabilmektedir. Çevrimdışı çalışabilen cihazlarda toplanan veriler, internete bağlandığı an veri aktarımını gerçekleştirmektedir. Cihazlar daha çok programlandıkları gibi belli aralıklarla kendiliğinden ölçüm yapabilmektedir. Fakat hasta rahatsız olduğunu fark ettiği zaman kendisi de ölçümünü yapabilmektedir. Bazı tıbbi cihazların topladığı verilerin gönderildiği yerin medikal çağrı merkezi olduğu modelleri de bulunmaktadır. Bu durumda hastalara acil müdahale fırsatı da sunmaktadır. Bu tıbbi cihazlar gelende iki farklı amaç için kullanılmaktadır (Tezcan, 2016: 58):

- Kronik Hastalık Takibi: Devamlı kontrol ve takip edilmesi gereken, bilhassa hipertansiyon ve diyabet hastalarında kan basıncını ve kan şekerini ölçen cihazlar kullanılmaktadır. Bu tıbbi cihazlar gün içerisinde sürekli taşınır ve belirli aralıklarla ölçüm yapması için programlanır ya da ölçüm yapması için hastaya direktif verilmektedir.

- **Fitness-Wellness:** Glükometre, tartı, akıllı saat veya pedometre gibi tıbbi cihazlar daha sağlıklı bir yaşam için spor yapan ya da yürüyüş yapan kişiler tarafından tercih edilmektedir.

Tıbbi amaçlı kullanılan bu cihazların farklı kullanım alanları ve hastalıkları bulunmaktadır. En yaygın kullanılan taşınabilir tıbbi cihazlarından birkaçına aşağıda yer verilmektedir.

Pedometre: Bu cihazlar fiziksel günlük yaşam aktivitesini tarafsız bir şekilde belirlemek ve vücut hareketlerini tespit etmek için kullanılmaktadır. Ucuz, basit ve küçük cihazlardır. Daha çok bel bölgesine takılan bu cihaz kişinin attığı adımları saymak için kullanılmaktadır (Bulut, 2013: 211). Gerek hastalar tarafından gerekse sağlıklı yaşam davranışları göstermek adına kullanıldığı düşünülmektedir. Bu cihaz ilk çıktığında bu şekilde kullanılmaktaydı. Fakat daha sonra cebe konulan versiyonları çıkmış ve son olarak mobil telefonlarda uygulama şeklinde günlük hayatın bir parçası haline gelmiş bulunmaktadır.

Pulse Oksimetre: Kişinin kalp hızının ölçülmesinde ve kan aktivitesi hakkında fikir veren tıbbi cihazlardır (Yıldız ve Kazan, 2016: 1).

Flow Sitometre: Solunum ve astım hastalarının kullandığı tıbbi cihazlardır. Hücre ya da partiküllerin akmakta olan bir akışkanın içerisinde yer alırken onun özelliklerinin ölçümünü yapmaktadır (Tezcan, 2016: 58; Karaboz vd., 2008: 1).

2.3.1.2. Giyilebilir Teknolojiler

Kullanan kişi tarafından çeşitli şekillerde insan vücuduna bağlanabilen ve daha çok farklı aksesuarlar şeklinde kullanılan araçlar giyilebilir teknoloji başlığı altında toplanmaktadır. Literatürde genellikle giyilebilir teknolojilerden bahsederken giyilebilir bilgisayarlar anlatılmaktadır. Bunun sebebi olarak da bu teknolojilerin bilgisayar ve insan arasında köprü görevi görmesi ve birlikte yaşamalarını sağlamasıdır. Giyilebilir teknolojilere, akıllı saatler, bileklikler ve gözlükler ya da sensörlü kolye ve yüzükler örnek gösterilebilmektedir (Sezgin, 2016: 405). Teknoloji hızla geliştiği için her geçen gün yenilikler artmakta ve bu örneklere her gün bir yenisi eklenmektedir.

Yaşam kalitesinin düzene girmesi için bireysel ölçümler önemli birer faktördür. Bu ölçümlerin yapılması için de giyilebilir teknolojiler kullanılmaktadır. Kişi yapmış olduğu ölçümler sonrasında olumsuz davranışlarını gözlemleyerek bunları düzeltmek için çabalayacaktır. Kişi topladığı sağlık verisini değerlendirme konusunda oldukça zorluk çekmektedir. Fakat akıllı giyilebilir teknolojiler bu verileri toplayıp kayıt altına almakta ve kişileri bu uğraştan kurtarmaktadır (Sözen, 2014: URL6). Giyilebilir teknolojiler, sağlıklı yaşam davranışlarımızı geliştirmek için işlev görmektedir. Bunu yaparken de kullanıcının ekstra bir çaba sarf etmesine gerek kalmadan her türlü veri kaydını ve hesaplamasını yaparak sayısal değerler çerçevesinde kullanıcıya kişisel sağlık bilgisini verebilmektedir.

2.3.1.3. Akıllı Telefon Sağlık Uygulamaları

Teknolojide yaşanan gelişmeler akıllı telefonların kullanımını artırmaktadır. Kullanımın artmasındaki en önemli faktörlerden biri telefonlara yüklenen uygulamalardır. Sağlık mevzusu da bu akıllı telefon uygulamaları içerisine girmeye başlamaktadır. Sağlık uygulamaları kişilere sağlık bilgisine ulaşma noktasında kolaylık sağlayabilmekte, fazla sayıda sağlık göstergesini takip edebilmekte ve bu bilgileri kullanıcıya iletebilmektedir. Sağlık kuruluşları ile daha rahat ve hızlı iletişime girebilmesi konusunda kişilere hizmet sunabilmektedir. 2015 senesine dair verilere göre Android ve IOS uygulama listesinde, fitness ve diyet uygulamaları ile birlikte toplam dijital sağlık uygulaması 160.000'den fazla çıkmıştır (Palacı vd., 2016: 309). Bu sayının, hızla gelişen teknoloji göz önüne alınarak, 2016 yılından 2019 yılına kadar geçen süre içerisinde çok hızlı bir şekilde arttığı düşünülmektedir. Akıllı telefon ve internet kullanımının artması ve teknolojinin insan hayatını kolaylaştıracak yenilikleri sunması bu artışın önemli faktörleridir.

Akıllı telefonlardaki sağlık uygulamaları geniş bir yelpazeden oluşmaktadır. Bert ve arkadaşları (2014: 1)'nin "*Smartphones and Health Promotion: A Review of the Evidence*" adlı çalışmalarında beslenme alanında, kalori sayan, yiyecek günlüğü tutan ya da kişisel beslenme bilgilerine yer veren uygulamalar mevcutken, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam tarzı uyumu için spor istatistiklerini ölçen uygulamaların da arttığını belirtmişlerdir.

Akıllı telefon sağlık uygulamaları günlük yaşamın şekillenmesinde oldukça etkilidir. Üreme sağlığı (regl takvimi, hamilelik takibi), sağlıklı beslenme (su içme hatırlatıcısı, kalori takibi) ve fiziksel aktivite (kilo verme, yürüyüş egzersizleri) gibi çeşitli alanlarda kişiye hizmet sunmaktadır (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018: 253). Bu örnekler çeşitlendirilebilir. Adım sayar, gebelik egzersizleri, yoga aktivitesi, çevrimiçi diyet, hamilelik rehberi vb. uygulamalar da akıllı telefon sağlık uygulamaları olarak kullanılmaktadır.

2.3.1.4. Dijital Sağlıkta Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı

Dijital sağlıkta kullanılan SMS uygulamalarının, hem kişilere kaliteli yaşam sağlaması hem de sağlık kuruluşlarına maliyet kontrolü yapmaları açısından fayda sağlamaktadır (Tezcan, 2016: 66). Sağlıkta kullanılan SMS uygulamalarına dair örneklere ve bu örneklere ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

Randevu Hatırlatma: Hastalara, sağlık kurumlarından almış oldukları randevuları SMS ile hatırlatmaktadır (Yüce vd., 2015: 42). Bu şekilde hem hastanın mağduriyetinin önüne geçilmesine hem de sağlık çalışanlarının sistemli bir şekilde hizmet sunmasına yardımcı olmaktadır.

Sağlık Uyarısı: Bir kişiye ya da bir topluluğa yönelik özellikli uyarılar iletilmesidir. Mesela “Tetanoz aşısı zamanını atladınız.” gibi uyarılar vermektedir (Tezcan, 2016: 66).

İlaç Hatırlatma: Bu uygulama ile ilacın hangi dozda, ne zamanda, hangi aralıklarla, günde kaç kez içilmesi gerektiğine dair bilgiler girildikten sonra ilaç takibi yapılmaktadır (Aydoğmuş, 2014: URL7). Düzenli ilaç kullanımı açısından önemli bir uygulamadır.

Dijital sağlıkta SMS kullanımı zamanlama, etkileşimde bulunma, acil durumlarda müdahale, mobilite (mekân ve zaman fark etmeden her koşulda bilgi alınması) gibi ayırıcı özellikleri ile hasta ve sağlık kuruluşları arasındaki iletişimde her iki tarafa da destek vermektedir (Tezcan, 2016: 67). Teknolojinin insan hayatına sağladığı faydalar gerek insan sağlığında gerekse insan rahatlığında önemli derecede

etkilemektedir. Kişiler bu uygulamalar ile bir yandan zamandan tasarruf ederken diğer yandan etkili bir hizmet alabilmektedir.

2.3.1.5. Evde Bakım Teknolojileri

Yaşlı nüfusunun ve kronik hastalıkların artış göstermesi sağlık alanında yapılan harcamaların kontrol edilemez duruma gelmesine neden olmuştur. Buna bağlı olarak kronik hastaların ve yaşlı kesimin sağlık durumlarını sağlık kurumlarından ziyade ev ortamında takip edilmesi zarureti ortaya çıkmıştır. Bu da evde bakımın teknoloji ile birleşip, evde bakım teknolojileri kavramının insan hayatına girmesini sağlamıştır. Evde bakım teknolojileri sayesinde, hastanın (yaşlı ya da kronik hasta) herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmesine gerek kalmadan her türlü sağlık ihtiyacını evde sağlamaktadır (Tezcan, 2016: 70). Evde bakım teknolojileri içinde tele-bakım, kurtarıcı servisler, tansiyon ve şeker cihazları gibi teknolojiler yer almaktadır (Kahyaoğlu ve Kurt, 2017: 293). Bu teknolojiler hastalara ev ortamında iyi bir sağlık hizmeti almalarını kolaylaştırmakta ve bunun dışında daha farklı hizmetlerin sunulmasına yardımcı olmaktadır.

Örneğin, tele-bakım ile acil hal çağruları ve hastaya ilaç ve gerekli egzersiz rutinlerinin hatırlatılması gibi hizmetler sunulmaktadır. Buna ek olarak, evde muhtemel kazaların önüne geçilmesi amacıyla kurulan sensörler yardımıyla şofben, ocak ve su musluklarının gerekli takibi yapılabilmektedir (Ekici ve Gümüş, 2016: 28). Kurtarıcı servislere örnek olarak, Japonya’da demans hastalarına yapıştırılabilen QR kodlu tırnaklar (tırnak bir cm boyutunda) gösterilebilmektedir. Bu tırnakların hastaya takılması ve kullanımı oldukça basittir. Önceden demans hastalarının giysi ya da ayakkabıları üzerinde kimlik bilgileri yazılmaktadır. Fakat hastanın bu giysileri giymemesi durumunda sorun yine devam etmektedir. Üretilen QR tırnaklar ile hastanın kaybolması durumunda yetkililer tarafından kişi telefon numarası ve kimliğinin yazılı olduğu QR kodundan nerde olduğu tespit edilerek en kısa sürede bulunabilmektedir (Japantimes, 2016: URL8). Bu örnekle beraber teknolojik gelişmelerin insan sağlığına olan katkısının yanında insan güvenliğine de olan etkisi de görülmektedir.

2.3.2. Dijital Sağlık Teknolojileri İle İlgili Sağlık Bakanlığı Uygulamaları

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 2014 yılında vatandaş odaklı dijital sağlık uygulamalarının hepsini kapsayan bir çalışma yürütmüştür. Yapılan çalışma ile Sağlık Bakanlığına ait resmi dijital uygulama hesapları yetkili kişiler tarafından uygun formata getirilmiş ve bu hesapları yönetmek için de insan kaynağı, araç-gereç ve gerekli alt yapı kurulmuştur (Tezcan, 2016: 42). Bu başlık altında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) ve Sağlık Bakanlığı Tele-tıp Sistemi uygulamaları ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

2.3.2.1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” içinde yer alan ve Avrupa Birliği (AB)’nin kabul etmiş olduğu 20 temel kamu hizmetlerinden birini oluşturmaktadır. Türkiye’deki kamu hastanelerinde ve bu hastanelere bağlı olan kurumlarda bulunan randevu sistemlerini tek bir merkezde toplamıştır. MHRS ile toplanan sağlık istatistik verileri yeni sağlık politikalarının geliştirilmesi için de kullanılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2018: URL9). Bu sistemden önce çoğu hastane kendi randevu sistemini kullanılabilmekteydi. Fakat MHRS ile birlikte bütün hastanelerin randevuları bu sistem üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. Dünyada bölgesel bazda buna benzer sistemler bulunmasına rağmen ülke düzeyinde tek bir merkezden sürdürülen ilk hekim randevu sistemi olarak MHRS gösterilmektedir. Bu sistem 2012 Mart ayında Türkiye’nin 81 ilinde hizmet vermeye başlamıştır. Sistemin sağlıklı bir şekilde hizmet verebilmesi için gerekli olan yönerge de yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018: URL10).

Sağlık Bakanlığı (2019: URL11) MHRS’yi “*MHRS; vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine Alo182 arayarak canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir.*” şeklinde tanımlamaktadır. Tartan (2014: 19; Akt. Kurşun ve Kaygısız, 2018: 403)’ın belirttiğine göre, temel sağlık hizmetlerinin karşılanması noktasında Sağlık

Bakanlığı, hastaneler, hekimler ve vatandaşları bir arada görebilmekte fakat hepsine ayrı ayrı nitelikler sunan farklı ekran modüllerinde modern aynı zamanda basit bir randevu süreci sunabilmektedir. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile Sağlık Bakanlığı aşağıdakileri amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018: URL12):

- Kaliteli sağlık hizmeti sunmak,
- Vatandaşın sağlık hizmetine kolay bir şekilde erişmesini sağlamak,
- Hastanelerdeki iş gücü planlamasını iyileştirerek vatandaşın memnuniyetini arttırmak,
- MHRS ile toplanan verilerin izlenmesini, değerlendirmesini ve kritiklerini yapmak ve sağlık istatistiklerine olan katkıyı arttırmak,
- Sağlık kurumlarında verilen randevulu çalışma hizmetinin kalitesini arttırmak,
- Vatandaşın hastanede bekleyerek harcadığı zamanı minimuma indirmektir.

MHRS, sağlık kurumlarındaki randevuları tek bir elden yöneterek kargaşayı önlemekte, hem sağlık çalışanlarının hem de vatandaşın/hastanın mağduriyet yaşamaması için gerekli düzeni sağlamakta ve daha tertipli bir sağlık hizmeti ortamı kurulmasına yardımcı olmaktadır. Bu sistem vatandaşın/hastanın hastane koridorlarında harcadığı zamanı en aza indirmeye çalışırken, aynı zamanda hekimlerin hastalara kendi randevu sürelerinde daha kaliteli sağlık hizmeti sunmasını sağlamaktadır.

2.3.2.2. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (E-Nabız)

E-Nabız, sağlık kuruluşlarından elde edilen sağlık verilerini sağlık çalışanlarına ve vatandaşa mobil cihazlar ve internet aracılığı ile ulaştıran bir uygulamadır. Hastanın muayene, tetkik ve tedavisinin yapıldığı sağlık kuruluşunun yeri fark etmeksizin, hastanın bütün sağlık bilgisini yönetebildiği, daha önce yapılmış tüm tıbbi bilgilerine tek bir noktadan erişebileceği kişisel sağlık kaydı sistemidir. Hastanın isteğine bağlı süre ve sınırlar çerçevesinde hekim hastanın sağlık bilgisine erişebilmekte ve değerlendirebilmektedir. E-Nabız'ın aynı zamanda dünyanın en kapsamlı sağlık bilişim alt yapısı olduğu söylenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019: URL13). E-Nabız uygulaması ile kişi kendi sağlık geçmişine, kişisel sağlık profiline, kişinin gittiği sağlık tesisi, hastane adı ve branşına, kişinin sistemi açtığı tarihten itibaren hekimin ona yazdığı bütün reçetelere, hekim tarafından yazılan tüm raporlara, yaptırmış olduğu her türlü

tahlil ve sonuçlara, kişinin çektiği olduğu tüm radyolojik raporlara ve kan ve kemik iliği bağışı geçmişine ulaşabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018: 9-22).

Acil durumlarda sağlık sunucusu tarafından daha hızlı ve daha doğru müdahale edilebilmesi için “acil durum notlarım” diye bir kısım bulunmaktadır. Kişi aynı zamanda “veri ekleme” bölümüne tansiyon, şeker, nabız ve ağırlık değerlerini ekleyebilmektedir. Kullanıcı sağlık verilerini kendi istediği zaman başka kişilerle paylaşımına açabilmektedir. Aksi takdirde hiçbir şekilde kişinin sağlık bilgisine ulaşamaz (Sağlık Bakanlığı, 2018: 23-29). E-Nabız henüz çok yeni bir uygulama olduğu için vatandaş bu uygulama hakkında pek bilgi sahibi değildir. Bilinirliği ve kullanımı artmaya başladığı zaman vatandaşın teknoloji tabanlı sağlık alanında yaşadığı en kullanışlı uygulamalardan biri haline geleceği düşünülmektedir.

2.3.2.3. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)

Vatandaşın şikâyet, takdir ve değerlendirmesini dile getirebilmesi için 1997 yılında bir hat yapılmıştır. 2003 yılında da bu hizmet geliştirilmeye karar verilmiş ve SABİM Projesi konuşulmaya başlanmıştır. Yaşanan teknolojik gelişmelere ayak uydurmaya çalışılması ve sanayileşme ile gelen değişimlerin yaşanması yeni bir yapılanmaya gidilmesini zorunlu kılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007: URL14). Her alanda olduğu gibi bu iki faktör sağlık alanında da değişimlerin yaşanmasında etkili olmuştur.

Sağlık Bakanlığı (2007: URL15) SABİM’i “*Sağlık sisteminde, yaşanan sorunların yerinde ve eş zamanlı tespiti, sorunun çözümünde etkin olacak mekanizmaların ivedilikle harekete geçirilmesi suretiyle özdenetimi sağlamaktadır. Bu uygulama hızlı ve etkili çözüme ulaşmanın en ekonomik yoludur. Ekonomiktir; çünkü sorunların teşkilatın en üst noktasına kadar ulaşmasında ne zaman kaybı ne de enformasyon kaybı yaşanmamaktadır.*” şeklinde tanımlamaktadır.

SABİM 7/24 aralıksız vatandaşa hizmet sunabilmektedir. Vatandaşlar “184”ü arayarak, sabim@saglik.gov.tr e-posta adresinden mail atarak veya bizzat bu merkeze başvurarak uygulamadan hizmet alabilmektedir. SABİM ile vatandaş, sağlık sisteminin nasıl hizmet verdiği ile ilgili bilgi alabilmekte, mevcut sağlık sistemine dair talepte, çeşitli öneri ve eleştiride bulunabilmektedir. Vatandaş aynı zamanda sağlık hizmeti alırken karşılaştığı problemleri yetkili kişilere ulaştırabilmektedir (Sağlık Bakanlığı,

2018: URL16). Bu uygulama ile vatandaşın her türlü beyanını yetkili birimlere iletmesi daha kısa sürede gerçekleşebilmektedir. Bu da uzun uzun prosedürlerden arındırılmış bir hizmet sunulmasını dolayısı ile zamandan tasarruf edilmesini sağlamaktadır. Bütün bunlara ek olarak, bu uygulama ile vatandaşın düşüncesinin önemsendiğini göstermektedir.

2.3.2.4. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM), 112 acil çağrı merkezini kullanmayan işitme engelli hastalara yönelik hizmet vermek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş bir uygulamadır. Bu hizmeti vermek üzere işaret dili bilen 7 personel görevlendirilmiştir. İşitme engelli hastalar muhtemel bir acil durumda kullandıkları kişisel akıllı telefonlarına ücret ödmeden indirdikleri bu uygulama ile 112 acil servislere eş zamanlı olarak ihbarda bulunabilmektedir. İsteye bağlı olarak görüntülü arama ya da anlık mesaj atma özelliği de bu uygulama kapsamındadır (Sağlık Bakanlığı, 2018: URL17). ESİM uygulaması henüz çok yeni bir uygulamadır. Uygulamanın vatandaşa duyurulması ve kullanımının artırılması için gerekli çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

2.3.2.5. Sağlık Bakanlığı Tele-Tıp Sistemi

Tele-tıp, bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanarak sağlık hizmetlerinin sağlık kurumlarından uzak yerlere iletilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Yaman, 2011: URL18). U.S. National Library of Medicine (2019: URL19) tele-tıp uygulamasının bilgisayar, internet vb. BİT ile hastalara uzaktan tıbbi bakım ve sağlık bilgisi sunulması olarak tanımlandığını belirtmiştir.

Tele-tıp, önceden sağlık kurumlarına uzak kırsal kesimlerde yaşayan hastalara hizmet verirken, bu uygulamanın gelişme göstermesi ile kapsamı genişlemiş işyerlerinde ve evde sağlık hizmeti gibi çeşitli uygulama alanları oluşmuştur (Kurban, 2006: 8). Wootton ve arkadaşları (2007) tele-tıp uygulamalarını, sağlık çalışanları arasında bilgi paylaşımı için kullanılan tele-tıp ve sağlık çalışanları ile hastalar arasında uzaktan muayene gibi sağlık hizmetlerinde kullanılan tele-tıp olmak üzere ikiye ayırmışlardır (Akt. Kılıç, 2017: 206). Zamanla tele-tıp uygulamasının gelişme

gösterdiği ve teknolojik yeniliklerle birlikte çeşitli hizmetler sunmaya başladığı görülmektedir.

Kurban (2006: 9) çalışmasında tele-tıp ile amaçlananları aşağıda belirtildiği gibi sıralamıştır:

- Hekimlerin iş yoğunluğunun azaltılması,
- Hastaya daha etkili sağlık hizmeti sunmak amacıyla hekim-hasta görüşmesini en aza indirmek,
- Sağlık kurumlarına uzak yerlerde ikamet edenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktır.

Sağlık Bakanlığı tele-tıp sistemi vatandaşa radyolojik tetkikleri gösteren görüntülere istedikleri her an internet ortamından erişebilmesine, görüntülerin raporlanmasına, radyologların aralarında uzaktan muayene (telekonsültasyon) yapabilmesine, hastaya ait raporların ve tıbbi görüntülerin kalitesini değerlendirdikten sonra e-Nabız uygulaması aracılığı ile vatandaşla paylaşılmasına imkan veren bir sistemdir (Sağlık Bakanlığı, 2019: URL20).

2.3.3. Dijital Sağlık Uygulamaları (DSU) İle İlgili Problemler

Dijital teknolojilerin yayılma hızı artarken fiyatları da azalmaktadır. Bu durum birçok alanda yeni imkânların ortaya çıkmasına ve çeşitli hizmet alanlarının oluşmasına imkân sağlamaktadır. Az maliyetli dijital cihazlarla yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunulması, sıradan sağlık hizmeti ortamının çok dışında bir alan oluşturma ihtimalini arttırmaktadır. Örneğin gelişmekte olan ülkelerde AIDS/HIV ile ilgili farkındalık oluşturmaktan, bir hamburgerdeki kaloriyi hesaplamaya kadar çeşitli dijital uygulama alanları bulunmaktadır. Sağlık alanında dijital sağlığın bu şekilde yayılım göstermesi ileride yaşanacak gelişmelerin bir göstergesidir (Tezcan, 2016: 71). Dijital teknolojilerin sağlık alanına girmesi ve çeşitli hizmetlerin sunulmasına katkı sağlaması olumlu bir gelişmedir. Ancak bu teknolojilerin kullanımın ve yaygınlık göstermesinin önünde çeşitli engeller bulunmaktadır.

Bu engeller Tezcan (2016: 71-74)'ın çalışmasında şu şekilde belirtmiştir:

- Maliyet yapısı,

- Mahremiyet/ güvenlik,
- Etkinliğin kanıtı,
- Mevzuat ve standartlar,
- Geliştirme hızı (toplumdaki teknoloji okuryazarlık oranının azlığı, sağlık sunucusundan kaynaklanan problemler).

Bu başlık altında dijital sağlık uygulamalarının yaygınlık göstermesi ve kullanımında etkili olan bu beş engelden bahsedilecektir.

2.3.3.1. Maliyet Yapısı

Türkiye’de sağlık alanında faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlar yeni teknolojileri sistem ile bütünleştirerek kullanmaya başlamıştır. Dijital sağlık uygulamaları da bu yeni teknolojilerden biridir. Bu teknolojilerin kullanımı için Türkiye’de oldukça önemli girişimler yapılmaktadır. Dijital teknolojilerin sağlık alanında kullanılması hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de lojistik faaliyetlerde bulunulması kısacası işlem maliyetlerinin azaltılmasında önemli araçlar olarak kullanılmaktadır (Demir, 2016: 85). Dijital teknolojilerin kişilere ve kurumlara zaman maliyetinin düşmesi açısından da yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında maliyet unsuru olan birçok işlem yapılmaktadır. Bu maliyetlerin azaltılması yönünde kurumlar çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Dijital teknolojilerin sağlık kurumlarında kullanılması ile bu maliyetlerin azalması mümkün olabilecektir (Arslan ve Demir, 2017: 24). Teknolojik yenilikler sağlık kurumlarında maliyetlerin azaltılması için önemli birer faktördür.

Tezcan (2016: 71) teknolojinin ucuzladığını fakat bu teknolojiler için mutlaka birileri tarafından ödeme yapıldığını, dijital sağlık iş modellerinin tam anlamıyla yerleşmediğini henüz çok yeni ve gelişmekte olduğundan dolayı ödemeleri kimin yapacağı konusunda bir netlik oluşmadığını belirterek konuya farklı bir açıdan yaklaşmaktadır. Mevcut maliyetlerin görmezden gelmenin, dijital sağlık yeniliklerinin olgunlaşmadan ortadan kalkmasına neden olabileceğini de eklemektedir.

2.3.3.2. Mahremiyet/ Güvenlik

Teknolojide yaşanan gelişmeler ve bu gelişmelerin sağlık alanına girmesi çeşitli hizmetlerin sunulmasına imkân sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıt sistemleri ve kişisel sağlık kayıt sistemleri bu sistemlerden sadece ikisini oluşturmaktadır. Bu gelişmeler bazı sorunların oluşmasına da neden olmuştur. Örneğin, kişisel sağlık verilerinin güvenliği sağlık sektöründe giderek artan bir endişe kaynağı olmaktadır. Kişilerin sağlık verilerinin güvenliği ve kişilerin mahremiyet konusu henüz tam anlamıyla kontrol altına alınmayan bir konu niteliğindedir. Kişilerin sağlık verilerini korumak için farklı ülkelerde mevzuat ve politikalar düzenlenmektedir (Win vd., 2006: 314).

Türkiye’de 20 Ekim 2016 tarihinde “Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik” kişilerin sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için yayınlanmıştır. Yönetmeliğin hazırlanmasındaki amaç, kişisel sağlık verilerin mahremiyetinin sağlanması ve verilerin toplanması, işlenmesi ve aktarımının yapılması, bu sağlık verilerinin kaydını tutan sistemlerin denetim ve güvenliğinin kontrol altına alınmasıdır. Yönetmelikte açık bir şekilde, Sağlık Bakanlığının yetkilendirdiği sistemler haricindeki başka bir yere kişisel sağlık verilerinin kaydedilmeyeceği ve kopyalanamayacağı belirtilmiştir (Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, 2016).

Bilgi ve iletişim Teknolojileri (BİT)’nin hastaya sunmuş olduğu faydaların ve fırsatların sayısı fazladır. Fakat sunmuş olduğu faydaların yanı sıra riskleri de mevcuttur. Hasta kayıtlarının güvenliğinin sağlanması bu risklerden birini oluşturmaktadır. Hastanın sağlığına ilişkin yanlış bilginin girilmesi ve bu hatanın fark edilmemesi büyük bir soruna yol açabilmektedir. Diğer bir risk olarak siber saldırılar gösterilebilmektedir (Arslan ve Demir, 2017: 24).

2.3.3.3. Etkinliğin Kanıtı

Sosyal değerler katan teknolojiler yerine, kişilerin hayatını kurtarmak yani nicel sonuçlar sunan teknolojilere fon bulabilmek daha muhtemel bir durumdur. Dijital sağlık alanındaki teknolojilerin değer kazanabilmesi için etkinliğini kanıtlayabilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde bu teknolojiler ile kaç kişinin hayatına dokunulduğu da

önemli bir faktör olmaktadır. (A.T. Kearney, 2010; Akt. Tezcan, 2016: 72). Kişiyi daha konforlu ve rahat bir hayat sunan dijital uygulamalardan ziyade kaç kişiyi ölümden çevirdiğine bakıp o teknolojinin etkin olup olmadığına karar verilmektedir. Bu düşüncenin çok doğru olmadığı düşünülmektedir. Kişiyi ölüm evresinden kurtaracak teknolojilerin varlığı elbette önemlidir fakat kişinin o evreye gelmesini beklemektense kişiyi o duruma getirmekten koruyacak uygulamaların varlığı daha sağlıklı bir toplum oluşturacaktır.

2.3.3.4. Mevzuat ve Standartlar

Dijital sağlık uygulamalarına ilişkin Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA, URL21)'nin yapmış olduğu düzenlemeler dışında literatürde bir düzenleme ya da mevzuat bilgisine rastlanılamamıştır. Bu konuda bir boşluk olduğu söylenebilir.

Tezcan (2016: 72) standart belirlemeye ilişkin çalışmaların devam ettiğini, fakat en büyük sorunun her gün yeni bir teknolojik buluşun çıkması ile yaşandığını dile getirmektedir. Bu konuda yaşanan belirsizlikten dolayı bir adım atılamadığını belirtmektedir. Dijital sağlığın en büyük engelini ve diğer sorunların da kaynağını bu durum oluşturmaktadır.

2.3.3.5. Geliştirme Hızı

Dijital sağlık uygulamalarının önündeki engellerden beşincisini geliştirme hızı oluşturmaktadır. 'Toplumdaki Teknoloji Okuryazarlık Oranının Azlığı' ve 'Sağlık Sunucusundan Kaynaklanan Problemler' olmak üzere geliştirme hızını etkileyen iki farklı faktör bulunmaktadır.

Toplumdaki Teknoloji Okuryazarlık Oranının Azlığı: Teknolojik okuryazarlık oranı düşük olan toplumlarda dijital teknolojilerini kullanımının da düşük olacağı düşünülmektedir. En iyi teknolojilerin ve dijital uygulamaların kullanıldığı toplumlarda vatandaşın okuryazarlık oranı az olursa bu teknolojilerden yararlanmaları da bu doğrultuda düşük olacaktır. Kısacası dijital sağlık uygulamalarının kullanımının ve gelişim hızının toplumun teknolojik okuryazarlık oranına göre değişiklik gösterebileceği düşünülmektedir.

Sağlık Sunucusundan Kaynaklanan Problemler: Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki rekabetten kaynaklanan ve birbirlerinin geliştirdiği uygulamaları kullanmaktan geri kalmaları sebebiyle X hastanesinin hekiminin geliştirdiği tansiyonla alakalı bir dijital sağlık uygulamasının, başarılı olmasına rağmen Y hastanesi tarafından tercih edilmesi oldukça dűřuk bir ihtimaldir (Tezcan, 2016: 73). Sağlık alışanları ve sağlık kurumları arasındaki rekabetten kaynaklanan problemlerden dolayı dijital sağlık uygulamalarının gelişim hızı olumsuz etkilenebilmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DİJİTAL BÖLÜNME ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi hakkında genel bilgiler verildikten sonra çalışmanın veri toplama aracı ile toplanan verilerin analizlerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu başlık altında çalışmanın amacı ve öneminden, çalışmaya dair varsayımlardan, araştırmanın kısıtlarından, çalışmanın evren ve örneklemeden bahsedildikten sonra araştırmanın veri toplama aracından ve analiz yöntemine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

3.1.1. Amaç ve Önem

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin hayatın tüm alanlarını kuşattığı günümüzde insanlar arasındaki eşitsizliklerin dijitalleşme zemininde de şekillenmeye başladığı görülmektedir. Dijital alana taşınan hizmetlerden altyapı, imkân, bilgi vb. farklılıklar nedeniyle herkes aynı oranda faydalanamamaktadır. Bu çalışmada, kavramsal çerçevesi önceki bölümlerde çizilen dijital bölünmenin sağlık hizmetleri açısından sonuçları incelenmektedir. Türkiye’de dijital bölünme ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte konuyu Türkiye’de sağlık hizmetleri açısından inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın sağlık hizmetleriyle ilgili ortaya çıkan dijital bölünmeye dair ilk araştırma olduğu ve bu konuda yapılacak birçok çalışmaya da kapı açacağı düşünülmektedir. Bu çerçevede çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinde dijital bölünmenin yaşanıp yaşanmadığının ortaya çıkarılması, genel BİT kullanımı ve dijital sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi ve kullanım düzeyinde hangi sosyo-demografik değişkenlerin belirleyici olduğunun tespit edilmesidir. Literatüre katkı yapacak olması yönünden önemli bir çalışma olduğu düşünülmektedir.

3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Dijital bölünmenin ortaya çıkmasında hangi sosyo-demografik değişkenler belirleyicidir?” ve “Dijital sağlık hizmetlerinin bilinirliği

ve kullanımı ile BİT bilgi ve kullanımı arasında bir ilişki var mıdır?” soruları oluşturmaktadır.

3.1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Batı Akdeniz bölgesinde (TR61¹) yaşayan katılımcıların bilgi toplama aracı olarak kullanılan anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

3.1.4. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma Batı Akdeniz bölgesinde bulunan vatandaşlar ile yapılmıştır. Araştırma katılımcıların verdikleri cevaplar ile kısıtlıdır. Bu sebepten dolayı ankete verilmiş olan cevaplar bu evrenin özellikleri ile sınırlı olduğu için genellemeler yapılırken bu sınırlılık dikkate alınmalıdır.

3.1.5. Evren ve Örneklem

Dijital bölünmede illerin büyüklüklerinin etkili olabileceği düşünülerek büyük, orta ve küçük il kategorisine uygun olarak araştırma Antalya, Isparta ve Burdur illeri seçilerek planlanmıştır. TÜİK’in 2018 Aralık ayı verilerine göre Antalya (2.426.356), Isparta (441.412) ve Burdur (269.926) illerinin toplam nüfusu yaklaşık 3.150.000’dir. %95 güven aralığı, %5 hata payı düşünüldüğünde bu evrenden seçilecek 384 kişilik örneklem yeterli olabilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 50). Batı Akdeniz bölgesinde yaşayan toplamda 450 katılımcı ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

3.1.6. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Toplanan verilerin istatistiksel analize uygun olması bu yöntemin tercih edilmesinde etkili olmuştur.

Çalışmada kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. Soysal (2017), Aksoy (2018), Günbatar (2014) ve Kutluca ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilmiş olan çeşitli ölçeklerin ayrıntılı bir incelemesi yapıldıktan sonra bu ölçeklerden yola çıkılarak

¹ 2002/4720 sayılı bakanlar kurulu kararı ile oluşturulan İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasında TR61 kodu Akdeniz Bölgesinin Antalya, Isparta ve Burdur illerini kapsamaktadır.

39 maddelik bir soru havuzu oluşturulmuştur. 39 maddelik ölçek 5’li likert tipinde olup, ankete katılanların ifadelerine katılma düzeyi “*Hiç katılmıyorum*” (1), *Tamamen katılıyorum*” (5) şeklinde ölçeklendirilmiştir. İkinci bölümde “Dijital Sağlık Uygulamaları” başlığı altında 11 uygulama, üçüncü bölümde “Dijital Sağlık İmkânları” başlığı altında 10 sağlık imkânı bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü bölüm detaylı bir literatür taraması yapıldıktan ve Sağlık Bakanlığı sitesindeki uygulamalar detaylı bir şekilde incelendikten sonra araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. İkinci ve üçüncü bölümde yer alan uygulama ve imkânlarla ilişkin maddeler yine 5’li Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir.

3.1.7. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığı ile elde edilmiş olan veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı ile analiz edilmiştir. Ankette 5’li likert yöntemi kullanılarak puanlar toplanmış ve elde edilen puanların standart sapma, aritmetik ortalama, yüzde ve frekans hesaplamaları yapılarak analiz edilmiştir. Her bir madde ya da boyuttan alınan puanlar 5’e yaklaştıkça o ifadeye katılımın yüksek olduğunu, 1’e yaklaştıkça ise katılmama eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir.

5’li Likert’te madde ya da boyutlardan alınan ortalama puanlar değerlendirilirken puan aralıkları şu şekilde kategorize edilmiştir (Kaplanoğlu, 2014: 138): 1.00-1.80 “Çok Düşük”, 1.81-2.60 “Düşük”, 2.61-3.40 “Orta”, 3.41-4.20 “Yüksek”, 4.21-5.00 “Çok Yüksek” şeklindedir.

Çalışmada normallik testi yapılmış ve her bir boyutun basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur. Boyutların değerlerinin, -2 ile +2 arasında olması boyutların normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedir (Padem vd., 2012: 144). Boyutlar ve karşılaştırılan maddeler normal dağılım gösterdiğinden sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırmalar yapıldığında parametrik testler kullanılmıştır. Üç ve üzeri grubun karşılaştırılması yapılırken “varyans analizi (ANOVA) (F testi)” ve ikili grupların karşılaştırılması yapılırken ise “t testi” kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda fark bulunduğu zaman farkın kaynağını bulmak için “Tukey’s-b testi” yapılmıştır.

BİT boyutları ile dijital sağlık uygulama ve dijital sağlık imkanları bilgi ve kullanım düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için de korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.2. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular sunulmaktadır.

3.2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
-25	133	29.6
26-35	93	20.7
36-45	86	19.1
46-55	62	13.8
56+	76	16.9
Cinsiyet		
Erkek	241	53.6
Kadın	209	46.4
Medeni Durum		
Evli	238	53.0
Evli Değil	211	47.0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	92	20.7
Lise	101	22.7
Ön Lisans	47	10.6
Lisans	144	32.4
Lisansüstü	61	13.7
Gelir Durumu (TL)		
-2000	70	17.7
2001-3000	118	29.9
3001-4000	63	15.9
4001-5000	51	12.9
5001+	93	23.5
Yerleşim Yeri		
Köy	30	6.7
İlçe	60	13.4
İl	359	80.0
İl		
Isparta	150	33.3
Antalya	150	33.3
Burdur	150	33.3
Toplam	450	100.0

* Demografik sorulara bazı katılımcılar cevap vermediği için tabloda bazı demografik bilgilerin toplamı 450'nin altına düşmektedir.

Tablo 3'te görüleceği üzere, araştırmada yer alan katılımcıların %29.6'sının 25 yaş ve altında, %20.7'sinin 26-35 yaş aralığında, %19.1'inin 36-45 yaş aralığında %13.8'inin 46-55 yaş aralığında ve %16.9'unun 56 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %53.6'sı erkeklerden oluşurken, %46.4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre bakıldığında katılımcıların %52.9'u evli iken %46.9'unun evli olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %20.7'sinin ilköğretim, %22.7'sinin lise, %10.6'sının ön lisans, %32.4'ünün lisans ve %13.7'sinin lisansüstü eğitime sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılanların gelir durumuna bakıldığında %15.9'unun 2000 TL ve altında, %29,9'unun gelirin 2001-3000 TL arasında, %14.0'ının 3001-4000 TL arasında, %11.3'ünün 4001-5000 TL arasında ve %20.7'sinin 5001 TL ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların yerleşim yerleri incelendiğinde ise %6.7'sinin köyde, %13.4'ünün ilçede ve %80'inin ilde yaşadığı ortaya çıkmıştır. Son olarak araştırmaya katılanların %33.3'ü Isparta ilinde, %33.3'ü Antalya ilinde ve %33.3'ü Burdur ilinde yaşamaktadır.

3.2.2. Katılımcıların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılanların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Anketinde yer alan ifadelere vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	\bar{X}	SS
1.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini günlük hayatta kullanmayı severim.	3.911	1.281
2.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hayatımızı kolaylaştırır.	4.318	0.987
3.	Bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili gelişmeleri yakından takip ederim.	3.256	1.351
4.	Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler beni heyecanlandırır.	3.189	1.370
5.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak günlük işlerimi zorlanmadan hallederim.	3.713	1.310
6.	Bilgiye erişmek için öncelikli tercihim bilgi ve iletişim teknolojileri olur.	3.833	1.352

Tablo 4. Katılımcıların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları (Devamı)

7.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak bilgiye nasıl erişebileceğimi bilirim.	3.844	1.310
8.	Herkesin bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanması gerektiğini düşünüyorum.	4.098	1.092
9.	Çevremde teknolojik cihazların kullanımı konusunda bilgi alabileceğim etkili kişiler var.	3.556	1.223
10.	Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının kolay olduğunu düşünüyorum.	3.633	1.226
11.	İnternet ortamına bilgilerimi vermekten çekinmem.	2.051	1.255
12.	Bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı sürecinde mahremiyetim ile ilgili endişe duymam.	1.898	1.126
13.	İnternetteki bilgileri doğru yorumlayabildiğimi düşünüyorum.	3.302	1.237
14.	İnternetteki bilgilerin doğruluğundan şüphe duyarım.	3.418	1.159
15.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmaya devam etmeyi düşünüyorum.	4.018	1.164
16.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini sohbet etmek için kullanırım.	2.987	1.373
17.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini eğlence amacıyla kullanırım.	2.956	1.426
18.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini sosyal çevre edinmek amacıyla kullanırım.	2.378	1.326
19.	Ödemelerimi internet üzerinden kolayca halledebilirim.	3.556	1.567
20.	Günlük işlerimi bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile daha hızlı halledebilirim.	3.631	1.409
21.	Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki yeniliklere kolayca uyum sağlayabilirim.	3.484	1.348
22.	Bu bir kontrol sorusudur. Lütfen bu soruda 1'i işaretleyiniz.	1.000	0.000
23.	Bilgi ve iletişim teknolojilerinin günlük hayatımızdaki kullanımı kaçınılmazdır.	3.873	1.203
24.	Merak ettiğim bilgileri araştırmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini tercih ederim.	3.929	1.302
25.	Anlık gelişmelerden haberdar olmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırım.	3.958	1.279
26.	İnsanlarla bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile iletişim kurarım.	3.573	1.265
27.	Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri çevremdekilerden duyduğum kadarıyla takip ederim.	2.880	1.210
28.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini günlük hayatımın her alanında kullanabilirim.	3.442	1.295
29.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini alışveriş yapmak için kullanırım.	3.000	1.510
30.	Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını akıllıca buluyorum.	3.793	1.138
31.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken kendimi iyi hissediyorum.	3.462	1.252
32.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak edindiğim bilgilerin kalıcı olduğunu düşünüyorum.	3.080	1.206

Tablo 4. Katılımcıların BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları (Devamı)

33.	Kendimi bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenmek için yeterli buluyorum.	3.416	1.314
34.	Bilgi ve iletişim teknolojilerinin beni geliştirdiğine inanıyorum.	3.496	1.263
35.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak için bilginin yanında yeterli becerinin de olması gerektiğine inanıyorum.	3.704	1.120
36.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini etkin olarak kullanırım.	3.500	1.303
37.	Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken hızlı ve pratik işlem yapabilirim.	3.502	1.330
38.	Bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili haberler dikkatimi çeker.	3.418	1.295
39.	İnternet ortamında hangi bilginin benim için yararlı olduğunu ayırt edebilirim.	3.831	1.255

Tablo 4’de BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında; 2, 8, 15’inci ifadelerin 4’ün üzerinde değer aldığı görülmektedir. Buna göre bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmanın aslında kişilerin hayatını kolaylaştırdığı (4.318), herkesin bilgi ve iletişim teknolojilerinin faydalarından yararlanması gerektiği fikrine sahip olunduğu (4.098) ve katılımcıların bundan sonraki hayatlarında da bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmaya devam edecekleri (4.018) görülmektedir.

BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Anketinde 12. sırada yer alan “*Bilgi ve İletişim Teknolojileri kullanımı sürecinde mahremiyetim ile ilgili endişe duymam.*” ifadesi (1.898) ise araştırmaya katılanlar tarafından katılım düzeyi en düşük ifade olarak görülmektedir.

3.2.3. Dijital Sağlık Uygulamalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Dijital sağlık uygulamalarının bilgi ve kullanım düzeyini ölçen 11 ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler Dijital Sağlık Uygulamaları başlığı altında toplanmaktadır.

Tablo 5. Dijital Sağlık Uygulamaları İle İlgili İfadelere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Dijital Sağlık Uygulamaları İfadeleri	Bilgi Düzeyi		Kullanım Düzeyi		Fark (X ₁ - X ₂)	Test Değerleri
	\bar{X}_1	SS ₁	\bar{X}_2	SS ₂		
1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	3.569	1.519	3.093	1.631	0.476	t= 9.520 p= 0.000
2. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)	2.264	1.502	1.689	1.216	0.579	t= 11.324 p= 0.000
3. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız)	2.560	1.572	1.907	1.382	0.653	t= 11.380 p= 0.000
4. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)	1.640	1.179	1.284	0.825	0.356	t= 7.662 p= 0.000
5. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele	2.120	1.396	1.413	0.975	0.707	t= 11.894 p= 0.000
6. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi	1.482	0.972	1.249	0.773	0.233	t= 7.000 p= 0.000
7. Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.)	2.511	1.591	1.916	1.407	0.595	t= 10.871 p= 0.000
8. Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki ilaç hatırlatma uygulaması	1.936	1.385	1.416	1.025	0.520	t= 9.637 p= 0.000
9. Sağlıklı yaşam için mobil cihazlardaki 'kalp ritmi ölçme' uygulaması	2.098	1.482	1.580	1.184	0.518	t= 9.579 p= 0.000
10. Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar	1.989	1.410	1.327	0.904	0.662	t= 11.119 p= 0.000
11. Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlar	1.847	1.298	1.304	0.885	0.543	t= 9.953 p= 0.000

Tablo 5’de dijital sağlık uygulamalarının bilgi ve kullanım düzeyini ölçen ifadelerin aritmetik ortalamalarına, standart sapmalarına, aralarındaki farka ve test değerlerine yer verilmektedir. Katılımcıların dijital sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyi ile ilgili verdikleri puan bölümünde “*Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)*” 3.569±1.519 ortalama ile bilgi düzeyinin diğer ifadelerle göre en yüksek uygulama olduğu görülmektedir. Aynı zamanda “*Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi*” 1.482±0.972 ortalama ile bilgi düzeyinin en düşük uygulama olduğu bulunmuştur. Kullanım düzeyi ile ilgili verdikleri puan bölümünde ise yine “*Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)*” 3.093±1.631 ortalama ile en yüksek uygulama olduğu görülmektedir. Aynı

zamanda “Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi”nin 1.249 ± 0.773 ortalama ile diğer ifadelere göre düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların bilgi düzeyine verdikleri puanlar ile katılım düzeyine verdikleri puanlar arasındaki fark, bilgi ve kullanım arasındaki bağlantıyı vermektedir. Farkın pozitif yönde olması katılımcıların ilgili ifadeye belirtilen uygulamayı bildikleri fakat katılım düzeylerinin bilgi düzeylerine oranla daha az olduğunu ifade etmektedir.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.569 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.093'tür. Buna göre katılımcıların bu uygulamayı yüksek düzeyde bildikleri ve orta düzeyde kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu uygulamayı kullanma düzeylerine oranla 0.476 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulaması bakımından, araştırmaya katılanların bilgi düzeyine verdikleri puanların ortalaması 2.264 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması ise 1.689'dur. Buna göre Sağlık Bakanlığı iletişim merkezi uygulamasının bilgi düzeyinin düşük ve kullanım düzeyinin ise çok düşük olduğu, uygulamanın bilinirliğinin kullanımından 0.579 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) uygulaması bakımından, katılımcıların bilgi düzeyine verdikleri puanların ortalaması 2.560 ve kullanım düzeyine verdikleri puanların ortalaması 1.907'dir. Buna göre katılımcıların bu uygulamaya dair bilgi ve kullanım düzeyinin ise düşük olduğu fakat buna rağmen bu uygulamanın bilinirliğinin kullanımından 0.653 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) uygulaması bakımından, araştırmaya katılanların bilgi düzeyine verdikleri puanların ortalaması 1.640 ve kullanım düzeyine verdikleri puanların ortalaması 1.284'tür. Buna göre katılımcıların bu uygulamaya dair bilgi ve kullanım düzeyinin çok düşük olduğu fakat buna rağmen bu uygulamanın bilinirliğinin kullanımından 0.356 puan fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulaması bakımından, araştırmaya katılanların bilgi düzeyine verdikleri puanların ortalaması 2.120 ve kullanım düzeyine verdikleri puanların ortalaması 1.413'tür. Buna göre katılımcıların bu uygulamaya dair bilgi düzeyinin düşük ve kullanım düzeyinin çok düşük, bu uygulamanın bilinirliğinin kullanımından 0.707 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi uygulaması bakımından, araştırmaya katılanların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.482 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.249'dur. Buna göre katılımcıların bu uygulamaya dair bilgi ve kullanım düzeylerinin çok düşük, bu uygulamanın bilinirliğinin kullanımından 0.233 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.) bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.511 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.916'dır. Buna göre katılımcıların bu uygulamalara dair bilgi düzeylerinin bu uygulamaları kullanım düzeylerinden 0.595 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki ilaç hatırlatma uygulamaları bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.936 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.416'dır. Buna göre katılımcıların bu uygulamaya dair bilgi düzeylerinin kullanım düzeylerinden 0.520 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık yaşam için mobil cihazlardaki 'kalp ritmi ölçme' uygulaması bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalamaları 2.098 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.580'dir. Buna göre katılımcıların kalp ritmi ölçme uygulamasına dair bilgi düzeylerinin katılım düzeylerinden 0.518 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalamaları 1.989 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.327'dir. Buna göre katılımcıların bu cihazlara dair bilgi düzeyinin düşük ve kullanım düzeyinin ise çok düşük olmasına rağmen bilinirliğinin kullanımından 0.662 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlar bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalamaları 1.847 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalamaları 1.304'tür. Buna göre katılımcıların bu cihazlara dair bilgi düzeyinin düşük ve kullanım düzeyinin ise çok düşük olmasına rağmen bilinirliğinin kullanımından 0.543 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5'de görüleceği üzere, dijital sağlık uygulamaları açısından katılımcıların bu uygulamaların bilgi düzeyine verdikleri puanların katılım düzeylerine verdikleri puanlara göre daha yüksek olduğudur. Bilgi düzeyine verdikleri puanlar ile katılım düzeyine verdikleri puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buradan anlaşılmalıdır ki, katılımcıların dijital sağlık uygulamaları hakkındaki bilgi düzeyleri bu uygulamaları kullanma düzeylerinden daha yüksektir.

3.2.4. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların dijital sağlık uygulamaları ile ilgili bilgileri nerden edindikleri sorulmuş ve verdikleri cevaplar frekanslarıyla birlikte Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular

Dijital Sağlık Uygulamaları İfadeleri	Bilgi Kaynakları						
	1. Kaynak	2. Kaynak	3. Kaynak	4. Kaynak	5. Kaynak	6. Kaynak	7. Kaynak
1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	Sosyal Çevre (76)	İnternet (72)	Medya (33)	Kendi (23)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (14)	İş Gereği (3)	Derste (2)
2. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)	İnternet (37)	Sosyal Çevre (27)	Medya (12)	Kendi (9)	Derste (6)	İş Gereği (4)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (1)
3. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e- Nabız)	İnternet (57)	Sosyal Çevre (29)	Medya (24)	Kendi (14)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (3)	İş Gereği (3)	Derste (2)

Tablo 6. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular (Devamı)

4. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)	İnternet (20)	Sosyal Çevre (14)	Medya (12)	Kendi (6)	İş Gereği (2)	Derste (1)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (1)
5. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele	Medya (28)	İnternet (27)	Sosyal Çevre (14)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (7)	Kendi (6)	Derste (2)	İş Gereği (2)
6. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi	İnternet (14)	Kendi (10)	Sosyal Çevre (8)	Medya (5)	Derste (3)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (1)	İş Gereği (1)
7. Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.)	İnternet (52)	Kendi (25)	Sosyal Çevre (24)	Medya (10)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (3)	Derste (1)	İş Gereği (1)
8. Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki ilaç hatırlatma uygulaması	İnternet (30)	Sosyal Çevre (16)	Kendi (12)	Medya (3)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (2)	İş Gereği (2)	-
9. Sağlıklı yaşam için mobil cihazlardaki 'kalp ritmi ölçme' uygulaması	İnternet (31)	Kendi (19)	Sosyal Çevre (18)	Medya (4)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (2)	Derste (2)	İş Gereği (1)
10. Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar	İnternet (25)	Sosyal Çevre (21)	Kendi (9)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (8)	Medya (6)	Derste (3)	İş Gereği (1)
11. Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlar	İnternet (25)	Sosyal Çevre (19)	Kendi (12)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (8)	Medya (5)	Derste (2)	İş Gereği (1)

Tablo 6'da dijital sağlık uygulamalarının bilgi kaynaklarına yer verilmektedir. Her bir katılımcının dijital sağlık uygulamalarını nereden öğrenmiş olduğundan bahsedilmektedir.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız), Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM), Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele ve Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi gibi Sağlık Bakanlığı uygulamalarına ilişkin bilgilere katılımcıların

ağırlıklı olarak internet, sosyal çevre ve medya aracılığı ile ulaştığı tespit edilmiştir. Diğer dijital sağlık uygulamalarına ise katılımcıların daha çok internet, sosyal çevre ve kendiliğinden öğrenmiş oldukları tespit edilmiştir. İnternet bütün uygulamalarda ilk sırada gelen bilgi kaynağıdır.

3.2.5. Dijital Sağlık İmkânlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Dijital sağlık imkânları (DSİ)'nin bilgi ve kullanım düzeyini ölçen 10 ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler Dijital Sağlık İmkânları başlığı altında toplanmaktadır.

Tablo 7. Dijital Sağlık İmkânları İle İlgili İfadelere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Dijital Sağlık İmkânları İfadeleri	Bilgi Düzeyi		Kullanım Düzeyi		Fark (X ₁ - X ₂)	Test Değerleri
	\bar{X}_1	SS ₁	\bar{X}_2	SS ₂		
1. Gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırabilmek	3.649	1.537	3.278	1.619	0.371	t= 8.637 p= 0.000
2. İhtiyaç halinde internet üzerinden en iyi hekimi araştırmak	3.616	1.502	3.258	1.560	0.358	t= 9.084 p= 0.000
3. İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmak	3.871	1.478	3.551	1.603	0.320	t= 7.247 p= 0.000
4. İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek	4.018	1.417	3.713	1.560	0.305	t= 7.064 p= 0.000
5. İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenmek	3.544	1.525	3.149	1.630	0.395	t= 8.367 p= 0.000
6. Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmek	2.809	1.658	2.491	1.645	0.318	t= 7.991 p= 0.000
7. Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilmek	2.593	1.605	2.127	1.471	0.466	t= 10.023 p= 0.000
8. Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilmek	2.984	1.684	2.647	1.641	0.337	t= 7.782 p= 0.000
9. SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilmek	2.516	1.608	2.047	1.462	0.469	t= 9.189 p= 0.000
10. Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşabilmek	2.111	1.524	1.613	1.211	0.498	t= 8.786 p= 0.000

Tablo 7’de dijital sağlık imkânlarının bilgi ve kullanım düzeyini ölçen ifadelerin aritmetik ortalamalarına, standart sapmalarına, aralarındaki farka ve test değerlerine yer

verilmektedir. Katılımcıların dijital sağlık imkânlarına ilişkin bilgi düzeyi ile ilgili verdikleri puan bölümünde *“İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek”* 4.018±1.417 ortalama ile bilgi düzeyinin en yüksek olduğu dijital sağlık imkânı olarak görülmektedir. Aynı zamanda *“Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşmak”* 2.111±1.524 ortalama ile bilgi düzeyinin en düşük olduğu dijital sağlık imkânı olarak görülmektedir. Kullanım düzeyi ile ilgili verdikleri puan bölümünde ise *“İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek”* 3.713±1.560 ortalama ile en yüksek olan dijital sağlık imkânı olarak görülmektedir. Aynı zamanda *“Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşmak”* 1.613±1.211 ortalama ile diğer ifadelerle göre en düşük olduğu görülmektedir.

Gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.649 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.278’dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını yüksek düzeyde bildikleri ve orta düzeyde kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.371 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

İhtiyaç halinde internet üzerinden en iyi hekimi araştırma imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.616 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.258’dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını yüksek düzeyde bildikleri ve orta düzeyde kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.358 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.871 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.551’dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını yüksek düzeyde bildikleri ve kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.320 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 4.018 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.713’tür. Buna göre katılımcıların bu dijital

sağlık imkânını yüksek oranda bildikleri ve kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.305 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.544 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 3.149'dur. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını yüksek düzeyde bildikleri ve orta düzeyde kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.395 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.809 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.491'dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını orta seviyede bildikleri ve düşük seviyede kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.318 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.593 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.127'dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını düşük düzeyde bildikleri ve kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.466 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.984 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.647'dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını orta düzeyde bildikleri ve kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.337 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.516 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.047'dir. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını düşük düzeyde bildikleri ve kullandıkları fakat bilgi

düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.469 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşabilme imkânı bakımından, katılımcıların bilgi düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 2.111 ve kullanım düzeylerine verdikleri puanların ortalaması 1.613'tür. Buna göre katılımcıların bu dijital sağlık imkânını düşük düzeyde bildikleri ve çok düşük düzeyde kullandıkları fakat bilgi düzeylerinin bu imkânı kullanma düzeylerine oranla 0.498 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7'de görüleceği üzere, dijital sağlık imkânları açısından katılımcıların bu imkânların bilgi düzeyine verdikleri puanların katılım düzeyine verdikleri puanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bilgi düzeyine verdikleri puanlar ile katılım düzeyine verdikleri puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buradan anlaşılmalıdır ki, katılımcıların dijital sağlık imkânları hakkındaki bilgi düzeyleri bu imkânları kullanma düzeylerinden daha yüksektir.

3.2.6. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular

Katılımcılara dijital sağlık imkânları ile ilgili bilgileri nereden edindikleri sorulmuş ve verdikleri cevaplar frekanslarıyla birlikte Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular

Dijital Sağlık İmkânları İfadeleri	Bilgi Kaynakları						
	1. Kaynak	2. Kaynak	3. Kaynak	4. Kaynak	5. Kaynak	6. Kaynak	7. Kaynak
1. Gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırabilmek	İnternet (79)	Kendi (33)	Sosyal Çevre (27)	Medya (5)	İş Gereği (1)	-	-
2. İhtiyaç halinde internet üzerinden en iyi hekimi araştırmak	İnternet (65)	Kendi (32)	Sosyal Çevre (24)	Medya (4)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (3)	İş Gereği (1)	-
3. İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmak	İnternet (74)	Kendi (32)	Sosyal Çevre (20)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (4)	Medya (3)	İş Gereği (1)	-

Tablo 8. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular (Devamı)

4. İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek	İnternet (73)	Kendi (32)	Sosyal Çevre (19)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (4)	Medya (3)	İş Gereği (1)	-
5. İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenmek	İnternet (58)	Kendi (32)	Sosyal Çevre (24)	Medya (3)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (1)	İş Gereği (1)	-
6. Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmek	İnternet (38)	Kendi (20)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (14)	Sosyal Çevre (8)	Medya (2)	Derste (2)	İş Gereği (1)
7. Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilmek	İnternet (38)	Kendi (28)	Sosyal Çevre (11)	Medya (3)	Derste (1)	-	-
8. Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilmek	İnternet (43)	Kendi (20)	Sosyal Çevre (13)	Medya (3)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (2)	-	-
9. SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilmek	İnternet (35)	Kendi (18)	Sosyal Çevre (5)	Medya (3)	Derste (1)	-	-
10. Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşabilmek	İnternet (29)	Kendi (13)	Sosyal Çevre (5)	Medya (3)	Sağlık Kuruluşu ve Çalışanı (1)	-	-

Tablo 8’de dijital sağlık imkânlarına dair kaynaklarının nereden öğrenildiği gösterilmektedir. Tablo 8’de de görüleceği üzere araştırmaya katılanlar dijital sağlık imkânlarına dair bilgileri daha çok internet, kendi çabaları ve sosyal çevre aracılığı ile öğrenmişlerdir.

3.2.7. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi İfadelerine Dair Faktör Analizi

Bu bölümde BİT bilgi ve kullanım düzeyi ifadelerinin faktör analizlerine yer verilmektedir. Öncelikle yapılacak testler Kaiser-Meyer-Olkin testi ve Bartlett’s testidir. Bu testlerin yapılmasıyla amaçlanan verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı ortaya koymaktır. KMO testi, örneklem yeterliliğini gösterirken, Bartlett’s testi gerçek

korelasyon matrisi ile birim matris arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemektedir. Buna göre KMO değerlerinin 0.70 ve üzeri olması faktör analizi açısından geçerlilik düzeyinin “iyi” olduğunu ifade etmektedir. Bartlett’s testinin p değerinin 0.05’ten küçük olması ilişkilerinin anlamlı olduğu sonucunu ortaya koymaktadır (Aksu vd., 2017: 9).

Tablo 9’da BİT bilgi ve kullanım düzeyi ifadelerinin geçerlilik analizi yer almaktadır.

Tablo 9. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi KMO ve Bartlett’s Test Sonucu

KMO ve Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.969
Bartlett's Test of Sphericity	Df.	465
	Sig.	0.000

BİT bilgi ve kullanım düzeyi ifadelerine uygulanan KMO testi sonucu değer 0.969 olarak bulunmuştur. KMO değerinin 0.7’den büyük olması KMO testi ölçütüne göre anketin faktör analizi açısından geçerlilik düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. Bartlett’s testi sonucuna bakıldığında (Sig.= 0.00, $p<0.05$) ifadelerinin anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 10’da BİT bilgi ve kullanım düzeyi ifadelerinin faktör analizlerine ilişkin sonuçlara yer verilmektedir.

Tablo 10. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi İfadeleri Faktör Analizi

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
1. Faktör: İlgı Duyma			
5. Bilgi ve İletişim teknolojilerini kullanarak günlük işlerimi zorlanmadan halledebilirim	0.823	46.802	0.974
36. Bilgi ve iletişim teknolojilerini etkin olarak kullanırım.	0.815		
7. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak bilgiye nasıl erişebileceğimi bilirim.	0.812		

Tablo 10. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi İfadeleri Faktör Analizi (Devamı)

25. Anlık gelişmelerden haberdar olmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırım.	0.809		
24. Merak ettiğim bilgileri araştırmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini tercih ederim.	0.805		
37. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken hızlı ve pratik işlem yapabilirim.	0.799		
21. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere kolayca uyum sağlayabilirim.	0.793		
6. Bilgiye erişmek için öncelikli tercihin bilgi ve iletişim teknolojileri olur.	0.789		
39. İnternet ortamında hangi bilginin benim için yararlı olduğunu ayırt edebilirim.	0.786		
15. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmaya devam etmeyi düşünüyorum.	0.752		
1. Bilgi ve iletişim teknolojilerini günlük hayatta kullanmayı seviyorum.	0.751		
20. Günlük işlerimim bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile daha hızlı halledebilirim.	0.748		
38. Bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili haberler dikkatimi çeker.	0.746		
2. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hayatımı kolaylaştırır.	0.737		
28. Bilgi ve iletişim teknolojilerini günlük hayatımın her alanında kullanabilirim.	0.735		
34. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin beni geliştirdiğine inanıyorum.	0.734		
33. Kendimi bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenmek için yeterli buluyorum.	0.732		
10. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının kolay olduğunu düşünüyorum.	0.728		
3. Bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili gelişmeleri yakından takip ederim.	0.703		
13. İnternetteki bilgileri doğru yorumlayabildiğimi düşünüyorum.	0.688		
30. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını akılcıca buluyorum.	0.688		
19. Ödemelerimi internet üzerinden kolayca halledebilirim.	0.682		
31. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken kendimi iyi hissediyorum.	0.675		
23. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin günlük hayatımızdaki kullanımını kaçınılmazdır.	0.645		

Tablo 10. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi İfadeleri Faktör Analizi (Devamı)

4. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler beni heyecanlandırır.	0.635		
29. Bilgi ve iletişim teknolojilerini alışveriş yapmak için kullanırım.	0.576		
2. Faktör: İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım			
16. Bilgi ve iletişim teknolojilerini sohbet için kullanırım.	0.810	10.375	0.814
17. Bilgi ve iletişim teknolojilerini eğlence amacıyla kullanırım.	0.780		
18. Bilgi ve iletişim teknolojilerini sosyal çevre edinmek amacıyla kullanırım.	0.776		
3. Faktör: Güven Duyma			
12. Bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı sürecinde mahremiyetim ile ilgili endişe duymam.	0.825	7.550	0.736
11. İnternet ortamına bilgilerimi vermekten çekinmem.	0.818		

Faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. BİT bilgi ve kullanım düzeyi ifadelerine uygulanan faktör analizi sonuçlarına göre toplam üç boyut bulunmaktadır. Bu bölümde boyutlar “İlgi Duyma”, “İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım”, “Güven Duyma” olarak adlandırılmıştır. Anketteki 5., 36., 7., 25., 24., 37., 21., 6., 39., 15., 1., 20., 38., 2., 28., 34., 33., 10., 3., 13., 30., 19., 31., 23., 4., 29. ifadeler ilgi duyma, 16., 17. ve 18. ifadeler iletişim ve eğlence amaçlı kullanım, 12. ve 11. ifadeler ise güven duyma alt boyutlarını kapsamaktadır.

Birinci faktör olan ilgi duymanın açıkladığı varyans 46.802 olup Cronbach Alpha değeri 0.974 olarak bulunmuştur. İkinci faktör olan iletişim ve eğlence amaçlı kullanımının açıkladığı varyans 10.375 olup Cronbach Alpha değeri 0.814 olarak bulunmuştur. Üçüncü faktör olan güven duymanın açıkladığı varyans ise 7.550 olup Cronbach Alpha değeri 0.736 olarak bulunmuştur.

Ankette yer alan 8., 9., 14., 22., 26., 27., 32. ve 35. ifadeler binişik oldukları için ankette çıkarılmışlardır.

3.2.7.1. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Boyutlarının Psikometrik Değerleri

Araştırmada katılımcıların BİT bilgi ve kullanım düzeyleri 3 boyut çerçevesinde değerlendirilmiş ve her bir boyutun aldığı değerler Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Min/Max	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
İlgi Duyma	26	1-5	0.974	3.627	1.014	0.341	-1.023
İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım	3	1-5	0.814	2.773	1.174	-0.980	0.089
Güven Duyma	2	1-5	0.736	1.973	1.060	0.114	0.947

Tablo 11’de gösterilen her bir boyuta ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

İlgi Duyma: Bu boyut 26 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade araştırmaya katılanların BİT ile ilgili bilgi düzeylerini ve bu teknolojileri ne düzeyde kullandıklarını ifade etmektedir. İlgi Duyma boyutunun aritmetik ortalaması 3.627 ve standart sapması 1.014 olarak bulunmuştur.

İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım: Bu boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade araştırmaya katılanların BİT’i ne düzeyde iletişim ve eğlence amaçlı kullandıklarını ifade etmektedir. İletişim ve eğlence amaçlı kullanım boyutunun aritmetik ortalaması 2.773 ve standart sapması 1.174 olarak bulunmuştur.

Güven Duyma: Bu boyut 2 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade araştırmaya katılanların BİT’ ne hangi düzeyde güven duyduklarını ifade etmektedir. Güven duyma boyutunun aritmetik ortalaması 1.973 ve standart sapması 1.060 olarak bulunmuştur.

3.2.7.2. BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi Boyutlarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bakımından BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyans analizlerinde farklılık tespit edildiğinde, farkın kaynağını bulmak için Tukey’s-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bilgiler sırası ile Tablo 12, Tablo 13 ve Tablo 14’de gösterilmektedir.

Tablo 12. İlgi Duyuma Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	4.158	0.563	F=61.228 p=0.000 1, 2 > 3, 4, 5 3 > 4, 5 4 > 5
26-35	93	4.042	0.702	
36-45	86	3.692	0.807	
46-55	62	3.152	0.919	
56+	76	2.502	1.176	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.624	1.031	t=-0.055 p=0.956
Kadın	209	3.630	0.997	
Medeni Durum				
Evli	238	3.287	1.106	t=-8.022 p=0.000
Evli Değil	211	4.008	0.734	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.587	1.173	F=51.371 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5 2 < 4, 5
Lise	101	3.572	0.900	
Ön lisans	47	3.876	0.831	
Lisans	144	4.064	0.591	
Lisansüstü	61	4.102	0.576	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.487	1.133	F=11.054 p=0.000 5 > 1, 2 2 < 3, 4, 5
2001-3000	118	3.276	1.107	
3001-4000	63	3.837	0.761	
4001-5000	51	3.742	0.861	
5001+	93	4.098	0.691	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.360	1.329	F=1.100 p=0.334
İlçe	60	3.644	1.059	
İl	359	3.644	0.977	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.805	0.822	t=16.157 p=0.000
Hayır	35	1.509	0.589	
İller				
Isparta	150	3.641	0.981	F=0.169 p=0.845

Tablo 12. İlgi Duyma Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Antalya	150	3.588	0.979	
Burdur	150	3.652	1.014	

Tablo 12’de “ilgi duyma” boyutunun sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. “İlgi duyma” boyutunun puanları araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ($t=-0.055$, $p=0.956$), yerleşim yerlerine ($F=1.100$, $p=0.334$) ve illerine ($F=0.169$, $p=0.845$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların “İlgi Duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=51.371$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde yaşı 25 yaş ve daha düşük olan grup ile yaşı 26-35 yaş arası olan grubun puanlarının, yaşı 36 yaş ve daha üzeri olan grupların puanından, 36-45 yaş arası grubun puanının 46 yaş ve üstü grupların puanından ve 46-55 yaş grubun puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları ilerledikçe BİT’e yönelik ilgi duymanın azaldığı anlaşılmıştır. Buradan yaşın kişilerin BİT’e ilgi duymasında etkili olan bir değişken olduğu ve yaş ilerledikçe BİT bilgi ve kullanım düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların “ilgi duyma” boyutundan aldıkları BİT ve kullanım düzeyi puanları medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t= -8.022$, $p=0.000$). Bu farkın evli olmayan katılımcıların puanının (4.008 ± 0.734) evli olan katılımcıların puanından (3.287 ± 1.106) daha fazla BİT’e ilgi duyuyor olmasından ileri geldiği tespit edilmiştir. Buradan medeni durumun katılımcıların BİT’e ilgi duyma açısından BİT bilgi ve kullanım düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların “ilgi duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=61.228$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının

diğer eğitim seviyesindeki katılımcıların puanından, lise seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lisans ve lisansüstü seviyede eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından dolayı kaynaklandığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde katılımcılardan “ilgi duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=11.054, p=0.000). Yapılan ileri analizler sonucunda farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip olan katılımcıların puanının 3000 TL ve altı gelir durumuna sahip olan grupların puanından daha yüksek olmasından, 2001-3000 TL arası gelir durumuna sahip katılımcıların puanının 3001 TL ve üzeri gelir durumuna sahip grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Son olarak katılımcıların “ilgi duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgisi ve kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (t=16.157, p=0.000). İnternet kullananların (3.805±0.822) internet kullanmayanlara (1.509±0.589) göre BİT’e ilgi duyma eğilimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.513	0.953	F=40.216 p=0.000 1> 2, 3, 4, 5 2> 4, 5
26-35	93	2.946	1.034	
36-45	86	2.651	1.148	
46-55	62	2.301	0.980	
56+	76	1.789	0.934	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.741	1.202	t=-0.620 p=0.536
Kadın	209	2.810	1.174	
Medeni Durum				
Evli	238	2.404	1.132	t=-7.413 p=0.000
Evli Değil	211	3.181	1.080	
Eğitim Durumu				

Tablo 13. İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İlköğretim	92	2.188	1.206	F=9.701 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	2.719	1.214	
Önlisans	47	3.049	1.195	
Lisans	144	3.081	1.028	
Lisansüstü	61	2.874	1.042	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.804	1.290	F=0.711 p=0.584
2001-3000	118	2.734	1.189	
3001-4000	63	2.862	1.289	
4001-5000	51	2.692	1.072	
5001+	93	2.971	1.039	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.844	1.332	F=0.465 p=0.628
İlçe	60	2.638	1.130	
İl	359	2.785	1.168	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.896	1.132	t=8.200 p=0.000
Hayır	35	1.314	0.471	
İller				
Isparta	150	2.586	1.048	F=3.361 p=0.036 3 > 1
Antalya	150	2.800	1.213	
Burdur	150	2.933	1.233	

Tablo 13’de “İletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutunun sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. “İletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutunun puanları araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ($t=0.620$, $p=0.536$), gelir durumlarına ($F=0.711$, $p=0.584$) ve yerleşim yerlerine ($F=0.465$, $p=0.628$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların “İletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=40.216$, $p=0.000$). Yapılan

ileri analizlerde bu farkın, 25 yaş ve altı yaş grubunun puanının diğer yaş gruplarının puanından, 26-35 yaş grubunun puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları ilerledikçe iletişim ve eğlence amaçlı kullanımın azaldığı anlaşılmıştır. Buradan yaşın bilgi ve iletişim teknolojilerini iletişim ve eğlence amaçlı kullanılmasında etkili olan bir değişken olduğu ve yaş ilerledikçe iletişim ve eğlence amaçlı kullanım düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Yine aynı şekilde katılımcıların “iletişim ve eğlence amaçlı kullanımı” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-7.413$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanının (3.181 ± 1.080) evli olan katılımcıların puanından (2.404 ± 1.132) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Buradan medeni durumun katılımcıların iletişim ve eğlence amaçlı kullanımı açısından BİT bilgi ve kullanım düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=9.701$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer eğitim seviyesindeki katılımcıların puanından göre düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının iletişim ve eğlence amaçlı kullanım ile ilgili BİT bilgi ve kullanım düzeylerinin diğer eğitim seviyesindeki katılımcıların puanından göre düşük olduğu sonucuna ulaşılabilir. Buna benzer şekilde katılımcıların “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutundan aldıkları BİT bilgisi ve kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=8.200$, $p=0.000$). İnternet kullananların (2.896 ± 1.132) internet kullanmayanlarınkine (1.314 ± 0.471) göre iletişim ve eğlence amaçlı kullanım eğilimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Son olarak katılımcıların “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutundan aldıkları BİT bilgisi ve kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=3.361$, $p=0.036$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Burdur ilinin BİT’i iletişim ve eğlence amaçlı kullanma puanının

Isparta ilindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 14. Güven Duyma Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.492	1.116	F=17.041 p=0.000 1 > 2, 3, 4, 5 2 > 4, 5
26-35	93	2.043	1.020	
36-45	86	1.825	0.993	
46-55	62	1.572	0.814	
56+	76	1.473	0.844	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.987	1.111	t=0.305 p=0.760
Kadın	209	1.956	1.001	
Medeni Durum				
Evli	238	1.720	0.974	t=-5.483 p=0.000
Evli Değil	211	2.253	1.084	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.527	0.920	F=9.674 p=0.000 1 < 3, 4, 5 2 < 3, 4
Lise	101	1.762	0.955	
Ön Lisans	47	2.255	1.228	
Lisans	144	2.274	1.070	
Lisansüstü	61	2.090	0.981	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.007	1.030	F=3.164 p=0.014 5 > 4, 3, 2, 1
2001-3000	118	1.889	0.983	
3001-4000	63	1.896	1.132	
4001-5000	51	1.892	1.064	
5001+	93	2.354	1.121	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.716	0.934	F=3.767 p=0.024 2 > 1
İlçe	60	2.291	1.242	
İl	359	1.942	1.061	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.028	1.067	t=3.887 p=0.000
Hayır	35	1.314	0.708	

Tablo 14. Güven Duyma Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İller				
Isparta	150	1.900	0.923	F=3.056 p=0.048 3 > 2
Antalya	150	1.873	1.065	
Burdur	150	1.973	1.165	

Tablo 14’de “Güven duyma” boyutunun sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. “Güven duyma” boyutunun puanları araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ($t=0.305$, $p=0.760$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=17.041$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 25 yaş altı grubun puanının 26 yaş ve üzeri tüm grupların puanından yüksek ve 26-35 yaş arasındaki grubun puanının 46 ve üzeri grupların puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın, güven duymanın BİT bilgi ve kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu ve yaş ilerledikçe güven duyma düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılabılır. Benzer şekilde katılımcıların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT ve kullanım düzeyi puanları medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-5.483$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanının (2.253 ± 1.084) evli olan katılımcıların puanlarından (1.720 ± 0.974) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların güven duyma açısından BİT bilgi ve kullanım düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmaya katılanların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=9.674$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde farkın, ilköğretim ve lise seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının, ön lisans ve lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitim durumunun katılımcıların güven duyma açısından BİT bilgi ve kullanım düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna

ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgi ve kullanım düzeyi puanları yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=3.767$, $p=0.024$). Yapılan ileri analizlerde ilçede yaşayan katılımcıların puanının köyde yaşayan katılımcıların puanından daha yüksek olduğu ve bu farklılığın bundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgisi ve kullanım düzeyi puanları gelir durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=3.164$, $p=0.014$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının diğer gelir seviyelerindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. BİT’e güven duyma seviyeleri kişilerin gelirine göre değişiklik göstermektedir. Buna benzer şekilde katılımcıların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgisi ve kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=3.887$, $p=0.000$). İnternet kullananların (2.028 ± 1.067) internet kullanmayanlara (1.314 ± 0.708) göre güven duyma eğilimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların “güven duyma” boyutundan aldıkları BİT bilgisi ve kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=3.056$, $p=0.048$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Burdur’da yaşayan katılımcıların puanının Antalya’da yaşayan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

3.2.7.3. Dijital Sağlık Uygulamalarının Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bakımından dijital sağlık uygulamaları bilgi düzeyi puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyans analizlerinde farklılık tespit edildiğinde, farkın kaynağını bulmak için Tukey’s-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bilgiler sırası ile Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21, Tablo 22, Tablo 23, Tablo 24 ve Tablo 25’de gösterilmektedir.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 15’de gösterilmektedir.

Tablo 15. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.910	1.443	F=7.632 p=0.000 5, 4 < 1, 2
26-35	93	3.946	1.370	
36-45	86	3.384	1.646	
46-55	62	3.306	1.489	
56+	76	2.934	1.445	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.432	1.540	t= -2.067 p=0.039
Kadın	209	3.727	1.483	
Medeni Durum				
Evli	238	3.403	1.517	t=-2.558 p=0.011
Evli Değil	211	3.768	1.495	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.739	1.518	F=10.492 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.574	1.525	
Ön Lisans	47	4.000	1.399	
Lisans	144	3.847	1.406	
Lisansüstü	61	3.869	1.384	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.514	1.640	F=0.765 p=0.549
2001-3000	118	3.415	1.493	
3001-4000	63	3.619	1.497	
4001-5000	51	3.745	1.508	
5001+	93	3.731	1.505	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.200	1.710	F=0.940 p=0.391
İlçe	60	3.617	1.497	
İl	359	3.588	1.507	

Tablo 15. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.680	1.475	t=5.489 p=0.000
Hayır	35	2.257	1.442	
İller				
Isparta	150	3.380	1.505	F=1.833 p=0.161
Antalya	150	3.627	1.552	
Burdur	150	3.700	1.492	

Tablo 15’de Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasının puanları araştırmaya katılanların gelir durumuna (F=0.765, p=0.549), yerleşim yerine (F=0.940, p=0.391) ve illere (F=1.833, p=0.161) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların “Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)” uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F=7.632, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş grupların puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları ilerledikçe MHRS uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri azalmaktadır. Buradan yaşın MHRS uygulamasının bilinirliğinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna varılabilir. Benzer bir şekilde katılımcıların “Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)” uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş (t= -2.067, p=0.039) ve kadın katılımcıların (3.727±1.483) erkek katılımcılara (3.432±1.540) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bundan dolayı kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla MHRS uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılanların MHRS uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş (t=-2.558, p=0.011) ve evli olmayan katılımcıların puanının (3.768±1.495) evli olan katılımcıların puanlarından (3.403±1.517) daha yüksek olduğu

görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların MHRS uygulaması hakkında bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların MHRS uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=10.492$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanlarından daha düşük olmasından dolayı bu fark tespit edilmiştir. Buradan yola çıkarak eğitim durumunun, katılımcıların MHRS uygulaması açısından bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların MHRS uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=5.489$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.680 ± 1.475) internet kullanmayanların puanından (2.257 ± 1.442) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun MHRS uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.278	1.499	F=4.104 p=0.003 2>5
26-35	93	2.688	1.601	
36-45	86	2.163	1.533	
46-55	62	2.339	1.514	
56+	76	1.776	1.184	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.361	1.494	t=1.466 p=0.143
Kadın	209	2.153	1.508	
Medeni Durum				
Evli	238	2.172	1.458	t=-1.424 p=0.155
Evli Değil	211	2.374	1.548	

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.717	1.278	F=5.795 p=0.000 1 < 2, 3, 5
Lise	101	2.465	1.572	
Ön Lisans	47	2.702	1.627	
Lisans	144	2.187	1.409	
Lisansüstü	61	2.639	1.571	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.271	1.587	F=1.750 p=0.138
2001-3000	118	2.076	1.427	
3001-4000	63	2.286	1.570	
4001-5000	51	2.686	1.543	
5001+	93	2.462	1.493	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.267	1.484	F=0.129 p=0.879
İlçe	60	2.167	1.463	
İl	359	2.273	1.509	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.335	1.515	t=3.469 p=0.001
Hayır	35	1.429	1.037	
İller				
Isparta	150	2.253	1.443	F=0.025 p=0.976
Antalya	150	2.253	1.529	
Burdur	150	2.287	1.543	

Tablo 16’da “Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)” uygulamasının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. SABİM uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=1.466$, $p=0.143$), medeni durumuna ($t=-1.424$, $p=0.155$), gelir durumuna ($F=1.750$, $p=0.138$), yerleşim yerine ($F=0.129$, $p=0.879$) ve illere ($F=0.025$, $p=0.976$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların “Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)” uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=4.104$, $p=0.003$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 yaş grubunun puanınının 46-55 yaş grubunun puanından

daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları ilerledikçe SABİM uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri azalmaktadır. Buradan yaşın SABİM uygulamasının bilinirliğinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılanların SABİM uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5.795$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans, lisans ve lisansüstü seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yola çıkarak eğitim durumunun, katılımcıların SABİM uygulaması açısından bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Benzer bir şekilde katılımcıların SABİM uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ($t=3.469$, $p=0.001$) ve internet kullananların puanının (2.335 ± 1.515) internet kullanmayanların puanından (1.429 ± 1.037) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun SABİM uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.880	1.600	F=11.860 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4 2 > 3, 4, 5 1 > 4
26-35	93	3.118	1.614	
36-45	86	2.430	1.591	
46-55	62	2.290	1.486	
56+	76	1.684	0.996	

Tablo 17. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Cinsiyet				
Erkek	241	2.440	1.518	t=-1.746 p=0.082
Kadın	209	2.699	1.623	
Medeni Durum				
Evli	238	2.370	1.506	t=-2.795 p=0.005
Evli Değil	211	2.782	1.618	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.696	1.174	F=13.234 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5 1, 2 < 5
Lise	101	2.455	1.533	
Ön Lisans	47	2.745	1.567	
Lisans	144	2.806	1.575	
Lisansüstü	61	3.344	1.580	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.414	1.628	F=2.744 p=0.028 5 > 2, 1
2001-3000	118	2.271	1.512	
3001-4000	63	2.714	1.621	
4001-5000	51	2.765	1.620	
5001+	93	2.925	1.541	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.467	1.570	F=0.326 p=0.722
İlçe	60	2.433	1.577	
İl	359	2.593	1.574	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.667	1.576	t=5.134 p=0.000
Hayır	35	1.286	0.750	
İller				
Isparta	150	2.627	1.565	F=0.226 p=0.798
Antalya	150	2.547	1.591	
Burdur	150	2.507	1.566	

Tablo 17’de “Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız)” uygulamasının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. E-Nabız uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine (t=1.746, p=0.082), yerleşim yerine (F=0.326, p=0.722) ve illere (F=0.226, p=0.798) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların e-Nabız uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=11.860$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubunun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olması, 26-35 yaş grubunun puanının 35 yaş üstü grupların puanından daha yüksek olması ve 35 yaş ve altı yaş gruplarının puanının 45 yaş ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları ilerledikçe e-Nabız uygulaması ile ilgili bilgi düzeyler azalmaktadır. Bu bulgudan yola çıkarak yaşın e-Nabız uygulamasının bilinirliğinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların e-Nabız uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.795$, $p=0.005$). Evli olmayan katılımcıların puanı (2.782 ± 1.618) evli olan katılımcıların puanlarından (2.370 ± 1.506) daha yüksektir. Buradan medeni durumun katılımcıların e-Nabız uygulamasına dair bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmaya katılanların e-Nabız uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=13.234$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanlarından daha düşük olmasından ve lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise ve ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan e-Nabız uygulaması açısından bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların e-Nabız uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=2.744$, $p=0.028$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 3000 TL ve aşağısı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların e-Nabız uygulamasına dair bilgi düzeylerini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların e-Nabız uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ($t=5.134$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (2.667 ± 1.576) internet kullanmayanların puanından (1.286 ± 0.750) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun e-Nabız uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.632	1.125	F=2.830 p=0.024 2, 4 >5
26-35	93	1.871	1.329	
36-45	86	1.616	1.266	
46-55	62	1.774	1.234	
56+	76	1.289	0.813	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.743	1.262	t=1.992 p=0.047
Kadın	209	1.522	1.066	
Medeni Durum				
Evli	238	1.567	1.118	t=-1.417 p=0.157
Evli Değil	211	1.725	1.242	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.380	0.970	F=2.395 p=0.050 3>1
Lise	101	1.762	1.335	
Ön Lisans	47	1.915	1.380	
Lisans	144	1.569	1.075	
Lisansüstü	61	1.770	1.160	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.700	1.312	F=0.534 p=0.711
2001-3000	118	1.542	1.051	
3001-4000	63	1.587	1.200	
4001-5000	51	1.686	1.364	
5001+	93	1.763	1.174	

Tablo 18. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.667	0.994	F=2.129 p=0.120
İlçe	60	1.350	0.775	
İl	359	1.688	1.245	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.692	1.212	t=3.229 p=0.001
Hayır	35	1.029	0.169	
İller				
Isparta	150	1.527	0.995	F=1.389 p=0.250
Antalya	150	1.753	1.326	
Burdur	150	1.640	1.189	

Tablo 18’de “Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)” uygulamasının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. ESİM uygulamasının puanları araştırmaya katılanların medeni durumuna ($t=-1.417$, $p=0.157$), gelir durumuna ($F=0.534$, $p=0.711$), yerleşim yerine ($F=2.129$, $p=0.120$) ve illere ($F=1.389$, $p=0.250$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların ESİM uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=2.830$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 ile 46-55 yaş gruplarının puanının 56 ve üstü yaş grubunun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın ESİM uygulamasının bilinirliği üzerinde etkili bir değişken olduğu ve katılımcıların yaşı ilerledikçe ESİM uygulaması ile ilgili bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde ESİM uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=1.992$, $p=0.047$) ve erkek katılımcıların (1.743 ± 1.262) kadın katılımcılara (1.522 ± 1.066) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre ESİM uygulaması ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların ESİM uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=2.395, p=0.000). Tukey's-b testi sonucunda bu farkın, ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan ESİM uygulaması açısından eğitimin, katılımcıların bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların ESİM uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş (t=3.229, p=0.001) ve internet kullananların puanının (1.692±1.212) internet kullanmayanların puanından (1.029±0.169) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun ESİM uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 19'da gösterilmektedir.

Tablo 19. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.045	1.331	F=3.158 p=0.014 2, 4>3, 5
26-35	93	2.398	1.582	
36-45	86	1.977	1.455	
46-55	62	2.452	1.375	
56+	76	1.803	1.108	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.046	1.327	t=-1.214 p=0.226
Kadın	209	2.206	1.471	
Medeni Durum				
Evli	238	2.059	1.352	t=-1.026 p=0.306
Evli Değil	211	2.194	1.446	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.848	1.309	F=2.101 p=0.080

Tablo 19. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Lise	101	2.158	1.433	
Ön Lisans	47	2.511	1.458	
Lisans	144	2.076	1.364	
Lisansüstü	61	2.295	1.453	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.157	1.400	F=0.650 p=0.627
2001-3000	118	1.992	1.251	
3001-4000	63	2.270	1.609	
4001-5000	51	1.980	1.421	
5001+	93	2.204	1.419	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.100	1.296	F=1.194 p=0.304
İlçe	60	1.867	1.214	
İl	359	2.167	1.432	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.183	1.416	t=3.340 p=0.001
Hayır	35	1.371	0.843	
İller				
Isparta	150	2.140	1.331	F=0.474 p=0.623
Antalya	150	2.187	1.521	
Burdur	150	2.033	1.333	

Tablo 19’da Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele uygulamasının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-1.214$, $p=0.226$), medeni durumuna ($t=-1.026$, $p=0.306$), eğitim durumuna ($F=2.101$, $p=0.080$), gelir durumuna ($F=0.650$, $p=0.627$), yerleşim yerine ($F=1.194$, $p=0.304$) ve illere ($F=0.474$, $p=0.623$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=3.158$, $p=0.014$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 ile 46-55 arasındaki yaş gruplarının puanının 36-45 ile 56 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından

kaynaklandığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde katılımcıların Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ($t=3.340$, $p=0.001$) ve internet kullananların puanının (2.183 ± 1.416) internet kullanmayanların puanından (1.371 ± 0.843) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite İle Mücadele uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.481	0.926	F=4.357 p=0.002 2, 4 > 3, 5
26-35	93	1.677	1.226	
36-45	86	1.291	0.765	
46-55	62	1.758	1.155	
56+	76	1.237	0.586	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.519	0.984	t=0.854 p=0.394
Kadın	209	1.440	0.960	
Medeni Durum				
Evli	238	1.445	0.948	t=-0.877 p=0.381
Evli Değil	211	1.526	1.001	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.370	0.922	F=2.068 p=0.084
Lise	101	1.446	0.932	
Ön Lisans	47	1.553	1.059	
Lisans	144	1.424	0.866	
Lisansüstü	61	1.787	1.199	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.514	1.100	F=0.891 p=0.469
2001-3000	118	1.441	0.863	
3001-4000	63	1.413	0.873	

Tablo 20. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

4001-5000	51	1.451	1.045	
5001+	93	1.667	1.155	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.667	1.061	F=0.570 p=0.566
İlçe	60	1.467	0.911	
İl	359	1.471	0.977	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.520	1.002	t=2.898 p=0.004
Hayır	35	1.029	0.169	
İller				
Isparta	150	1.507	0.981	F=0.284 p=0.753
Antalya	150	1.433	0.915	
Burdur	150	1.507	1.022	

Tablo 20’de Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulamasının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=0.854$, $p=0.394$), medeni durumuna ($t=-0.877$, $p=0.381$), eğitim durumuna ($F=2.068$, $p=0.084$), gelir durumuna ($F=0.891$, $p=0.469$), yerleşim yerine ($F=0.570$, $p=0.566$) ve illere ($F=0.284$ $p=0.753$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=4.357$, $p=0.002$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 ile 46-55 arasındaki yaş gruplarının puanının 36-45 ile 56 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde katılımcıların “Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi” uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2.898$ $p=0.004$). İnternet kullananların puanının (1.520 ± 1.002) internet kullanmayanların puanından (1.029 ± 0.169) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarıyla ilgili (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.) bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21. Mobil Cihazlardaki Sağlıklı Yaşam Uygulamaları Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.128	1.649	F=14.293 p=0.000 1, 2 > 3, 4, 5
26-35	93	2.860	1.691	
36-45	86	2.221	1.409	
46-55	62	2.000	1.343	
56+	76	1.750	1.190	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.241	1.452	t=-3.934 p=0.000
Kadın	209	2.823	1.688	
Medeni Durum				
Evli	238	2.206	1.494	t=-4.456 p=0.000
Evli Değil	211	2.863	1.629	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.924	1.424	F=7.120 p=0.000 5 > 2, 1 4>1
Lise	101	2.277	1.457	
Ön Lisans	47	2.489	1.666	
Lisans	144	2.861	1.620	
Lisansüstü	61	2.984	1.628	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.614	1.679	F=1.357 p=0.248
2001-3000	118	2.322	1.552	
3001-4000	63	2.651	1.770	
4001-5000	51	2.333	1.545	
5001+	93	2.774	1.540	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.500	1.526	F=0.379 p=0.685
İlçe	60	2.350	1.716	
İl	359	2.543	1.578	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.619	1.595	t=5.103 p=0.000
Hayır	35	1.229	0.770	

Tablo 21. Mobil Cihazlardaki Sağlıklı Yaşam Uygulamaları Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İller				
Isparta	150	2.427	1.525	F=0.340 p=0.712
Antalya	150	2.533	1.674	
Burdur	150	2.573	1.577	

Tablo 21’de mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Bu uygulamaların puanları araştırmaya katılanların gelir durumuna (F=1.35,7 p=0.248), yerleşim yerine (F=0.379, p=0.685) ve illere (F=0.340, p=0.712) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F=14.293, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş grupların puanının 36 ve üstü yaş gruplarının puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının bilinirliği üzerinde etkili olan bir değişken olduğu ve katılımcıların yaşı ilerledikçe mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş (t=-3.934, p=0.000) ve kadın katılımcıların (2.823±1.688) erkek katılımcılara (2.241±1.452) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-4.456, p=0.000). Evli olmayan katılımcıların puanının (2.863±1.629) evli olan katılımcıların puanlarından (2.206±1.494) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Buradan medeni durumun

katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Benzer şekilde katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=7.120$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise ile ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanlarından daha düşük olması ve lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak eğitimin mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları açısından katılımcıların bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu olarak katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ($t=5.103$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (2.619 ± 1.595) internet kullanmayanların puanından (1.229 ± 0.770) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki “ilaç hatırlatma” uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22. İlaç Hatırlatma Uygulamaları Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.113	1.480	F=4.633 p=0.001 2 > 3, 5 1 > 5
26-35	93	2.290	1.606	
36-45	86	1.733	1.269	
46-55	62	1.839	1.190	
56+	76	1.500	1.013	

Tablo 22. İlaç Hatırlatma Uygulamaları Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Cinsiyet				
Erkek	241	1.788	1.282	t=-2.434 p=0.015
Kadın	209	2.105	1.480	
Medeni Durum				
Evli	238	1.761	1.258	t=-2.900 p=0.004
Evli Değil	211	2.137	1.494	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.674	1.187	F=2.204 p=0.068
Lise	101	1.842	1.332	
Ön Lisans	47	2.064	1.566	
Lisans	144	1.972	1.379	
Lisansüstü	61	2.311	1.566	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.986	1.419	F=2.131 p=0.076
2001-3000	118	1.661	1.171	
3001-4000	63	2.048	1.560	
4001-5000	51	1.843	1.377	
5001+	93	2.194	1.505	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.133	1.408	F=0.870 p=0.420
İlçe	60	1.750	1.284	
İl	359	1.953	1.401	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.000	1.414	t=3.440 p=0.001
Hayır	35	1.171	0.568	
İller				
Isparta	150	1.867	1.267	F=2.379 p=0.094
Antalya	150	2.133	1.531	
Burdur	150	1.807	1.330	

Tablo 22’de ilaç hatırlatma uygulamalarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İlaç hatırlatma uygulamalarının puanları araştırmaya katılanların eğitim durumuna (F=2.204, p=0.068), gelir durumuna (F=2.131, p=0.076), yerleşim yerine (F=0.870, p=0.420) ve illere (F=2.379, p=0.094) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların ilaç hatırlatma uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=4.633$, $p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 yaş grubun puanının 36-45 ile 56 yaş ve üstü grubun puanlarından daha yüksek olması ve 25 yaş ve altı grubun puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın ilaç hatırlatma uygulamalarının bilinirliği üzerinde etkili olan bir değişken olduğu ve katılımcıların yaşı ilerledikçe ilaç hatırlatma uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Buna benzer şekilde ilaç hatırlatma uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=-2.434$, $p=0.015$) ve kadın katılımcıların (2.105 ± 1.480) erkek katılımcılara (1.788 ± 1.282) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre ilaç hatırlatma uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların ilaç hatırlatma uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=-2.900$, $p=0.004$). Evli olmayan katılımcıların puanının (2.137 ± 1.494) evli olan katılımcıların puanlarından (1.761 ± 1.258) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda medeni durumun, katılımcıların ilaç hatırlatma uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna varılabilir. Aynı şekilde katılımcıların ilaç hatırlatma uygulamalarından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ($t=3.440$, $p=0.001$) ve internet kullananların puanının (2.000 ± 1.414) internet kullanmayanların puanından (1.171 ± 0.568) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun ilaç hatırlatma uygulamalarının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Sağlık yaşam için mobil cihazlardaki “kalp ritmi ölçme” uygulamasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 23’de gösterilmektedir.

Tablo 23. Kalp Ritmi Ölçme Uygulaması Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.331	1.506	F=6.845 p=0.000 2 > 3, 4, 5 1 > 5
26-35	93	2.570	1.709	
36-45	86	1.826	1.382	
46-55	62	1.903	1.315	
56+	76	1.579	1.111	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.041	1.454	t=-0.865 p=0.387
Kadın	209	2.163	1.514	
Medeni Durum				
Evli	238	1.887	1.369	t=-3.279 p=0.001
Evli Değil	211	2.341	1.570	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.511	1.134	F=6.565 p=0.000 5 > 1, 2 3, 4, 5 > 1
Lise	101	2.010	1.459	
Ön Lisans	47	2.277	1.611	
Lisans	144	2.243	1.425	
Lisansüstü	61	2.639	1.732	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.143	1.437	F=1.812 p=0.126
2001-3000	118	1.822	1.318	
3001-4000	63	2.175	1.582	
4001-5000	51	2.078	1.573	
5001+	93	2.355	1.537	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.300	1.601	F=0.312 p=0.732
İlçe	60	2.050	1.419	
İl	359	2.092	1.485	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.178	1.506	t=4.037 p=0.000
Hayır	35	1.143	0.601	
İller				
Isparta	150	2.147	1.458	F=0.149 p=0.861
Antalya	150	2.093	1.508	
Burdur	150	2.053	1.487	

Tablo 23’de kalp ritmi ölçme uygulamasının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Kalp ritmi ölçme uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-0.865$, $p=0.387$), gelir durumuna ($F=1.812$, $p=0.126$), yerleşim yerine ($F=0.312$, $p=0.732$) ve illere ($F=0.149$, $p=0.861$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların kalp ritmi ölçme uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=6.845$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 25 ve altı yaş grubun puanının 56 ve üstü yaş grubun puanından ve 26-35 yaş grubun puanının 36 ve üstü yaş gruplarının puanlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşının ilerledikçe kalp ritmi ölçme uygulamasına dair bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna varılabilir. Benzer şekilde kalp ritmi ölçme uygulamasıyla ilgili bilgi düzeyleri medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında, evli olmayanların puanının (2.341 ± 1.570) evli olanların puanından (1.887 ± 1.369) yüksek olduğu ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir ($t=-3.279$, $p=0.001$).

Araştırmaya katılanların kalp ritmi ölçme uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.565$, $p=0.000$). Tukey’s-b testi sonucunda bu farkın, ön lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan katılımcıların aldığı puanların ilkökul seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanlarından daha yüksek olmasından ve ilkökul ile lise seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanlarının lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda katılımcıların eğitim seviyesinin arttıkça kalp ritmi ölçme uygulaması ile ilgili bilgi düzeylerinin de arttığı söylenebilir. Aynı şekilde katılımcıların kalp ritmi ölçme uygulamasından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=4.037$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (2.178 ± 1.506) internet kullanmayanların puanından (1.143 ± 0.601) daha yüksek olduğu

anlaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun kalp ritmi ölçme uygulamasının bilinirliğini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar ile ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 24’de gösterilmektedir.

Tablo 24. Taşınabilir Tıbbi Cihazların Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.173	1.438	F=6.265 p=0.000 2 > 3, 4, 5 1 > 5
26-35	93	2.441	1.632	
36-45	86	1.814	1.333	
46-55	62	1.758	1.210	
56+	76	1.500	1.077	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.950	1.371	t=-0.624 p=0.533
Kadın	209	2.033	1.456	
Medeni Durum				
Evli	238	1.735	1.267	t=-4.153 p=0.000
Evli Değil	211	2.280	1.509	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.554	1.226	F=4.555 p=0.001 5, 4 > 1
Lise	101	1.842	1.384	
Ön Lisans	47	2.064	1.466	
Lisans	144	2.167	1.463	
Lisansüstü	61	2.410	1.395	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.157	1.529	F=1.465 p=0.212
2001-3000	118	1.754	1.219	
3001-4000	63	2.127	1.540	
4001-5000	51	2.020	1.435	
5001+	93	2.140	1.442	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.367	1.671	F=2.381 p=0.094
İlçe	60	1.700	1.109	
İl	359	2.008	1.427	

Tablo 24. Taşınabilir Tıbbi Cihazların Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.055	1.434	t=3.489 p=0.001
Hayır	35	1.200	0.719	
İller				
Isparta	150	2.093	1.313	F=0.637 p=0.529
Antalya	150	1.920	1.431	
Burdur	150	1.953	1.485	

Tablo 24’de taşınabilir tıbbi cihazların bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Taşınabilir tıbbi cihazların puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-0.624$, $p=0.533$), gelir durumuna ($F=1.465$, $p=0.212$), yerleşim yerine ($F=2.381$, $p=0.094$) ve illere ($F=0.637$, $p=0.529$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların taşınabilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=6.265$ $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 25 ve altı yaş grubun puanının 56 ve üstü yaş grubun puanından daha yüksek olması ve 36 ve üstü yaş grupların puanının 26-35 yaş grubun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı ilerledikçe taşınabilir tıbbi cihazlara dair bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların taşınabilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=-4.153$, $p=0.000$) ve evli olmayan katılımcıların puanının (2.280 ± 1.509) evli olan katılımcıların puanlarından (1.735 ± 1.267) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun, katılımcıların taşınabilir tıbbi cihazlar ile ilgili bilgi düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların taşınabilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.555$, $p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisans ve lisansüstü

seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitim seviyesinin taşınabilir tıbbi cihazların bilinirliği üzerinde etkili olan bir değişken olduğu ve katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça bilgi düzeyinin arttığı sonucuna da ulaşılabilir. Son bulgu olarak katılımcıların taşınabilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=3.489$, $p=0.001$). İnternet kullananların puanı (2.055 ± 1.434) internet kullanmayanların puanından (1.200 ± 0.719) daha yüksektir. Buradan internet kullanma durumunun taşınabilir tıbbi cihazların bilinirliğinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlarla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 25’de gösterilmektedir.

Tablo 25. Giyilebilir Tıbbi Cihazların Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.000	1.337	F=6.804 p=0.000 2 > 3, 5 1 > 5
26-35	93	2.258	1.496	
36-45	86	1.698	1.256	
46-55	62	1.774	1.260	
56+	76	1.303	0.731	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.871	1.280	t=0.433 p=0.665
Kadın	209	1.818	1.321	
Medeni Durum				
Evli	238	1.622	1.155	t=-3.993 p=0.000
Evli Değil	211	2.104	1.404	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.304	0.886	F=8.463 p=0.000 1 < 3, 4, 5 5 > 2, 1
Lise	101	1.693	1.239	
Ön Lisans	47	2.000	1.474	
Lisans	144	2.028	1.353	
Lisansüstü	61	2.393	1.345	

Tablo 25. Giyilebilir Tıbbi Cihazların Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.957	1.398	F=3.233 p=0.013 5>2
2001-3000	118	1.525	0.967	
3001-4000	63	1.873	1.420	
4001-5000	51	2.000	1.400	
5001+	93	2.129	1.416	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.900	1.213	F=1.271 p=0.281
İlçe	60	1.600	1.108	
İl	359	1.886	1.333	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.899	1.322	t=2.959 p=0.003
Hayır	35	1.229	0.731	
İller				
Isparta	150	2.007	1.256	F=2.116 p=0.122
Antalya	150	1.700	1.263	
Burdur	150	1.833	1.363	

Tablo 25’de giyilebilir tıbbi cihazların bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Giyilebilir tıbbi cihazların puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=0.433$, $p=0.665$), yerleşim yerine ($F=1.271$, $p=0.281$) ve illere ($F=2.116$, $p=0.122$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların giyilebilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=6.804$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 yaş grubun puanının 36-45 ile 56 yaş üstü gruplarının puanından daha yüksek olmasından ve 56 yaş ve üstü grubun puanının 25 yaş altı grubun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı ilerledikçe giyilebilir tıbbi cihazlara dair bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların giyilebilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-3.993$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanı

(2.104±1.404) evli olan katılımcıların puanlarından (1.622±1.155) daha yüksektir. Bu bulgular doğrultusunda medeni durumun, katılımcıların giyilebilir tıbbi cihazlar ile ilgili bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmaya katılanların giyilebilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=8.463, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim ile lise seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından ve ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans ve üstü seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça giyilebilir tıbbi cihazlara dair bilgi düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılabılır. Benzer şekilde katılımcıların giyilebilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.233, p=0.013). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 ve üstü gelire sahip grubun puanının 2001-3000 gelire sahip grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelir durumunun, katılımcıların giyilebilir tıbbi cihazlara dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmaya katılanların giyilebilir tıbbi cihazlardan aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş (t=2.959, p=0.003) ve internet kullananların puanının (1.899±1.322) internet kullanmayanların puanından (1.229±0.731) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Buradan internet kullanma durumunun giyilebilir tıbbi cihazların bilinirliğinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

3.2.7.4. Dijital Sağlık Uygulamalarının Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların demografik özellikleri bakımından Dijital Sağlık Uygulamaları Kullanım Düzeyi puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyans analizlerinde farklılık tespit

edildiğinde, farkın kaynağını bulmak için Tukey's-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bilgiler sırası ile Tablo 26, Tablo 27, Tablo 28, Tablo 29, Tablo 30, Tablo 31, Tablo 32, Tablo 33, Tablo 34, Tablo 35 ve Tablo 36'da gösterilmektedir.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 26'da gösterilmektedir.

Tablo 26. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.376	1.584	F=2.680 p=0.031 1>5
26-35	93	3.226	1.675	
36-45	86	2.907	1.706	
46-55	62	3.048	1.693	
56+	76	2.684	1.435	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.884	1.639	t=-2.952 p=0.003
Kadın	209	3.335	1.591	
Medeni Durum				
Evli	238	3.059	1.627	t=-0.541 p=0.589
Evli Değil	211	3.142	1.636	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.446	1.564	F=6.007 p=0.000 1< 3, 4, 5
Lise	101	3.040	1.720	
Ön Lisans	47	3.553	1.501	
Lisans	144	3.312	1.571	
Lisansüstü	61	3.393	1.552	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.157	1.603	F=0.603 p=0.661
2001-3000	118	2.975	1.588	
3001-4000	63	3.254	1.759	
4001-5000	51	3.000	1.661	
5001+	93	3.269	1.649	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.733	1.680	F=0.845 p=0.430
İlçe	60	3.050	1.661	
İl	359	3.131	1.625	

Tablo 26. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.171	1.629	t=3.527 p=0.000
Hayır	35	2.171	1.361	
İller				
Isparta	150	2.980	1.565	F=2.317 p=0.100
Antalya	150	2.973	1.718	
Burdur	150	3.327	1.591	

Tablo 26’da “Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)” uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. MHRS uygulamasının puanları araştırmaya katılanların, medeni durumuna ($t=-0.541$, $p=0.589$), gelir durumuna ($F=0.603$, $p=0.661$), yerleşim yerlerine ($F=0.845$, $p=0.430$) ve illere ($F=2.317$, $p=0.100$) göre karşılaştırıldığında gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların MHRS uygulamasından aldıkları katılım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=2.680$, $p=0.031$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 25 yaş ve altı grubun puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı ilerledikçe MHRS uygulamasını kullanım düzeyleri azalmaktadır. Buradan yaşın MHRS uygulamasının kullanımında etkili bir değişken olduğu sonucuna varılabilir. Benzer bir şekilde katılımcıların MHRS uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.952$, $p=0.003$). Kadın katılımcıların (3.335 ± 1.591) erkek katılımcılara (2.884 ± 1.639) göre puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre MHRS uygulaması daha fazla kullandığı sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların MHRS uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.007$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanı ön lisans, lisans ve

lisansüstü seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitim durumunun, katılımcıların MHRS uygulaması açısından kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların MHRS uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=3.527$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (3.171 ± 1.629) internet kullanmayanların puanından (2.171 ± 1.361) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda internet kullanma durumunun MHRS uygulamasının kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulamasıyla ilgili kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 27. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.609	1.043	F=1.245 p=0.291
26-35	93	1.817	1.375	
36-45	86	1.733	1.367	
46-55	62	1.855	1.304	
56+	76	1.487	1.013	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.751	1.247	t=1.164 p=0.245
Kadın	209	1.617	1.180	
Medeni Durum				
Evli	238	1.727	1.268	t=-0.541 p=0.501
Evli Değil	211	1.649	1.159	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.446	1.073	F=4.795 p=0.001 3> 1, 4
Lise	101	1.821	1.367	
Ön Lisans	47	2.277	1.584	
Lisans	144	1.535	0.967	
Lisansüstü	61	1.803	1.249	

Tablo 27. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.800	1.269	F=0.495 p=0.739
2001-3000	118	1.593	1.119	
3001-4000	63	1.794	1.358	
4001-5000	51	1.745	1.309	
5001+	93	1.785	1.284	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.800	1.215	F=0.348 p=0.706
İlçe	60	1.583	1.109	
İl	359	1.684	1.231	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.720	1.229	t=1.903 p=0.058
Hayır	35	1.314	0.993	
İller				
Isparta	150	1.567	1.032	F=6.026 p=0.003 3> 1, 2
Antalya	150	1.533	1.115	
Burdur	150	1.967	1.426	

Tablo 27’de “Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)” uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. SABİM uygulamasının puanları araştırmaya katılanların yaşına (F=1.245, p=0.291), cinsiyetine (t=1.164, p=0.245), medeni durumuna (t=-0.541, p=0.501), gelir durumuna (F=0.495, p=0.739), yerleşim yerine (F=0.348, p=0.706) ve internet kullanımına (t=1.903 p=0.058) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların SABİM uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.795, p=0.001). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların lisans ile ilköğretim seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde SABİM uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir

farklılık bulunmuştur (F=6.026, p=0.003).Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Burdur ilindeki katılımcıların puanının Isparta ile Antalya illerindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) uygulamasıyla ilgili kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 28’de gösterilmektedir.

Tablo 28. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.053	1.453	F=4.502 p=0.001 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	2.183	1.503	
36-45	86	1.849	1.393	
46-55	62	1.935	1.366	
56+	76	1.355	0.890	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.751	1.247	t=-1.335 p=0.183
Kadın	209	1.617	1.180	
Medeni Durum				
Evli	238	1.832	1.349	t=-1.249 p=0.212
Evli Değil	211	1.995	1.419	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.348	0.857	F=7.070 p=0.000 1, 2 < 3, 4, 5
Lise	101	1.772	1.348	
Ön Lisans	47	2.340	1.508	
Lisans	144	2.097	1.445	
Lisansüstü	61	2.246	1.588	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.986	1.479	F=2.780 p=0.027 5 > 2
2001-3000	118	1.653	1.187	
3001-4000	63	2.063	1.523	
4001-5000	51	1.784	1.254	
5001+	93	2.258	1.532	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.900	1.423	F=0.031 p=0.970
İlçe	60	1.950	1.395	
İl	359	1.903	1.382	

Tablo 28. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.973	1.411	t=3.577 p=0.000
Hayır	35	1.114	0.530	
İller				
Isparta	150	1.867	1.273	F=2.287 p=0.103
Antalya	150	1.760	1.324	
Burdur	150	2.093	1.525	

Tablo 28’de Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-Nabız) uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. E-Nabız uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-1.335$, $p=0.183$), medeni durumuna ($t=-1.249$, $p=0.212$), yerleşim yerlerine ($F=0.031$, $p=0.970$) ve illere ($F=2.287$, $p=0.103$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların e-Nabız uygulamasından aldıkları katılım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=4.502$, $p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 yaş ve üstü grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın e-Nabız uygulamasının kullanımında etkili bir değişken olduğu sonucuna varılabilir. Benzer şekilde katılımcıların e-Nabız uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=7.070$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim ile lise seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans ve üzeri seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitim durumunun, katılımcıların e-Nabız uygulamasını kullanma düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmadaki katılımcıların e-Nabız uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=2.780$, $p=0.027$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri

gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların e-Nabız uygulaması ile ilgili kullanım düzeyi puanları internet kullanımlarına göre karşılaştırıldığında, internet kullananların (1.973±1.411) kullanmayanlara (1.114±0.530) göre daha yüksek puan aldıkları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t=3.577$ $p=0.000$). Buradan internet kullanma durumunun e-Nabız uygulamasının kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) uygulamasını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 29’da gösterilmektedir.

Tablo 29. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.256	0.765	F=2.482 p=0.043 4>5
26-35	93	1.398	1.023	
36-45	86	1.256	0.857	
46-55	62	1.468	0.953	
56+	76	1.079	0.317	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.369	0.953	t=2.355 p=0.019
Kadın	209	1.187	0.634	
Medeni Durum				
Evli	238	1.286	0.828	t=0.017 p=0.986
Evli Değil	211	1.284	0.825	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.152	0.592	F=3.435 p=0.009 3> 1, 4
Lise	101	1.356	0.976	
Ön Lisans	47	1.638	1.206	
Lisans	144	1.194	0.583	
Lisansüstü	61	1.311	0.941	

Tablo 29. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.329	0.928	F=0.344 p=0.848
2001-3000	118	1.246	0.727	
3001-4000	63	1.238	0.837	
4001-5000	51	1.255	0.771	
5001+	93	1.355	0.905	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.433	1.073	F=0.608 p=0.545
İlçe	60	1.317	0.873	
İl	359	1.267	0.795	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.308	0.855	t=2.132 p=0.034
Hayır	35	1.000	0.000	
İller				
Isparta	150	1.187	0.548	F=3.018 p=0.050
Antalya	150	1.253	0.787	
Burdur	150	1.413	1.050	

Tablo 29’da “Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)” uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. ESİM uygulamasının puanları araştırmaya katılanların medeni durumuna ($t=0.017$, $p=0.986$), gelir durumuna ($F=0.344$, $p=0.848$), yerleşim yerine ($F=0.608$, $p=0.545$) ve illere ($F=3.018$, $p=0.050$) göre karşılaştırıldığında gruplara arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların ESİM uygulamasından aldıkları katılım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=2.482$, $p=0.043$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 46-55 yaş grubu puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın ESİM uygulamasının kullanım düzeyinde etkili bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların ESİM uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=2.355$, $p=0.019$). Erkek katılımcıların (1.369 ± 0.953) kadın katılımcılara

(1.187±0.634) göre puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre ESİM uygulamasını daha az kullandığı sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların ESİM uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.435, p=0.009). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim ile lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitimin ESİM uygulamasının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde araştırmaya katılanların ESİM uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=2.132, p=0.034). İnternet kullananların puanı (1.308±0.855) internet kullanmayanların puanından (1.000±0.000) daha yüksektir. Buradan internet kullanma durumunun ESİM uygulamasının kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulamasını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 30'da gösterilmektedir.

Tablo 30. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.331	0.805	F=1.401 p=0.233
26-35	93	1.473	1.079	
36-45	86	1.430	1.143	
46-55	62	1.629	1.059	
56+	76	1.289	0.813	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.461	1.033	t=1.104 p=0.270
Kadın	209	1.359	0.904	

Tablo 30. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Medeni Durum				
Evli	238	1.445	1.045	t=0.717 p=0.474
Evli Değil	211	1.379	0.894	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.315	0.937	F=2.563 p=0.038 3>1, 4, 5
Lise	101	1.475	1.073	
Ön Lisans	47	1.809	1.279	
Lisans	144	1.333	0.845	
Lisansüstü	61	1.361	0.857	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.414	1.070	F=0.284 p=0.888
2001-3000	118	1.407	0.954	
3001-4000	63	1.429	1.058	
4001-5000	51	1.314	0.812	
5001+	93	1.495	1.028	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.300	0.877	F=0.247 p=0.781
İlçe	60	1.450	0.964	
İl	359	1.418	0.988	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.431	0.992	t=1.349 p=0.178
Hayır	35	1.200	0.719	
İller				
Isparta	150	1.440	0.959	F=3.515 p=0.031 3>1, 2
Antalya	150	1.253	0.779	
Burdur	150	1.547	1.139	

Tablo 30'da Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulamasının puanları araştırmaya katılanların yaşı (F=1.401, p=0.233), cinsiyeti (t=1.104, p=0.270), medeni durumu (t=0.717, p=0.474), gelir durumu (F=0.284, p=0.888), yerleşim yeri (F=0.247, p=0.781) ve internet kullanımına (t=1.349, p=0.178) göre karşılaştırıldığında gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=2.563, p=0.038). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim, lisans ve lisansüstü seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulamasının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=3.515, p=0.031). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Burdur ilindeki katılımcıların puanının Antalya ile Isparta illerindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulamasını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 31’de gösterilmektedir.

Tablo 31. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.233	0.717	F=3.639 p=0.006 2, 4>5
26-35	93	1.419	1.046	
36-45	86	1.140	0.577	
46-55	62	1.419	0.967	
56+	76	1.053	0.278	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.274	0.796	t=0.736 p=0.462
Kadın	209	1.220	0.746	
Medeni Durum				
Evli	238	1.256	0.825	t=0.199 p=0.842
Evli Değil	211	1.242	0.713	

Tablo 31. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.174	0.750	F=1.284 p=0.276
Lise	101	1.238	0.789	
Ön Lisans	47	1.426	1.037	
Lisans	144	1.201	0.610	
Lisansüstü	61	1.361	0.895	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.300	0.968	F=0.586 p=0.673
2001-3000	118	1.229	0.697	
3001-4000	63	1.159	0.545	
4001-5000	51	1.255	0.771	
5001+	93	1.344	0.961	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.300	0.915	F=0.094 p=0.911
İlçe	60	1.267	0.800	
İl	359	1.242	0.758	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.265	0.797	t=1.531 p=0.127
Hayır	35	1.057	0.338	
İller				
Isparta	150	1.207	0.616	F=2.385 p=0.093
Antalya	150	1.180	0.646	
Burdur	150	1.360	0.992	

Tablo 31’de Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulamasının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=0.736$, $p=0.462$), medeni durumuna ($t=0.199$, $p=0.842$), eğitim durumuna ($F=1.284$, $p=0.276$), gelir durumuna ($F=0.586$, $p=0.673$), yerleşim yerine ($F=0.094$ $p=0.911$), internet kullanımına ($t=1.531$, $p=0.127$) ve illerine ($F=2.385$, $p=0.093$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların Sağlık Bakanlığı Teletıp sistemi uygulamasından aldıkları katılım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3.639$, $p=0.006$). Yapılan ileri

analizlerde bu farkın, 26-35 ile 46-55 yaş gruplarının puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın Teletıp uygulamasının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarını (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.) kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 32’de gösterilmektedir.

Tablo 32. Mobil Cihazlardaki Sağlıklı Yaşam Uygulamaları Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.316	1.564	F=11.909 p= 0.000 1,2 > 3, 4, 5
26-35	93	2.355	1.613	
36-45	86	1.698	1.218	
46-55	62	1.484	1.004	
56+	76	1.276	0.842	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.685	1.204	t=-3.794 p=0.000
Kadın	209	2.182	1.571	
Medeni Durum				
Evli	238	1.735	1.313	t=-2.939 p=0.003
Evli Değil	211	2.123	1.485	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.446	1.133	F=5.627 p=0.000 5>2, 1 3>1
Lise	101	1.723	1.266	
Ön Lisans	47	2.170	1.619	
Lisans	144	2.097	1.435	
Lisansüstü	61	2.344	1.580	
Gelir Durumu				
-2000	70	1.857	1.427	F=0.478 p=0.752
2001-3000	118	1.898	1.386	
3001-4000	63	2.079	1.609	
4001-5000	51	1.843	1.419	
5001+	93	2.075	1.439	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.667	1.295	F=0.639 p=0.528

Tablo 32. Mobil Cihazlardaki Sağlıklı Yaşam Uygulamaları Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İlçe	60	1.850	1.424	
İl	359	1.950	1.415	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.988	1.439	t=3.815 p=0.000
Hayır	35	1.057	0.338	
İller				
Isparta	150	1.933	1.349	F=0.018 p=982
Antalya	150	1.907	1.435	
Burdur	150	1.907	1.444	

Tablo 32’de Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları puanları araştırmaya katılanların gelir durumuna (F=0.478, p=0.752), yerleşim yerine (F=0.639, p=0.528) ve yaşadıkları illere (F=0.018, p=982) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları katılım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=11.909, p= 0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş gruplarının puanının 36 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yaş arttıkça mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının kullanım düzeyinin azaldığı görülmektedir. Buradan yaşın mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-3.794, p=0.000). Kadın katılımcıların (2.182±1.571) erkek katılımcılara (1.685±1.204) göre puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarını daha çok kullandığı sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları kullanım düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.939$, $p=0.003$). Evli olmayan katılımcıların puanının (2.123 ± 1.485) evli olan katılımcıların puanlarından (1.735 ± 1.313) daha yüksek olduğu görülmektedir. Buradan medeni durumun, katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ile ilgili kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5.627$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olması ve lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise ile ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının kullanımı artmaktadır. Eğitimin mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son olarak katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=3.815$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (1.988 ± 1.439) internet kullanmayanların puanından (1.057 ± 0.338) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki “ilaç hatırlatma” uygulamalarını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 33’de gösterilmektedir.

Tablo 33. İlaç Hatırlatma Uygulamaları Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.398	0.992	F=0.805 p=0.523
26-35	93	1.570	1.246	
36-45	86	1.326	0.939	
46-55	62	1.435	1.018	
56+	76	1.342	0.873	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.402	0.979	t=-0.290 p=0.772
Kadın	209	1.431	1.077	
Medeni Durum				
Evli	238	1.420	1.035	t=0.081 p=0.936
Evli Değil	211	1.412	1.017	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.370	0.946	F=0.845 p=0.497
Lise	101	1.495	1.163	
Ön Lisans	47	1.617	1.208	
Lisans	144	1.340	0.886	
Lisansüstü	61	1.393	1.084	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.443	1.016	F=0.694 p=0.597
2001-3000	118	1.356	0.957	
3001-4000	63	1.365	1.021	
4001-5000	51	1.353	0.890	
5001+	93	1.570	1.246	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.667	1.348	F=1.197 p=0.303
İlçe	60	1.483	1.127	
İl	359	1.384	0.976	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.441	1.057	t=1.816 p=0.070
Hayır	35	1.114	0.404	
İller				
Isparta	150	1.267	0.730	F=2.470 p=0.086
Antalya	150	1.467	1.066	
Burdur	150	1.513	1.208	

Tablo 33’de ilaç hatırlatma uygulamaları kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir. İlaç hatırlatma uygulamaları puanları araştırmaya katılanların yaşına (F=0.805, p=0.523), cinsiyetine (t=-0.290, p=0.772), medeni durumuna (t=0.081, p=0.936), eğitim durumuna (F=0.845, p=0.497), gelir durumuna (F=0.694, p=0.597), yerleşim yerine (F=1.197 p=0.303), internet kullanım durumuna (t=1.816, p=0.070) ve illerine (F=2.470,, p=0.086) göre karşılaştırıldığında gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sağlıklı yaşam için mobil cihazlardaki “kalp ritmi ölçme” uygulamasını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 34’de gösterilmektedir.

Tablo 34. Kalp Ritmi Ölçme Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.571	1.130	F=2.771 p=0.027 2>5
26-35	93	1.914	1.412	
36-45	86	1.453	1.124	
46-55	62	1.532	1.183	
56+	76	1.368	0.964	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.659	1.259	t=1.456 p=0.146
Kadın	209	1.493	1.088	
Medeni Durum				
Evli	238	1.571	1.035	t=-0.187 p=0.852
Evli Değil	211	1.592	1.017	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.326	0.962	F=4.273 p=0.002 5 > 4, 1 3>1
Lise	101	1.545	1.204	
Ön Lisans	47	1.936	1.374	
Lisans	144	1.479	1.010	
Lisansüstü	61	1.984	1.533	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.486	1.060	F=0.953 p=0.434
2001-3000	118	1.500	1.123	

Tablo 34. Kalp Ritmi Ölçme Uygulaması Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

3001-4000	63	1.667	1.320	
4001-5000	51	1.686	1.241	
5001+	93	1.774	1.295	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.700	1.512	F=0.209 p=0.812
İlçe	60	1.617	1.166	
İl	359	1.565	1.161	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.617	1.214	t=2.285 p=0.023
Hayır	35	1.143	0.601	
İller				
Isparta	150	1.507	1.048	F=0.774 p=0.462
Antalya	150	1.560	1.173	
Burdur	150	1.673	1.318	

Tablo 34’de “Kalp ritmi ölçme” uygulaması kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. “Kalp ritmi ölçme” uygulaması puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=1.456$, $p=0.146$), medeni durumuna ($t=-0.187$, $p=0.852$), gelir durumuna ($F=0.953$, $p=0.434$), yerleşim yerine ($F=0.209$, $p=0.812$) ve illerine ($F=0.774$, $p=0.462$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların kalp ritmi ölçme uygulamasından aldıkları katılım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=2.771$, $p=0.027$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 yaş grubun puanının 56 ve üstü yaş grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaş arttıkça kalp ritmi ölçme uygulaması kullanım düzeyinin azaldığı ve yaşın bu uygulamanın kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların kalp ritmi ölçme uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.273$, $p=0.002$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın,

lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lisans ile ilköğretim seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olması ve ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitimin kalp ritmi ölçme uygulamasının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

Son bulgu olarak katılımcıların kalp ritmi ölçme uygulamasından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=2.285$, $p=0.023$) ve internet kullananların puanının (1.617 ± 1.214) internet kullanmayanların puanından (1.143 ± 0.601) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun kalp ritmi ölçme uygulaması kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazları kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 35’de gösterilmektedir.

Tablo 35. Taşınabilir Tıbbi Cihazların Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.383	0.975	F=0.637 p=0.636
26-35	93	1.344	0.938	
36-45	86	1.221	0.742	
46-55	62	1.403	0.931	
56+	76	1.263	0.885	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.369	0.940	t=1.074 p=0.283
Kadın	209	1.278	0.860	
Medeni Durum				
Evli	238	1.298	0.866	t=-0.723 p=0.470
Evli Değil	211	1.360	0.948	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.250	0.897	F=1.416 p=0.227
Lise	101	1.327	0.884	

Tablo 35. Taşınabilir Tıbbi Cihazların Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Ön Lisans	47	1.596	1.245	
Lisans	144	1.271	0.786	
Lisansüstü	61	1.393	0.918	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.457	1.112	F=0.444 p=0.776
2001-3000	118	1.373	0.941	
3001-4000	63	1.286	0.923	
4001-5000	51	1.255	0.796	
5001+	93	1.344	0.903	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.600	1.329	F=1.707 p=0.183
İlçe	60	1.383	1.010	
İl	359	1.295	0.840	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.352	0.936	t=2.038 p=0.042
Hayır	35	1.029	0.169	
İller				
Isparta	150	1.247	0.675	F=10.162 p=0.000
Antalya	150	1.147	0.572	
Burdur	150	1.587	1.254	3 > 2, 1

Tablo 35’de taşınabilir tıbbi cihazların kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Taşınabilir tıbbi cihazların puanları araştırmaya katılanların yaşına (F=0.637, p=0.636), cinsiyetine (t=1.074, p=0.283), medeni durumuna (t=-0.723, p=0.470), eğitim durumuna (F=1.416, p=0.227), gelir durumuna (F=0.444, p=0.776) ve yerleşim yerlerine (F=1.707, p=0.183) göre karşılaştırıldığında gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların taşınabilir tıbbi cihazlardan aldıkları kullanım düzeyi internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında, internet kullananların (1.352±0.936) kullanmayanlara (1.029±0.169) göre daha yüksek olduğu ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir (t=2.038, p=0.042). Buradan internet kullanma durumunun taşınabilir tıbbi cihazların kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların taşınabilir tıbbi

cihazlardan aldıkları kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=10.162$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Burdur ilindeki katılımcıların puanlarının Antalya ile Isparta illerindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan ilin taşınabilir tıbbi cihazların kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazları kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 36’da gösterilmektedir.

Tablo 36. Giyilebilir Tıbbi Cihazların Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.338	0.928	F=1.277 p=0.278
26-35	93	1.398	0.980	
36-45	86	1.267	0.913	
46-55	62	1.371	0.962	
56+	76	1.118	0.489	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.378	0.940	t=1.889 p=0.060
Kadın	209	1.220	0.860	
Medeni Durum				
Evli	238	1.269	0.834	t=-0.920 p=0.358
Evli Değil	211	1.346	0.940	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.207	0.778	F=0.963 p=0.428
Lise	101	1.317	0.905	
Ön Lisans	47	1.511	1.159	
Lisans	144	1.285	0.833	
Lisansüstü	61	1.344	0.911	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.429	1.015	F=0.523 p=0.719
2001-3000	118	1.237	0.724	
3001-4000	63	1.365	1.097	
4001-5000	51	1.314	0.948	
5001+	93	1.323	0.911	

Tablo 36. Giyilebilir Tıbbi Cihazların Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.433	1.104	F=1.181 p=0.308
İlçe	60	1.433	1.047	
İl	359	1.273	0.834	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.323	0.913	t=1.526 p=0.128
Hayır	35	1.086	0.373	
İller				
Isparta	150	1.260	0.709	F=6.184 p=0.002 3 > 2,1
Antalya	150	1.153	0.632	
Burdur	150	1.500	1.180	

Tablo 36’da giyilebilir tıbbi cihazların kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Giyilebilir tıbbi cihazların puanları araştırmaya katılanların yaşlarına (F=1.277, p=0.278), cinsiyetlerine (t=1.889, p=0.060), medeni durumlarına (t=-0.920, p=0.358), eğitim durumlarına (F=0.963, p=0.428), gelir durumlarına (F=0.523, p=0.719), yerleşim yerlerine (F=1.181, p=0.308) ve internet kullanım durumlarına (t=1.526, p=0.128) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmadaki katılımcıların giyilebilir tıbbi cihazlardan aldıkları kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (F=6.184, p=0.002). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Burdur ilindeki katılımcıların puanlarının Antalya ile Isparta illerindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan ilin giyilebilir tıbbi cihazların kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

3.2.7.5. Dijital Sağlık İmkânlarının Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bakımından Dijital Sağlık İmkânları Bilgi Düzeyi puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyans analizlerinde farklılık tespit edildiğinde,

farkın kaynağını bulmak için Tukey's-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bilgiler sırası ile Tablo 37, Tablo 38, Tablo 39, Tablo 40, Tablo 41, Tablo 42, Tablo 43, Tablo 44, Tablo 45 ve Tablo 46'da gösterilmektedir.

Gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılmasıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 37'de gösterilmektedir.

Tablo 37. Gidilecek Hastaneyi Önceden İnternet Üzerinden Araştırabilme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	4.158	1.272	F=21.463 p=0.000 1, 2 > 4, 5 3>1
26-35	93	4.140	1.282	
36-45	86	3.674	1.506	
46-55	62	3.210	1.559	
56+	76	2.487	1.562	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.510	1.558	t=-2.060 p=0.040
Kadın	209	3.809	1.501	
Medeni Durum				
Evli	238	3.366	1.614	t=-4.210 p=0.000
Evli Değil	211	3.967	1.385	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.554	1.626	F=20.384 p=0.000 5 > 3, 2, 1 4 > 1
Lise	101	3.653	1.500	
Ön Lisans	47	3.638	1.538	
Lisans	144	4.104	1.244	
Lisansüstü	61	4.262	1.182	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.414	1.637	F=4.165 p=0.003 5 > 1, 2
2001-3000	118	3.381	1.659	
3001-4000	63	3.905	1.521	
4001-5000	51	3.784	1.404	
5001+	93	4.129	1.218	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.367	1.790	F=1.033 p=0.357
İlçe	60	3.850	1.482	
İl	359	3.635	1.524	

Tablo 37. Gidilecek Hastaneyi Önceden İnternet Üzerinden Araştırabilme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.836	1.427	t=9.796 p=0.000
Hayır	35	1.429	0.948	
İller				
Isparta	150	3.640	1.480	F=0.344 p=0.709
Antalya	150	3.727	1.560	
Burdur	150	3.580	1.573	

Tablo 37’de gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yeri (F=1.033, p=0.357) ve illerine (F=0.344, p=0.709) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=21.463, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş gruplarının puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından ve 36-45 yaş grubunun puanının 56 ve üstü yaş grubunun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı ilerledikçe gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı bilgi düzeyinin azaldığı görülmektedir. Buradan yaşın gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı bilgi düzeyi üzerinden etkili bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Benzer bir şekilde katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-2.060, p=0.040). Kadın katılımcıların (3.809±1.501) erkek katılımcılara (3.510±1.558) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilmesi ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-4.210$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanının (3.967 ± 1.385) evli olan katılımcıların puanlarından (3.366 ± 1.614) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=20.384$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans ve altı seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından ve ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı arttıkça gidilecek hastanenin internet üzerinden araştırılabileceğini biliyor olma düzeyleri artmaktadır. Buradan eğitimin bu imkân üzerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.165$, $p=0.003$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesinde olan grubun puanının 3000 TL ve altı gelir seviyesinde olan grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların geliri arttıkça gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabileceğini biliyor olma düzeyinin de arttığı ve gelir değişkeninin bu imkânın bilgi düzeyinde etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Aynı şekilde katılımcıların gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=9.796$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (3.836 ± 1.427) internet kullanmayanların puanından (1.429 ± 0.948) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan

internet kullanma durumunun gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

İhtiyaç halinde en iyi hekimi internet üzerinden araştırma imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 38’de gösterilmektedir.

Tablo 38. İnternet Üzerinden Hekim Araştırma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.865	1.342	F=13.514 p=0.000 2 > 3, 4, 5 1 > 5
26-35	93	4.333	1.116	
36-45	86	3.570	1.484	
46-55	62	3.419	1.466	
56+	76	2.513	1.596	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.419	1.537	t=-3.007 p=0.003
Kadın	209	3.842	1.431	
Medeni Durum				
Evli	238	3.378	1.586	t=-3.556 p=0.000
Evli Değil	211	3.877	1.357	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	3.630	1.595	F=15.438 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.673	1.504	
Ön Lisans	47	3.787	1.429	
Lisans	144	3.951	1.265	
Lisansüstü	61	4.115	1.240	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.371	1.626	F=4.112 p=0.003 5 > 1, 2, 3, 4
2001-3000	118	3.381	1.513	
3001-4000	63	3.810	1.424	
4001-5000	51	3.843	1.461	
5001+	93	4.086	1.257	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.167	1.783	F=1.543 p=0.215
İlçe	60	3.733	1.471	
İl	359	3.630	1.480	

Tablo 38. İnternet Üzerinden Hekim Araştırma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.771	1.407	t=8.090 p=0.000
Hayır	35	1.771	1.374	
İller				
Isparta	150	3.660	1.460	F=0.287 p=0.751
Antalya	150	3.647	1.524	
Burdur	150	3.540	1.527	

Tablo 38’de internet üzerinden hekim araştırma imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden hekim araştırma imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yeri (F=1.543, p=0.215) ve illerine (F=0.287, p=0.751) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=13.514, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 yaş grubun puanının 36 ve üzeri yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından ve 56 yaş ve üzeri yaş grubun puanının 25 yaş ve altı yaş grubun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı ilerledikçe internet üzerinden hekim araştırma imkânı bilgi düzeyinin azaldığı görülmektedir. Buradan yaşın internet üzerinden hekim araştırma imkânı bilgi düzeyi üzerinden etkili bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-3.007, p=0.003). Kadın katılımcıların (3.842±1.431) erkek katılımcılara (3.419±1.537) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden hekim araştırma ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir

farklılık olduğu bulunmuş ($t=-3.556$, $p=0.000$) ve evli olmayan katılımcıların puanının (3.877 ± 1.357) evli olan katılımcıların puanlarından (3.378 ± 1.586) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=15.438$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi azaldıkça internet üzerinden hekim araştırılabileceği ile ilgili bilgi düzeyi de azalmaktadır. Buradan eğitim durumunun katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânı bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.112$, $p=0.003$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesinde olan grubun puanının diğer gelir seviyesindeki grupların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânı hakkındaki bilgi düzeylerini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=8.090$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.771 ± 1.407) internet kullanmayanların puanından (1.771 ± 1.374) daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden hekim araştırma imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 39'da gösterilmektedir.

Tablo 39. İnternet Üzerinden En Yakın Eczaneyi Bulma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	4.301	1.193	F=33.109 p=0.000 1,2>4,5 3>5
26-35	93	4.452	1.089	
36-45	86	4.047	1.264	
46-55	62	3.629	1.428	
56+	76	2.408	1.626	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.739	1.517	t=-2.050 p=0.041
Kadın	209	4.024	1.419	
Medeni Durum				
Evli	238	3.546	1.616	t=-5.111 p=0.000
Evli Değil	211	4.242	1.208	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.772	1.704	F=20.650 p=0.000 1>2, 3, 4, 5
Lise	101	4.030	1.315	
Ön Lisans	47	3.915	1.427	
Lisans	144	4.250	1.226	
Lisansüstü	61	4.410	1.039	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.843	1.431	F=6.117 p=0.000 5, 4, 3 > 2
2001-3000	118	3.398	1.700	
3001-4000	63	4.302	1.213	
4001-5000	51	4.118	1.291	
5001+	93	4.183	1.242	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.567	1.716	F=0.756 p=0.470
İlçe	60	3.817	1.652	
İl	359	3.903	1.428	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	4.063	1.334	t=10.571 p=0.000
Hayır	35	1.600	1.193	
İller				
Isparta	150	4.000	1.366	F=1.050 p=0.351
Antalya	150	3.833	1.517	
Burdur	150	3.780	1.545	

Tablo 39’da internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yeri ($F=0.756$, $p=0.470$) ve illerine ($F=1.050$, $p=0.351$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=33.109$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş gruplarının puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından ve 56 yaş üstü yaş grubunun puanının 36-45 yaş grubunun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı arttık internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı bilgi düzeyi azalmaktadır. Buradan yaşın, internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı bilgi düzeyi üzerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Benzer şekilde katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.050$, $p=0.041$). Kadın katılımcıların (4.024 ± 1.419) erkek katılımcılara (3.739 ± 1.517) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-5.111$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanının (4.242 ± 1.208) evli olan katılımcıların puanlarından (3.546 ± 1.616) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buradan medeni durumun katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=20.650$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde

eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmaya dair bilgi düzeyi de artmaktadır. Buradan eğitimin, internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmaya dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.117$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 2001-3000 TL gelir seviyesinde olan grubun puanının 3001 TL ve üzeri gelir seviyesinde olan grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların gelir seviyesi arttıkça internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmak ile ilgili bilgi düzeyi de artmaktadır.

Son bulgu olarak katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=10.571$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (4.063 ± 1.334) internet kullanmayanların puanından (1.600 ± 1.193) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 40'da gösterilmektedir.

Tablo 40. İnternet Üzerinden Nöbetçi Eczaneyi Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	4.398	1.154	F=32.624 p=0.000 1, 2 > 4, 5 3, 4 > 5
26-35	93	4.559	1.026	
36-45	86	4.233	1.155	
46-55	62	3.823	1.349	
56+	76	2.605	1.634	

Tablo 40. İnternet Üzerinden Nöbetçi Eczaneyi Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Cinsiyet				
Erkek	241	3.929	1.429	t=-1.421 p=0.156
Kadın	209	4.120	1.401	
Medeni Durum				
Evli	238	3.731	1.546	t=-4.616 p=0.000
Evli Değil	211	4.336	1.181	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.978	1.697	F=21.465 p=0.000 5 > 3, 1 4, 3, 2 > 1
Lise	101	4.089	1.327	
Ön Lisans	47	4.000	1.383	
Lisans	144	4.438	1.056	
Lisansüstü	61	4.574	0.939	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	4.029	1.372	F=8.994 p=0.000 5, 4, 3, 1 > 2
2001-3000	118	3.475	1.678	
3001-4000	63	4.381	1.113	
4001-5000	51	4.157	1.271	
5001+	93	4.495	0.974	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.533	1.737	F=1.886 p=0.153
İlçe	60	4.017	1.600	
İl	359	4.056	1.353	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	4.207	1.255	t=10.990 p=0.000
Hayır	35	1.771	1.308	
İller				
Isparta	150	4.153	1.330	F=1.050 p=0.351
Antalya	150	3.967	1.430	
Burdur	150	3.933	1.487	

Tablo 40’da internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek imkânının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine (t=-1.421, p=0.156), yerleşim yerine (F=1.886, p=0.153) ve illerine (F=1.050, p=0.351) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=32.624$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş gruplarının puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından ve 36-45 ile 46-55 yaş gruplarının puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-4.616$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanının (4.336 ± 1.181) evli olan katılımcıların puanlarından (3.731 ± 1.546) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buradan medeni durumun katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=21.465$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise, ön lisans ve lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olması ve lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans ile ilköğretim seviyelerinden eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânı ile ilgili bilgi düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=8.994$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 2001-3000 TL gelir seviyesinde olan grubun puanının diğer gelir seviyelerinde olan grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin internet üzerinden nöbetçi eczane öğrenme ile ilgili bilgi

düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=10.990$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (4.207 ± 1.255) internet kullanmayanların puanından (1.771 ± 1.308) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 41’de gösterilmektedir.

Tablo 41. İnternet Üzerinden Sağlık Bilgisi Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.752	1.411	F=13.700 p=0.000 2 > 4, 5 3, 1 > 5
26-35	93	4.032	1.289	
36-45	86	3.767	1.453	
46-55	62	3.306	1.521	
56+	76	2.526	1.604	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.378	1.574	t=-2.508 p=0.013
Kadın	209	3.737	1.445	
Medeni Durum				
Evli	238	3.412	1.567	t=-1.916 p=0.056
Evli Değil	211	3.687	1.466	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.696	1.662	F=12.382 p=0.000 5 > 2, 1 4, 3, 2 > 1
Lise	101	3.505	1.534	
Ön Lisans	47	3.596	1.499	
Lisans	144	3.840	1.299	
Lisansüstü	61	4.180	1.232	

Tablo 41. İnternet Üzerinden Sağlık Bilgisi Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.371	1.580	F=6.375 p=0.000 5 > 2, 1 4, 3 > 1
2001-3000	118	3.161	1.633	
3001-4000	63	3.968	1.356	
4001-5000	51	3.804	1.296	
5001+	93	4.032	1.272	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.033	1.608	F=2.107 p=0.123
İlçe	60	3.433	1.566	
İl	359	3.602	1.506	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.711	1.431	t=8.595 p=0.000
Hayır	35	1.571	1.195	
İller				
Isparta	150	3.733	1.469	F=1.768 p=0.172
Antalya	150	3.427	1.560	
Burdur	150	3.473	1.536	

Tablo 41’de internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânının puanları araştırmaya katılanların medeni durumuna ($t=-1.916$, $p=0.056$), yerleşim yerine ($F=2.107$, $p=0.123$) ve illerine ($F=1.768$, $p=0.172$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=13.700$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 46 ve üstü yaş gruplarının puanının 26-35 yaş grubun puanından daha düşük olmasından ve 25 ve altı ile 36-45 yaş gruplarının puanının 56 yaş ve üstü grubun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan anlaşılmaktadır ki, katılımcıların yaşı arttıkça internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme ile ilgili bilgi düzeyi azalmaktadır. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre

karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.508$, $p=0.013$). Kadın katılımcıların (3.737 ± 1.445) erkek katılımcılara (3.378 ± 1.574) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=12.382$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise ile ilköğretim seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olması ve ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise, ön lisans ve lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme ile ilgili bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisini öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.375$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 3000 TL ve altı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olması ve 2000 TL ve altı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 3001-4000 ile 4001-5000 TL seviyelerinde gelire sahip olan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelir arttıkça katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme ile ilgili bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=8.595$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.711 ± 1.431) internet kullanmayanların puanından (1.571 ± 1.195) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden sağlık bilgisini öğrenme imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 42’de gösterilmektedir.

Tablo 42. Laboratuvar Sonuçlarını İnternet Üzerinden Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.962	1.616	F=5.151 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	3.172	1.692	
36-45	86	2.837	1.693	
46-55	62	2.774	1.683	
56+	76	2.092	1.435	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.722	1.626	t=-1.195 p=0.233
Kadın	209	2.909	1.692	
Medeni Durum				
Evli	238	2.748	1.667	t=-0.762 p=0.446
Evli Değil	211	2.867	1.645	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.696	1.247	F=15.964 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	2.931	1.699	
Ön Lisans	47	2.894	1.710	
Lisans	144	3.229	1.541	
Lisansüstü	61	3.279	1.644	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.486	1.613	F=6.496 p=0.000 5 > 3, 2, 1
2001-3000	118	2.458	1.539	
3001-4000	63	2.778	1.699	
4001-5000	51	3.078	1.573	
5001+	93	3.484	1.672	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.733	1.617	F=0.102 p=0.903
İlçe	60	2.733	1.635	
İl	359	2.822	1.667	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.925	1.648	t=5.282 p=0.000
Hayır	35	1.429	1.037	

Tablo 42. Laboratuvar Sonuçlarını İnternet Üzerinden Öğrenme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İller				
Isparta	150	2.940	1.660	F=0.971 p=0.379
Antalya	150	2.673	1.616	
Burdur	150	2.813	1.696	

Tablo 42’de laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-1.195$, $p=0.233$), medeni durumuna ($t=-0.762$, $p=0.446$), yerleşim yerine ($F=0.102$, $p=0.903$) ve illerine ($F=0.971$, $p=0.379$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5.151$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı arttıkça laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme ile ilgili bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=15.964$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitimin katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenmeye dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu ve katılımcıların eğitim seviyesi azaldıkça laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme ile ilgili bilgi düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=6.496, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 4000 TL ve altı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenmeleri ile ilgili bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş (t=5.282, p=0.000) ve internet kullananların puanının (2.925±1.648) internet kullanmayanların puanından (1.429±1.037) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 43’de gösterilmektedir.

Tablo 43. Mobil Cihazlardan Kilo, Diyet ve Egzersiz Rutinlerinin Takip Edilmesi İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.977	1.588	F=10.660 p=0.000 1, 2 > 3, 4, 5
26-35	93	3.086	1.646	
36-45	86	2.349	1.600	
46-55	62	2.371	1.550	
56+	76	1.776	1.207	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.386	1.583	t=-2.970 p=0.003
Kadın	209	2.833	1.601	
Medeni Durum				
Evli	238	2.319	1.599	t=-3.885 p=0.000
Evli Değil	211	2.900	1.607	

Tablo 43. Mobil Cihazlardan Kilo, Diyet ve Egzersiz Rutinlerinin Takip Edilmesi İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.826	1.298	F=10.279 p=0.000 5, 4 > 2, 1 3 > 1
Lise	101	2.376	1.580	
Ön Lisans	47	2.723	1.664	
Lisans	144	3.014	1.591	
Lisansüstü	61	3.049	1.607	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.429	1.519	F=4.310 p=0.002 5 > 2
2001-3000	118	2.263	1.435	
3001-4000	63	2.810	1.703	
4001-5000	51	2.706	1.701	
5001+	93	3.118	1.661	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.433	1.612	F=0.632 p=0.532
İlçe	60	2.417	1.565	
İl	359	2.635	1.615	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.708	1.607	t=5.400 p=0.000
Hayır	35	1.229	0.690	
İller				
Isparta	150	2.720	1.610	F=0.778 p=0.460
Antalya	150	2.493	1.558	
Burdur	150	2.567	1.648	

Tablo 43’de mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yerine (F=0.632, p=0.532) ve yaşadıkları illere (F=0.778, p=0.460) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=10.660, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş grupların puanının 36 ve

üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesine dair bilgi düzeylerinde etkili bir değişken olduğu ve bu bilgi düzeyinin katılımcıların yaşı ilerledikçe azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.970$, $p=0.003$). Kadın katılımcıların (2.833 ± 1.601) erkek katılımcılara (2.386 ± 1.583) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-3.885$, $p=0.000$). Evli olmayan katılımcıların puanının (2.900 ± 1.607) evli olan katılımcıların puanlarından (2.319 ± 1.599) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=10.279$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü ile lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanının lise ile ilköğretim seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olması ve ön lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi ile ilgili bilgi düzeyleri de artmaktadır. Buradan eğitimin, katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesine dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.310, p=0.002). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesine dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu olarak katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=5.400, p=0.000). İnternet kullananların puanının (2.708±1.607) internet kullanmayanların puanından (1.229±0.690) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 44’de gösterilmektedir.

Tablo 44. İnternette İlaçlarla İlgili Araştırma Yapabilme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.323	1.612	F=14.042 p=0.000 1, 2 > 4 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	3.484	1.599	
36-45	86	3.151	1.712	
46-55	62	2.645	1.621	
56+	76	1.868	1.379	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.751	1.657	t=-3.190 p=0.002
Kadın	209	3.254	1.678	

Tablo 44. İnternette İlaçlarla İlgili Araştırma Yapabilme İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Medeni Durum				
Evli	238	2.798	1.707	t=-2.442 p=0.015
Evli Değil	211	3.185	1.636	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.902	1.476	F=17.226 p=0.000 5 > 3, 2, 1 4, 3, 2 > 1
Lise	101	2.950	1.693	
Ön Lisans	47	2.872	1.689	
Lisans	144	3.458	1.559	
Lisansüstü	61	3.672	1.411	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.914	1.717	F=6.685 p=0.000 5, 4 > 2
2001-3000	118	2.508	1.652	
3001-4000	63	3.016	1.661	
4001-5000	51	3.353	1.707	
5001+	93	3.624	1.466	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.567	1.633	F=2.699 p=0.068
İlçe	60	3.383	1.757	
İl	359	2.950	1.669	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.145	1.650	t=7.345 p=0.000
Hayır	35	1.086	0.507	
İller				
Isparta	150	3.200	1.614	F=1.951 p=0.143
Antalya	150	2.920	1.713	
Burdur	150	2.833	1.712	

Tablo 44’de internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yerine (F=2.699, p=0.068) ve yaşadıkları illere (F=1.951, p=0.143) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=14.042,

$p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş gruplarının puanının 46-55 yaş grubu puanının daha yüksek olması ve 56 ve üstü yaş grubu puanının diğer yaş grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı ilerledikçe internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme ile ilgili bilgi düzeyinin azalmakta olduğu ve yaşın bu imkânın bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-3.190$, $p=0.002$). Kadın katılımcıların (3.254 ± 1.678) erkek katılımcılara (2.751 ± 1.657) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.442$, $p=0.015$). Evli olmayan katılımcıların puanının (3.185 ± 1.636) evli olan katılımcıların puanlarından (2.798 ± 1.707) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmadaki katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=17.226$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü seviyede eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans ve altı seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olması ve ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lise, ön lisans ve lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme ile ilgili bilgi düzeyleri de artmaktadır. Buradan eğitimin, katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesine dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmaya katılanların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.685$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanınının 4001 TL ve üzeri gelir seviyesinde olan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesine dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=7.345$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.145 ± 1.650) internet kullanmayanların puanından (1.086 ± 0.507) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânınının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 45’de gösterilmektedir.

Tablo 45. SMS veya E-posta ile Sağlık Sitelerinden Bilgi Alma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.789	1.577	F=12.135 p=0.000 1 > 4, 5 2 > 3, 4, 5 3 > 5
26-35	93	3.194	1.603	
36-45	86	2.337	1.576	
46-55	62	2.161	1.549	
56+	76	1.697	1.286	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.427	1.598	t=-1.250 p=0.212
Kadın	209	2.617	1.616	
Medeni Durum				
Evlü	238	2.273	1.569	t=-3.386 p=0.001
Evlü Değil	211	2.782	1.612	

Tablo 45. SMS veya E-posta ile Sağlık Sitelerinden Bilgi Alma İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.663	1.303	F=11.120 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	2.396	1.650	
Ön Lisans	47	2.723	1.638	
Lisans	144	2.910	1.528	
Lisansüstü	61	2.967	1.612	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.414	1.518	F=3.862 p=0.004 5>2
2001-3000	118	2.195	1.509	
3001-4000	63	2.556	1.553	
4001-5000	51	2.824	1.797	
5001+	93	3.000	1.622	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.333	1.668	F=0.272 p=0.762
İlçe	60	2.467	1.599	
İl	359	2.543	1.607	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.639	1.612	t=5.787 p=0.000
Hayır	35	1.057	0.338	
İller				
Isparta	150	2.600	1.580	F=1.056 p=0.349
Antalya	150	2.587	1.656	
Burdur	150	2.360	1.586	

Tablo 45’de SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-1.250$, $p=0.212$), yerleşim yerine ($F=0.272$, $p=0.762$) ve yaşanılan illere ($F=1.056$, $p=0.349$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=12.135$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 25 yaş ve altı grubun puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olması, 26-35 yaş grubunun puanının 36 ve üstü

yaş gruplarının puanından daha yüksek olması ve 56 yaş ve üstü grubun puanının 36-45 yaş grubunun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânı ile ilgili bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=-3.386$, $p=0.001$) ve evli olmayan katılımcıların puanının (2.782 ± 1.612) evli olan katılımcıların puanlarından (2.273 ± 1.569) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=11.120$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim durumu arttıkça SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alınabileceğine dair bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılabılır. Benzer şekilde araştırmaya katılanların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3.862$, $p=0.004$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 5001 ve üstü gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi almasına dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Son bulgu olarak katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=5.787$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (2.639 ± 1.612) internet kullanmayanların puanından (1.057 ± 0.338) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan

internet kullanma durumunun SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Kişisel sağlık deneyimlerini internet üzerinden paylaşabilme imkânıyla ilgili bilgi düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 46’da gösterilmektedir.

Tablo 46. Kişisel Sağlık Deneyimlerinin İnternet Üzerinden Paylaşılması İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.368	1.588	F=9.156 p=0.000 2 > 3, 4, 5 5 < 1
26-35	93	2.645	1.653	
36-45	86	1.884	1.434	
46-55	62	1.935	1.377	
56+	76	1.408	1.085	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.079	1.532	t=-0.482 p=0.630
Kadın	209	2.148	1.517	
Medeni Durum				
Evli	238	1.895	1.441	t=-3.137 p=0.002
Evli Değil	211	2.341	1.573	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.446	1.113	F=11.123 p=0.000 5, 3 > 2, 1 4 > 1
Lise	101	1.812	1.317	
Ön Lisans	47	2.426	1.625	
Lisans	144	2.347	1.592	
Lisansüstü	61	2.836	1.655	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.171	1.560	F=2.470 p=0.044 5 > 2
2001-3000	118	1.822	1.337	
3001-4000	63	2.111	1.557	
4001-5000	51	2.373	1.697	
5001+	93	2.441	1.632	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.033	1.474	F=0.614 p=0.542
İlçe	60	1.917	1.488	
İl	359	2.145	1.534	

Tablo 46. Kişisel Sağlık Deneyimlerinin İnternet Üzerinden Paylaşılması İmkânı Bilgi Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.198	1.549	t=4.223 p=0.000
Hayır	35	1.086	0.507	
İller				
Isparta	150	2.160	1.484	F=0.118 p=0.889
Antalya	150	2.093	1.543	
Burdur	150	2.080	1.552	

Tablo 46’da kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânı bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-0.482$, $p=0.630$), yerleşim yerine ($F=0.614$, $p=0.542$) ve yaşanılan illere ($F=0.118$, $p=0.889$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmadaki katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=9.156$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 26-35 yaş grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha yüksek olması ve 56 yaş ve üstü grubun puanının 25 ve altı yaş grubun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıları yaşı arttıkça kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılmasına dair bilgi düzeyi azalmaktadır. Buradan yaşın, kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılmasına dair bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-3.137$, $p=0.002$). Evli olmayan katılımcıların puanının (2.341 ± 1.573) evli olan katılımcıların puanlarından (1.895 ± 1.441) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânı hakkında bilgi düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=11.123$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lise ile ilköğretim seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanının ön lisans ile lisansüstü seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından düşük olması ve lisans seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan anlaşılmaktadır ki, katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılmasına dair bilgi düzeyleri de artmaktadır. Aynı şekilde araştırmadaki katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=2.470$, $p=0.044$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların kişisel sağlık bilgilerini internet üzerinden paylaşması imkânını bilme düzeylerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları bilgi düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=4.223$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (2.198 ± 1.549) internet kullanmayanların puanından (1.086 ± 0.507) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Buradan internet kullanma durumunun kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

3.2.7.6. Dijital Sağlık İmkânlarının Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bakımından Dijital Sağlık İmkânları Kullanım Düzeyi puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Varyans analizlerinde farklılık tespit

edildiğinde, farkın kaynağını bulmak için Tukey's-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bilgiler sırası ile Tablo 47, Tablo 48, Tablo 49, Tablo 50, Tablo 51, Tablo 52, Tablo 53, Tablo 54, Tablo 55 ve Tablo 56'da gösterilmektedir.

Gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 47'de gösterilmektedir.

Tablo 47. Gidilecek Hastaneyi Önceden İnternet Üzerinden Araştırabilme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.669	1.455	F=17.123 p=0.000 1, 2 > 4, 5 3 > 5
26-35	93	3.817	1.474	
36-45	86	3.326	1.590	
46-55	62	3.000	1.589	
56+	76	2.105	1.511	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.137	1.649	t=-1.989 p=0.047
Kadın	209	3.440	1.571	
Medeni Durum				
Evli	238	3.105	1.667	t=-2.390 p=0.017
Evli Değil	211	3.469	1.547	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.217	1.616	F=18.464 p=0.000 5 > 2 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.168	1.625	
Ön Lisans	47	3.404	1.624	
Lisans	144	3.771	1.310	
Lisansüstü	61	3.934	1.436	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.986	1.715	F=4.663 p=0.001 5, 4 > 2, 1
2001-3000	118	2.958	1.619	
3001-4000	63	3.413	1.691	
4001-5000	51	3.686	1.435	
5001+	93	3.742	1.466	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.133	1.676	F=0.296 p=0.744
İlçe	60	3.400	1.607	
İl	359	3.267	1.621	

Tablo 47. Gidilecek Hastaneyi Önceden İnternet Üzerinden Araştırabilme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.460	1.549	t=8.927 p=0.000
Hayır	35	1.114	0.404	
İller				
Isparta	150	3.313	1.576	F=0.216 p=0.806
Antalya	150	3.313	1.667	
Burdur	150	3.207	1.619	

Tablo 47’de gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yerlerine (F=0.296, p=0.744) ve yaşanılan illere (F=0.216, p=0.806) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=17.123, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 35 ve altı yaş gruplarının puanının 46 ve üstü yaş gruplarının puanından daha yüksek olması ve 56 ve üstü yaş grubun puanının 36-45 yaş grubun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı ilerledikçe gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı kullanım düzeyinin azaldığı görülmektedir. Buradan yaşın gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânı kullanım düzeyi üzerinden etkili bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-1.989, p=0.047). Kadın katılımcıların (3.440±1.571) erkek katılımcılara (3.137±1.649) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek

katılımcılara göre gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabileceği ile ilgili kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.390$, $p=0.017$). Evli olmayan katılımcıların puanının (3.469 ± 11.547) evli olan katılımcıların puanlarından (3.105 ± 1.667) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânı hakkında kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=18.464$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olması ve lisansüstü seviyede eğitim alan katılımcıların puanının lise seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça gidilecek hastanenin internet üzerinden araştırılabilme imkânını kullanma düzeyleri artmaktadır. Buradan eğitimin bu imkân üzerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.663$, $p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 3000 TL ve altı gelir seviyesinde olan grupların puanının 4001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların geliri arttıkça gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânını kullanabilme düzeyinin de arttığı ve gelir değişkeninin bu imkânın kullanım düzeyinde etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu olarak katılımcıların gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=8.927$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.460 ± 11.549) internet kullanmayanların puanından (1.114 ± 0.404) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun gidilecek hastanenin önceden internet üzerinden araştırılabilme imkânının kullanım düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

İhtiyaç halinde en iyi hekimi internet üzerinden araştırmak imkânının kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 48’de gösterilmektedir.

Tablo 48. İnternet Üzerinden Hekim Araştırma İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.368	1.417	F=16.224 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4 2 > 1, 3, 4
26-35	93	4.000	1.383	
36-45	86	3.291	1.517	
46-55	62	3.161	1.539	
56+	76	2.197	1.515	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.079	1.609	t=-2.631 p=0.009
Kadın	209	3.464	1.477	
Medeni Durum				
Evli	238	3.160	1.625	t=-1.361 p=0.174
Evli Değil	211	3.360	1.478	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.337	1.557	F=13.402 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.257	1.585	
Ön Lisans	47	3.426	1.485	
Lisans	144	3.590	1.361	
Lisansüstü	61	3.852	1.412	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.914	1.549	F=5.590 p=0.000
2001-3000	118	2.975	1.538	
3001-4000	63	3.413	1.541	5, 4 > 2, 1

Tablo 48. İnternet Üzerinden Hekim Araştırma İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

4001-5000	51	3.706	1.514	
5001+	93	3.753	1.427	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.900	1.689	F=1.099 p=0.334
İlçe	60	3.417	1.476	
İl	359	3.259	1.563	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.419	1.496	t=8.089 p=0.000
Hayır	35	1.343	0.873	
İller				
Isparta	150	3.387	1.540	F=0.768 p=0.465
Antalya	150	3.193	1.570	
Burdur	150	3.193	1.570	

Tablo 48’de internet üzerinden hekim araştırma imkânı kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden hekim araştırma imkânının puanları araştırmaya katılanların medeni durumuna ($t=-1.361$, $p=0.174$), yerleşim yerine ($F=1.099$, $p=0.334$) ve yaşanan illere ($F=0.768$, $p=0.465$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=16.224$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubu puanının diğer yaş gruplarından daha düşük olması ve 26-35 yaş grubu puanının 25 ve altı ile 36-45 ve 46-55 yaş gruplarının puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın internet üzerinden hekim araştırma imkânı kullanım düzeyi üzerinden etkili bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.631$, $p=0.009$). Kadın katılımcıların (3.464 ± 1.477) erkek katılımcılara (3.079 ± 1.609) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan

kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden hekim araştırma kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=13.402$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi azaldıkça internet üzerinden hekim araştırma imkânını kullanım düzeyi de azalmaktadır. Buradan eğitim durumunun katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânı kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5.590$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde farkın, 4001 ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 3000 TL ve aşağısı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Buradan gelirin, katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânı hakkındaki kullanım düzeylerini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=8.089$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.419 ± 1.496) internet kullanmayanların puanından (1.343 ± 0.873) daha yüksek olduğu görölmüştür. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden hekim araştırma imkânının kullanım düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 49'da gösterilmektedir.

Tablo 49. İnternet Üzerinden En Yakın Eczaneyi Bulma İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.925	1.412	F=24.740 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4 2 > 4
26-35	93	4.097	1.422	
36-45	86	3.756	1.422	
46-55	62	3.419	1.466	
56+	76	2.105	1.596	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.394	1.650	t=-2.240 p=0.026
Kadın	209	3.732	1.530	
Medeni Durum				
Evli	238	3.336	1.700	t=-3.061 p=0.002
Evli Değil	211	3.796	1.454	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.424	1.724	F=18.963 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.624	1.516	
Ön Lisans	47	3.660	1.522	
Lisans	144	4.007	1.320	
Lisansüstü	61	4.098	1.338	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.329	1.657	F=7.421 p=0.000 2 < 3, 4, 5 4 > 1
2001-3000	118	3.008	1.697	
3001-4000	63	3.937	1.491	
4001-5000	51	4.078	1.294	
5001+	93	3.871	1.431	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.200	1.710	F=0.879 p=0.416
İlçe	60	3.667	1.643	
İl	359	3.560	1.589	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.737	1.509	t=9.254 p=0.000
Hayır	35	1.343	0.873	
İller				
Isparta	150	3.733	1.464	F=2.129 p=0.120
Antalya	150	3.567	1.648	
Burdur	150	3.353	1.675	

Tablo 49’da internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânını kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yerine (F=0.879 p=0.416) ve yaşadıkları illere (F=2.129 p=0.120) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=24.740, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubun puanının diğer yaş grupların puanından düşük olması ve 26-35 yaş grubu puanının 46-55 yaş grubu puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı arttıkça internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı kullanım düzeyi azalmaktadır. Buradan yaşın, internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânı kullanım düzeyi üzerinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-2.240, p=0.026). Kadın katılımcıların (3.732±1.530) erkek katılımcılara (3.394±1.650) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma ile ilgili kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t=-3.061, p=0.002). Evli olmayan katılımcıların puanının (3.796±1.454) evli olan katılımcıların puanlarından (3.336±1.700) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânını kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=7.421, p=0.000). Yapılan ileri

analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitimin, internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmaya dair kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde araştırmaya katılanların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=7.421$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 2001-3000 TL gelir seviyesinde olan grubun puanının 3001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha düşük olması ve 4001-5000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 2000 TL ve aşağısı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Son bulgu olarak katılımcıların internet üzerinden hekim araştırma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=9.254$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.737 ± 1.509) internet kullanmayanların puanından (1.343 ± 0.873) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma imkânının kullanım düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 50’de gösterilmektedir.

Tablo 50. İnternet Üzerinden Nöbetçi Eczaneyi Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	4.113	1.346	F=27.590 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4 1, 2 < 4
26-35	93	4.247	1.282	
36-45	86	3.942	1.349	
46-55	62	3.532	1.479	
56+	76	2.250	1.618	

Tablo 50. İnternet Üzerinden Nöbetçi Eczaneyi Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Cinsiyet				
Erkek	241	3.577	1.593	t=-2.001 p=0.046
Kadın	209	3.871	1.509	
Medeni Durum				
Evli	238	3.479	1.653	t=-3.378 p=0.001
Evli Değil	211	3.972	1.407	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.500	1.719	F=24.590 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.743	1.467	
Ön Lisans	47	3.915	1.396	
Lisans	144	4.201	1.209	
Lisansüstü	61	4.328	1.207	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	3.471	1.639	F=8.391 p=0.000 1, 2 < 3, 4, 5
2001-3000	118	3.169	1.701	
3001-4000	63	4.111	1.415	
4001-5000	51	4.059	1.363	
5001+	93	4.183	1.215	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	3.200	1.769	F=1.739 p=0.177
İlçe	60	3.750	1.674	
İl	359	3.749	1.520	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.906	1.439	t=9.964 p=0.000
Hayır	35	1.429	1.037	
İller				
Isparta	150	3.927	1.443	F=2.252 p=0.106
Antalya	150	3.653	1.588	
Burdur	150	3.560	1.628	

Tablo 50'de internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek imkânını kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek imkânının puanları araştırmaya katılanların yerleşim yerine (F=1.739, p=0.177) ve yaşadıkları illere (F=2.252, p=0.106) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=27.590$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubu puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olması ve 35 ve altı yaş gruplarının puanının 46-55 yaş grubunun puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.001$, $p=0.046$). Kadın katılımcıların (3.871 ± 1.509) erkek katılımcılara (3.577 ± 1.593) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme ile ilgili kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=-3.378$, $p=0.001$) ve evli olmayan katılımcıların puanının (3.972 ± 1.653) evli olan katılımcıların puanlarından (3.479 ± 1.546) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânını kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Araştırmadaki katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=24.590$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânını kullanma düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=8.391$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 3000 TL ve daha az gelir seviyesine sahip grupların puanının 3001 TL ve üstü gelir seviyesine sahip grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin internet üzerinden nöbetçi eczane öğrenme imkânının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=9.964$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (3.906 ± 1.439) internet kullanmayanların puanından (1.429 ± 1.037) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme imkânını kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 51’de gösterilmektedir.

Tablo 51. İnternet Üzerinden Sağlık Bilgisi Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	3.308	1.568	F=8.896 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	3.441	1.612	
36-45	86	3.419	1.560	
46-55	62	3.177	1.594	
56+	76	2.184	1.547	
Cinsiyet				
Erkek	241	3.008	1.666	t=-1.971 p=0.049
Kadın	209	3.311	1.576	
Medeni Durum				
Evli	238	3.160	1.646	t=0.206 p=0.837
Evli Değil	211	3.128	1.615	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	2.326	1.645	F=9.511 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	3.129	1.629	
Ön Lisans	47	3.383	1.554	

Tablo 51. İnternet Üzerinden Sağlık Bilgisi Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Lisans	144	3.424	1.466	
Lisansüstü	61	3.689	1.587	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.914	1.666	F=5.203 p=0.000 2 < 4, 5 1 < 4
2001-3000	118	2.814	1.654	
3001-4000	63	3.429	1.614	
4001-5000	51	3.706	1.346	
5001+	93	3.570	1.528	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.733	1.617	F=1.058 p=0.348
İlçe	60	3.133	1.662	
İl	359	3.184	1.627	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	3.308	1.582	t=7.586 p=0.000
Hayır	35	1.257	0.780	
İller				
Isparta	150	3.380	1.591	F=2.481 p=0.085
Antalya	150	2.973	1.638	
Burdur	150	3.093	1.644	

Tablo 51’de internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânını kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânının puanları araştırmaya katılanların medeni durumuna ($t=0.206$, $p=0.837$), yerleşim yerine ($F=1.058$, $p=0.348$) ve yaşadıkları illere ($F=2.481$, $p=0.085$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=8.896$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânını kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre

karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-1.971$, $p=0.049$). Kadın katılımcıların (3.311 ± 1.576) erkek katılımcılara (3.008 ± 1.666) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme ile ilgili kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmadaki katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=9.511$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer seviyelerde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânını kullanma düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5.203$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 4001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha düşük olması ve 4001-5000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 2000 TL ve aşağısı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânının kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu katılımcıların internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=7.586$, $p=0.000$) ve internet kullananların puanının (3.308 ± 1.582) internet kullanmayanların puanından (1.257 ± 0.780) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun internet üzerinden sağlık bilgisi öğrenme imkânını kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 52’de gösterilmektedir.

Tablo 52. Laboratuvar Sonuçlarını İnternet Üzerinden Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.602	1.647	F=6.172 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	2.892	1.772	
36-45	86	2.430	1.576	
46-55	62	2.677	1.657	
56+	76	1.724	1.292	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.349	1.577	t=-1.981 p=0.048
Kadın	209	2.656	1.709	
Medeni Durum				
Evli	238	2.513	1.663	t=0.371 p=0.711
Evli Değil	211	2.455	1.622	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.511	1.172	F=13.945 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	2.416	1.639	
Ön Lisans	47	2.660	1.685	
Lisans	144	2.944	1.599	
Lisansüstü	61	3.000	1.732	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.186	1.572	F=8.220 p=0.000 5 > 1, 2, 3
2001-3000	118	2.085	1.436	
3001-4000	63	2.508	1.684	
4001-5000	51	2.745	1.585	
5001+	93	3.258	1.731	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.400	1.673	F=0.123 p=0.885
İlçe	60	2.417	1.587	
İl	359	2.507	1.656	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.600	1.655	t=4.962 p=0.000
Hayır	35	1.200	0.719	

Tablo 52. Laboratuvar Sonuçlarını İnternet Üzerinden Öğrenme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İller				
Isparta	150	2.740	1.669	F=3.708 p=0.025 1 > 2
Antalya	150	2.227	1.542	
Burdur	150	2.507	1.690	

Tablo 52’de laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânını kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânının puanları araştırmaya katılanların medeni durumu ($t=0.371$, $p=0.711$) ve yerleşim yerlerine ($F=0.123$, $p=0.885$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.172$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 ve üstü yaş grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı arttıkça laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme ile ilgili kullanım düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-1.981$, $p=0.048$). Kadın katılımcıların (2.656 ± 1.709) erkek katılımcılara (2.349 ± 1.577) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme ile ilgili kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=13.945$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların

puanının diğer seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitimin katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenmeye dair kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu ve katılımcıların eğitim seviyesi azaldıkça laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme ile ilgili kullanım düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=8.220$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 4000 TL ve altı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenmeleri ile ilgili kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır. Aynı şekilde katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=4.962$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (2.600 ± 1.655) internet kullanmayanların puanından (1.200 ± 0.719) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânının kullanım düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3.708$, $p=0.025$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Isparta ilindeki katılımcıların puanının Antalya ilindeki katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan illerin, katılımcıların laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden öğrenme imkânından aldıkları kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 53’de gösterilmektedir.

Tablo 53. Mobil Cihazlardan Kilo, Diyet ve Egzersiz Rutinlerinin Takip Edilmesi İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.414	1.518	F=6.633 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	2.409	1.576	
36-45	86	2.012	1.427	
46-55	62	2.081	1.496	
56+	76	1.447	0.999	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.963	1.436	t=-2.555 p=0.011
Kadın	209	2.316	1.492	
Medeni Durum				
Evli	238	1.983	1.458	t=-2.172 p=0.030
Evli Değil	211	2.284	1.475	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.598	1.223	F=6.198 p=0.000 5, 4 > 1
Lise	101	1.950	1.459	
Ön Lisans	47	2.170	1.551	
Lisans	144	2.465	1.491	
Lisansüstü	61	2.443	1.511	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.943	1.350	F=2.063 p=0.085
2001-3000	118	1.975	1.355	
3001-4000	63	2.302	1.593	
4001-5000	51	2.176	1.571	
5001+	93	2.473	1.536	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.000	1.640	F=0.122 p=0.885
İlçe	60	2.150	1.424	
İl	359	2.134	1.470	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.214	1.495	t=4.449 p=0.000
Hayır	35	1.086	0.373	
İller				
Isparta	150	2.220	1.432	F=1.057 p=0.348
Antalya	150	1.987	1.385	
Burdur	150	2.173	1.587	

Tablo 53’de mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânı kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânının puanları araştırmaya katılanların gelir durumuna ($F=2.063$, $p=0.085$), yerleşim yerine ($F=0.122$, $p=0.885$) ve yaşadıkları illere ($F=1.057$, $p=0.348$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.633$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 yaş ve üstü grubun puanının diğer yaş grupların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesine dair kullanım düzeylerinde etkili bir değişken olduğu ve bu imkâna kullanım düzeyinin katılımcıların yaşı ilerledikçe azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-2.555$, $p=0.011$). Kadın katılımcıların (2.316 ± 1.492) erkek katılımcılara (1.963 ± 1.436) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi ile ilgili kullanım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ($t=-2.172$, $p=0.030$) ve evli olmayan katılımcıların puanının (2.284 ± 1.475) evli olan katılımcıların puanlarından (1.983 ± 1.458) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan medeni durumun katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânını kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları

eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.198$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, lisansüstü ile lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanının ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi arttıka mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi ile ilgili kullanım düzeyleri de artmaktadır. Buradan eğitimin, katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesine dair kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu olarak katılımcıların mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=4.449$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (2.214 ± 1.495) internet kullanmayanların puanından (1.086 ± 0.373) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânının kullanım düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 54’de gösterilmektedir.

Tablo 54. İnternette İlaçlarla İlgili Araştırma Yapabilme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.880	1.577	F=12.251 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	3.000	1.662	
36-45	86	2.942	1.683	
46-55	62	2.565	1.666	
56+	76	1.539	1.137	
Cinsiyet				
Erkek	241	2.415	1.590	t=-3.251 p=0.001
Kadın	209	2.914	1.662	

Tablo 54. İnternette İlaçlarla İlgili Araştırma Yapabilme İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Medeni Durum				
Evli	238	2.576	1.674	t=-0.903 p=0.367
Evli Değil	211	2.716	1.599	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.685	1.374	F=12.543 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	2.683	1.631	
Ön Lisans	47	2.766	1.671	
Lisans	144	2.986	1.600	
Lisansüstü	61	3.213	1.518	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	2.529	1.613	F=6.226 p=0.000 5 > 1, 2, 3 4 > 2
2001-3000	118	2.237	1.545	
3001-4000	63	2.556	1.644	
4001-5000	51	3.020	1.643	
5001+	93	3.269	1.609	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	2.200	1.584	F=4.376 p=0.013 2 > 1
İlçe	60	3.167	1.758	
İl	359	2.593	1.611	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.786	1.634	t=6.457 p=0.000
Hayır	35	1.000	0.000	
İller				
Isparta	150	2.880	1.618	F=3.061 p=0.048 1 > 2
Antalya	150	2.413	1.581	
Burdur	150	2.647	1.699	

Tablo 54’de internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânı kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İnternette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânının puanları araştırmaya katılanların medeni durumuna (t=-0.903, p=0.367) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=12.251, p=0.000). Yapılan ileri analizlerde bu

farkın, 56 yaş ve üstü grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı ilerledikçe internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânını kullanım düzeyinin azalmakta olduğu ve yaşın bu imkânın kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=-3.251$, $p=0.001$). Kadın katılımcıların (2.914 ± 1.662) erkek katılımcılara (2.415 ± 1.590) göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânını kullanma düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmadaki katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=12.543$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânını kullanma düzeyleri de artmaktadır. Buradan eğitimin, katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesine dair kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Araştırmaya katılanların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.226$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 5001 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 4000 TL ve altı gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha yüksek olması ve 2001-3000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanının 4001-5000 TL gelir seviyesine sahip katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan gelirin, katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânını kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.376$, $p=0.013$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilçede yaşayan katılımcıların puanının köyde yaşayan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yerleşim yerinin, katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânını kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=6.457$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (2.786 ± 1.634) internet kullanmayanların puanından (1.000 ± 0.000) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan internet kullanma durumunun internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânını kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu olarak araştırmaya katılanların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilmesi imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=3.061$, $p=0.048$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, Isparta’da yaşayan katılımcıların puanının Antalya’da yaşayan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan ilin, katılımcıların internette ilaçlarla ilgili araştırma yapabilme imkânını kullanma düzeyini etkileyen değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 55’de gösterilmektedir.

Tablo 55. SMS veya E-posta ile Sağlık Sitelerinden Bilgi Alma İmkânı Kullanma Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	2.248	1.505	F=6.843 p=0.000 5 < 1, 2, 3, 4
26-35	93	2.409	1.527	
36-45	86	2.000	1.431	
46-55	62	2.000	1.504	
56+	76	1.342	1.027	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.971	1.421	t=-1.180 p=0.239
Kadın	209	2.134	1.507	
Medeni Durum				
Evli	238	1.933	1.422	t=-1.691 p=0.092
Evli Değil	211	2.166	1.498	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.467	1.172	F=5.420 p=0.000 1 < 2, 3, 4, 5
Lise	101	2.040	1.555	
Ön Lisans	47	2.319	1.491	
Lisans	144	2.271	1.478	
Lisansüstü	61	2.279	1.462	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.986	1.489	F=1.755 p=0.137
2001-3000	118	1.890	1.370	
3001-4000	63	1.968	1.425	
4001-5000	51	2.196	1.536	
5001+	93	2.387	1.561	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.833	1.510	F=0.369 p=0.692
İlçe	60	2.100	1.526	
İl	359	2.058	1.451	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	2.135	1.489	t=4.503 p=0.000
Hayır	35	1.000	0.000	
İller				
Isparta	150	2.060	1.420	F=0.087 p=0.917
Antalya	150	2.007	1.449	
Burdur	150	2.073	1.524	

Tablo 55’de SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânını kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=-1.180$, $p=0.239$), medeni durumuna ($t=-1.691$, $p=0.092$), gelir durumuna ($F=1.755$, $p=0.137$), yerleşim yerine ($F=0.369$, $p=0.692$) ve yaşadıkları illere ($F=0.087$, $p=0.917$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=6.843$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 yaş ve üstü grubun puanının diğer yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan katılımcıların yaşı ilerledikçe SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânını kullanım düzeyinin azalmakta olduğu ve yaşın bu imkânın kullanım düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmadaki katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5.420$, $p=0.000$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının diğer katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânını kullanma düzeyleri de artmaktadır. Buradan eğitimin, katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi almaya dair kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde katılımcıların SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=4.503$, $p=0.000$). İnternet kullananların puanının (2.135 ± 1.489) internet kullanmayanların puanından (1.000 ± 0.000) daha yüksek olduğu görülmektedir. Buradan internet kullanma durumunun SMS veya e-posta ile sağlık sitelerinden bilgi alma imkânını kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Kişisel sağlık deneyimlerini internet üzerinden paylaşabilme imkânını kullanım düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 56’da gösterilmektedir.

Tablo 56. Kişisel Sağlık Deneyimlerinin İnternet Üzerinden Paylaşılması İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	133	1.632	1.246	F=4.404 p=0.002 5 < 1, 2, 4
26-35	93	1.903	1.360	
36-45	86	1.570	1.184	
46-55	62	1.758	1.302	
56+	76	1.158	0.694	
Cinsiyet				
Erkek	241	1.676	1.269	t=1.186 p=0.236
Kadın	209	1.541	1.139	
Medeni Durum				
Evli	238	1.592	1.200	t=-0.250 p=0.803
Evli Değil	211	1.621	1.206	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	92	1.250	0.847	F=4.494 p=0.001 1 < 3, 5
Lise	101	1.584	1.194	
Ön Lisans	47	2.064	1.451	
Lisans	144	1.632	1.205	
Lisansüstü	61	1.869	1.408	
Gelir Durumu (TL)				
-2000	70	1.671	1.305	F=1.505 p=0.200
2001-3000	118	1.466	1.043	
3001-4000	63	1.508	1.148	
4001-5000	51	1.824	1.438	
5001+	93	1.806	1.296	
Yerleşim Yeri				
Köy	30	1.467	1.224	F=0.258 p=0.773
İlçe	60	1.583	1.225	
İl	359	1.627	1.210	
İnternet Kullanımı				
Evet	415	1.665	1.248	t=3.150 p=0.002
Hayır	35	1.000	0.000	

Tablo 56. Kişisel Sağlık Deneyimlerinin İnternet Üzerinden Paylaşılması İmkânı Kullanım Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

İller				
Isparta	150	1.540	1.053	F=2.947 p=0.054
Antalya	150	1.493	1.134	
Burdur	150	1.807	1.403	

Tablo 56’da kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânını kullanım düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânının puanları araştırmaya katılanların cinsiyetine ($t=1.186$, $p=0.236$), medeni durumlarına ($t=-0.250$, $p=0.803$), gelir durumuna ($F=1.505$, $p=0.200$), yerleşim yerine ($F=0.258$, $p=0.773$) ve yaşadıkları illere ($F=2.947$, $p=0.054$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.404$, $p=0.002$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, 56 yaş ve üstü grubun puanının 46-55, 26-35 ile 25 ve altı yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan yaşın kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânını kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmadaki katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılması imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.494$, $p=0.001$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın, ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların puanının lisansüstü ile ön lisans seviyelerinde eğitim alan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradan eğitimin, katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşılmasına dair kullanma düzeyinde etkili olan bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Son bulgu olarak katılımcıların kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşabilme imkânından aldıkları kullanım düzeyi puanları internet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=3.150$, $p=0.002$). İnternet kullananların puanının (1.665 ± 1.248) internet kullanmayanların puanından (1.000 ± 0.000) daha yüksek olduğu görülmektedir. Buradan internet kullanma durumunun kişisel sağlık deneyimlerinin internet üzerinden paylaşabilme imkânını kullanma düzeyini etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılabılır.

3.2.8. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 57’de BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişkilere dair Pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 57. Katılımcıların BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Bilgi Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Dijital Sağlık Uygulamaları	BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi		
	İlgi Duyma	İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım	Güven Duyma
Merkezi Hekim ve Randevu Sistemi (MHRS)	$r=0.392$ $p<0.01$	$r=0.201$ $p<0.01$	$r=0.138$ $p<0.01$
Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)	$r=0.274$ $p<0.01$	$r=0.114$ $p<0.01$	$r=0.090$ $p>0.05$
Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (E-Nabız)	$r=0.412$ $p<0.01$	$r=0.204$ $p<0.01$	$r=0.137$ $p<0.01$
Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)	$r=0.214$ $p<0.01$	$r=0.173$ $p<0.01$	$r=0.072$ $p>0.05$
Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele	$r=0.185$ $p<0.01$	$r=0.107$ $p<0.01$	$r=0.040$ $p>0.05$
Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi	$r=0.142$ $p<0.01$	$r=0.114$ $p<0.01$	$r=0.124$ $p<0.01$
Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.)	$r=0.348$ $p<0.01$	$r=0.293$ $p<0.01$	$r=0.147$ $p<0.01$
Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki ilaç hatırlatma uygulamaları	$r=0.262$ $p<0.01$	$r=0.206$ $p<0.01$	$r=0.122$ $p<0.01$
Sağlıklı yaşam için mobil cihazlardaki 'kalp ritmi ölçme' uygulaması	$r=0.319$ $p<0.01$	$r=0.241$ $p<0.01$	$r=0.209$ $p<0.01$

Tablo 57. Katılımcıların BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Bilgi Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları (Devamı)

Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar	r=0.280 p<0.01	r=0.231 p<0.01	r=0.095 p<0.01
Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlar	r=0.279 p<0.01	r=0.181 p<0.01	r=0.156 p<0.01

“İlgi Duyma”, “İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım” ve “Güven Duyma” boyutlarından alınan puanlar ile “Dijital Sağlık Uygulamaları” ifadelerinin bilgi düzeyi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan inceleme sonrası “Güven duyma” boyutu ile SABİM, ESİM ve Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulamalarının bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bunun dışında BİT bilgi ve kullanım boyutlarının tüm dijital sağlık uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleriyle pozitif yönlü anlamlı bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Buradan yola çıkılarak genel olarak BİT bilgi ve kullanım düzeylerinin dijital sağlık uygulamalarına dair bilgi düzeyiyle ilişkisi olduğu söylenebilir.

3.2.9. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Kullanım Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 58’de BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamalarının kullanım düzeyleri arasındaki ilişkilere dair Pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 58. Katılımcıların BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Kullanım Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Dijital Sağlık Uygulamaları	BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi		
	İlgi Duyma	İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım	Güven Duyma
Merkezi Hekim ve Randevu Sistemi (MHRS)	r=0.284 p<0.01	r=0.138 p<0.01	r=0.128 p<0.01
Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)	r=0.207 p<0.01	r=0.097 p<0.01	r=0.100 p<0.01
Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (E-Nabız)	r=0.303 p<0.01	r=0.134 p<0.01	r=0.187 p<0.01

Tablo 58. Katılımcıların BİT Boyutları ile Dijital Sağlık Uygulamaları Kullanım Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları (Devamı)

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)	r=0.113 p<0.01	r=0.105 p<0.01	r=0.118 p<0.01
Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele	r=0.087 p>0.05	r=0.072 p>0.05	r=0.097 p<0.01
Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi	r=0.124 p<0.01	r=0.144 p<0.01	r=0.177 p<0.01
Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.)	r=0.290 p<0.01	r=0.259 p<0.01	r=0.221 p<0.01
Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki ilaç hatırlatma uygulamaları	r=0.127 p<0.01	r=0.195 p<0.01	r=0.150 p<0.01
Sağlıklı yaşam için mobil cihazlardaki 'kalp ritmi ölçme' uygulaması	r=0.212 p<0.01	r=0.188 p<0.01	r=0.210 p<0.01
Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar	r=0.108 p<0.01	r=0.138 p<0.01	r=0.128 p<0.01
Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlar	r=0.114 p<0.01	r=0.143 p<0.01	r=0.170 p<0.01

“İlgi Duyma”, “İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım” ve “Güven Duyma” boyutlarından alınan puanlar ile “Dijital Sağlık Uygulamaları” ifadelerinin kullanım düzeyi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan inceleme sonrası Beslenme ve Obezite ile Mücadele uygulaması bilgi düzeyinin “ilgi duyma” ile “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bunu dışında BİT bilgi ve kullanım boyutları ile dijital sağlık uygulamalarını kullanım düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak katılımcıların BİT bilgi ve kullanım düzeyleri arttıkça dijital sağlık uygulamalarını kullanma düzeyleri de artmaktadır.

3.2.10. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık İmkânları Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 59’da BİT boyutları ile dijital sağlık imkanları ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişkilere dair Pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 59. Katılımcıların BİT Boyutları ile Dijital Sağlık İmkânları Bilgi Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Dijital Sağlık İmkânları	BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi		
	İlgi Duyma	İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım	Güven Duyma
Gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırabilmek	r=0.614 p<0.01	r=0.307 p<0.01	r=0.201 p<0.01
İhtiyaç halinde internet üzerinden en iyi hekimi araştırmak	r=0.570 p<0.01	r=0.257 p<0.01	r=0.206 p<0.01
İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmak	r=0.640 p<0.01	r=0.330 p<0.01	r=0.195 p<0.01
İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek	r=0.631 p<0.01	r=0.337 p<0.01	r=0.199 p<0.01
İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenmek	r=0.536 p<0.01	r=0.226 p<0.01	r=0.157 p<0.01
Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmek	r=0.417 p<0.01	r=0.197 p<0.01	r=0.133 p<0.01
Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilmek	r=0.422 p<0.01	r=0.286 p<0.01	r=0.158 p<0.01
Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilmek	r=0.519 p<0.01	r=0.250 p<0.01	r=0.189 p<0.01
SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilmek	r=0.434 p<0.01	r=0.242 p<0.01	r=0.180 p<0.01
Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşabilmek	r=0.372 p<0.01	r=0.277 p<0.01	r=0.202 p<0.01

“İlgi Duyma”, “İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım” ve “Güven Duyma” boyutlarından alınan puanlar ile “Dijital Sağlık İmkânları” ifadelerinin bilgi düzeyi arasındaki ilişkileri korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan inceleme sonrası tüm değişkenler arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Katılımcıların BİT bilgi ve kullanım düzeyleri arttıkça dijital sağlık imkânlarına dair bilgi düzeyleri de artmaktadır.

3.2.11. BİT Boyutları ile Dijital Sağlık İmkânları Kullanma Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 60’da BİT boyutları ile dijital sağlık imkanlarının kullanım düzeyleri arasındaki ilişkilere dair Pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 60. Katılımcıların BİT Boyutları ile Dijital Sağlık İmkânları Kullanım Düzeyine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Dijital Sağlık İmkânları	BİT Bilgi ve Kullanım Düzeyi		
	İlgi Duyma	İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım	Güven Duyma
Gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırabilmek	r=0.558 p<0.01	r=0.246 p<0.01	r=0.178 p<0.01
İhtiyaç halinde internet üzerinden en iyi hekimi araştırmak	r=0.509 p<0.01	r=0.191 p<0.01	r=0.185 p<0.01
İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmak	r=0.568 p<0.01	r=0.249 p<0.01	r=0.181 p<0.01
İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek	r=0.581 p<0.01	r=0.298 p<0.01	r=0.191 p<0.01
İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenmek	r=0.441 p<0.01	r=0.173 p<0.01	r=0.147 p<0.01
Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmek	r=0.386 p<0.01	r=0.156 p<0.01	r=0.159 p<0.01
Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilmek	r=0.345 p<0.01	r=0.259 p<0.01	r=0.181 p<0.01
Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilmek	r=0.456 p<0.01	r=0.189 p<0.01	r=0.169 p<0.01
SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilmek	r=0.332 p<0.01	r=0.220 p<0.01	r=0.162 p<0.01
Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşabilmek	r=0.255 p<0.01	r=0.246 p<0.01	r=0.190 p<0.01

“İlgi Duyma”, “İletişim ve Eğlence Amaçlı Kullanım” ve “Güven Duyma” boyutlarından alınan puanlar ile “Dijital Sağlık İmkânları” ifadelerinin kullanım düzeyi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan inceleme sonrası tüm değişkenler arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmanın bulguları literatür bilgileri ile tartışılmış, sonuçlar özetlenmiş ve ortaya çıkan bulgulardan hareketle öneriler verilmiştir.

4.1. TARTIŞMA

Bu bölümde verilerin analizleri sonucunda elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda kişilerin BİT bilgi ve kullanım düzeylerini ölçmeye çalışan çalışmaların sayıca az olduğu görülmüştür. BİT kullanımına ilişkin yapılmış olan çalışmaların daha çok öğretmenler, öğrenciler ve veliler üzerinde uygulandığı tespit edilmiştir. Bundan dolayı öğretmen ve öğrenci gibi özellikli bir grubun sonuçlarının, halkın geneline uygulanmış çalışmanın sonuçlarıyla kıyaslanması tartışmaya açık bir konudur. Aynı şekilde dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarının bilgi ve kullanım düzeylerini ölçen çalışmaların sayısı da oldukça azdır.

Katılımcıların BİT bilgi ve kullanım düzeylerini ölçmeye çalışan ifadelerin ortalamalarına bakıldığında; BİT'in hayatlarını kolaylaştırdığına inandıkları, teknolojinin sağlamış olduğu faydalardan herkesin yararlanması gerektiğini düşündükleri ve BİT'i kullanmaya devam edecekleri tespit edilmiştir. Aynı şekilde ifadelerin ortalamalarından yola çıkılarak, internet ortamına bilgilerini vermekten çekindikleri ve mahremiyetlerine ilişkin endişe duydukları da tespit edilen bir diğer durumdur. Yaşadığımız zamanların teknoloji zamanı olması ve dijital teknolojilerin insan hayatının her alanında yer almaya başlaması bu teknolojilere olan yaklaşımı olumlu yönde etkilerken, kişisel bilgilerin sanal ortamda paylaşılması ve kötü niyetli kişilerin eline geçebilme ihtimali BİT'e olan yaklaşımı olumsuz etkileyebilmektedir.

Dijital sağlık uygulamaları bilgi ve kullanım düzeylerini ölçen değişkenlerin ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların MHRS uygulaması dışında çoğu uygulamaya ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve en fazla MHRS uygulamasını kullandıkları görülmüştür. MHRS ile kişilerin istediği hekimden randevu alabilmesi ve hastane koridorlarında saatlerce sıra beklemeden sistematik bir düzen içerisinde muayene olmaları, herkesi ilgilendiren ve konuyla ilgili bilgi paylaşımı sağlaması MHRS

uygulamasının kullanımının yüksek çıkmasında etkili olmuş olabilir. MHRS'nin en yüksek ortalamaya sahip uygulama olmasına karşın Teletıp da katılımcılar tarafından en az bilinen ve en az kullanılan uygulama olmuştur. Teletıp uygulamasının iki ayaklı bir özelliği vardır. Bir ayağı sağlık çalışanlarının kendi aralarında koordine olmaları için işlev görürken diğer ayağı hastaya uzaktan tıbbi bakım ve sağlık bilgisinin sunulması için kullanılmaktadır. Bu gibi sağlık teknolojilerinin yeni yeni yaygınlaşmaya başlaması ve halkın teknoloji tabanlı bu uygulamalara dair bilgisinin az olması doğal bir durum olarak görülebilir.

Katılımcıların ihtiyaç duyduğu takdirde internetten en yakın eczaneyi bulma imkânını diğer dijital sağlık imkânlarına göre daha çok bildikleri tespit edilmiştir. Aynı şekilde katılımcıların dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım maddelerine ilişkin ortalamalara bakıldığında; kişilerin kendi sağlığına ilişkin deneyimlerini sanal ortamda paylaşmadıkları ve bu konuya ilişkin bilgilerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu da katılımcıların sağlık deneyimlerini sanal ortamda paylaşma eğilimlerinde olmadığını göstermektedir. Son olarak da araştırmaya katılanların nöbetçi eczaneyi internet üzerinden öğrendikleri ve bu imkânı diğer imkânlara nazaran daha çok kullandıkları ortaya çıkmıştır. Nöbetçi eczaneyi internetten bulma, günlük hayatın bir parçası haline gelmiştir. Bu yaygınlık, sonuçlara da yansımıştır.

Dijital sağlık hizmetleri kapsamında yer alan uygulama ve imkânlara ilişkin katılımcıların bilgi ve kullanım düzeyleri araştırılmış ve elde edilen bulgulara göre, katılımcıların bu uygulama ve imkânlara dair bilgi düzeyleri kullanım düzeylerinden her zaman daha yüksek çıkmıştır. Bu durum katılımcıların dijital sağlık hizmetlerini belli bir düzeyde bildikleri ancak bildikleri ölçüde kullanmadıklarını göstermektedir. Eroğlu (2013) çalışmasında, insan tutumu ile davranışın her zaman örtüşmek zorunda olmadığını ifade etmektedir. Tutumun davranışa dönüşmesi noktasında; tutumun fayda sağlayıp sağlamaması, eğitim, maddi durum, toplum yapısı, dini inançlar, aile yapısı, kişilik vb. faktörler engel teşkil edebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, katılımcıların bilgi düzeyi ile kullanım düzeyi arasındaki farkın nedeni bu bilgi ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada, katılımcılara dijital sağlık hizmetlerini (dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları) nereden öğrenmiş olabilecekleri sorulmuştur. Verilen cevapların frekansları alındığında; bu hizmetlerin öğrenilmesinde internet, sosyal çevre, medya ve

kişinin kendisi olan dört bilgi kaynağının diğer bilgi kaynaklarına göre daha öne çıktığı tespit edilmiştir. Kamu spotlarının bu hizmetlerin bilinmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bilgi sahibi vatandaşın sosyal çevresiyle bu hizmetlere ilişkin paylaşımlarda bulunması dijital sağlık hizmetlerinin bilinirliğini artırabilmektedir. En çok puan alan bilgi kaynağı ise internet olmuştur. İnternete erişebilenler ile erişemeyenlerin dijital sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi düzeyleri farklılık gösterebilmektedir. Tam da bu noktada araştırmanın amacı olan dijital bölünmenin dijital sağlık hizmetlerindeki yansımaları ortaya çıkmaktadır.

BİT boyutları içerisinde en yüksek puanı “ilgi duyma” boyutu almıştır. Bunu “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” ve “güven duyma” boyutları izlemektedir. Katılımcıların genel olarak BİT’e ilgi duydukları, bu ilgiden daha düşük düzeyde BİT’i iletişim ve eğlence amaçlı kullandıkları ancak BİT’e güven düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Teknolojik gelişmeler yeni birçok endişeyi de beraberinde getirmektedir. BİT’in sunacağı imkânlar insanların ilgisine mazhar olurken bir taraftan da onları tedirgin edebilmektedir. Bu açıdan BİT’e ilgi duyma öne çıkarken güven duymama eğilimi de kendini hissettirmektedir.

Araştırmaya katılanların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında; SABİM, beslenme ve obezite ile mücadele, ilaç hatırlatma, taşınabilir ve giyilebilir tıbbi cihaz kullanımı dışında tüm BİT boyutlarıyla, dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları unsurlarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Farka bakıldığında, genç katılımcıların BİT boyutları, dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarını yaşlı katılımcılara göre daha çok bildikleri ve kullandıkları görülmüştür. Bunlardan kalp ritmi ölçme uygulaması özellikle dikkat çeken uygulama olmuştur. Çavuşoğlu ve Sarı (Türk Kardiyoloji Derneği) çalışmalarında, kişilerin yaşı arttıkça kalp yetmezliği yaşama oranının da artacağını dile getirmişlerdir. Bu açıdan kalp ritmi uygulamasını gençlerden çok yaşlıların bilmesi ve kullanması gerekiyor şeklinde bir algı mevcutken, çalışmanın bulguları incelendiğinde kalp ritmi ölçme uygulamasını, 26-35 yaş grubu katılımcıların 56 yaş ve üzeri katılımcılardan daha fazla bildikleri ve kullandıkları görülmüştür. Buradan gençlerin sağlıklı yaşam uygulamalarına ağırlık verdikleri ve spor yapan gençlerin bu uygulamayı yaşlı

katılımcılara nazaran daha çok kullandıkları söylenebilmektedir. Bu bilgi doğrultusunda, dijital sağlık hizmetlerinde yaşa bağlı olarak dijital bölünmenin söz konusu olduğu sonucuna ulaşılabilir. Nive ve diğerleri (2014), özellikle yaşlı hastaların hastaneye gidişini azaltmak ve sadece acil hallerde başvurmalarını sağlamak için dijital sağlık teknolojileri aracılığı ile sağlık hizmetinin sunulmasının önemli olduğu ve bununla birlikte daha kaliteli bir sağlık hizmet algısının oluşacağını düşünmektedir (Akt. Arslan ve Demir, 2017: 20). Yaşın hem genel BİT boyutları hem de birçok dijital sağlık uygulaması ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri ile ilgili farklılığa sebep olması üzerinde düşünülmesi gereken önemli bir bulgudur. Yaşlıların daha çok sağlık hizmeti kullanmak durumunda oldukları, ancak dijitalleşen sağlık hizmetlerine ulaşmada gençlere göre daha çok sorunlar yaşadıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Katılımcıların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve bilgi ve kullanım düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldığında; ESİM uygulamasının bilgi ve kullanım düzeyi dışında istatistiksel olarak anlamlı çıkan diğer BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarının kadınlar tarafından erkeklere nazaran daha çok bilindiği ve kullanıldığı tespit edilmiştir. Anlamlı çıkan uygulamalardan bir tanesi mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarıdır (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.). Kadınların bu uygulamaları erkeklere göre daha çok bildiği ve kullandığı görülmüştür. TÜİK (2016) verilerine göre kadınlar koruyucu sağlık hizmetlerini erkeklerden daha çok kullanmaktadır. Bu bilgi ile araştırmadaki bulgunun desteklendiği söylenebilir. Kadınlar sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha çok kullandıkları için dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarına dair bilgileri ve kullanım düzeyleri de daha yüksek çıkmış olabilir. Dijital bölünmenin, dijital sağlık hizmetlerinin bilinirliğinde ve kullanımında cinsiyete bağlı olarak ortaya çıktığı sonucu tespit edilmiştir.

Çalışmada yer alan katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı çıkan BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri incelendiğinde; evli olmayanların evli olanlara göre BİT boyutları ile DSU ve DSİ bilgi ve kullanım düzeyleri yüksek bulunmuştur. Evli olmayan katılımcıların teknolojiyi ve beraberinde getirmiş olduğu kolaylıkları evli olan katılımcılara göre daha

çok bildiği ve kullandığı söylenebilir. Örucü ve Yıldız (2014)'ın çalışmasında işyerindeki çalışanların medeni durumlarına göre kişisel internet ve teknoloji kullanımı arasındaki ilişki incelenmiş ve evli olmayan çalışanların evli olanlara nazaran internet ve teknoloji kaynaklı işten daha çok kaydardığı görülmüştür. Bu durum Örucü ve Yıldız'ın çalışmasında, evli olmayan çalışanların yaşamsal manada çeşitli ve fazla zamana sahip olmasından kaynaklı hayattan beklentilerinin artması ve yaşanan çağda bu beklentilerin internet ve teknoloji araçlı karşılanmasından dolayı ortaya çıkmış olabilir şeklinde yorumlanmıştır. Kalinkara ve Sarı (2018)'nin çalışmasında ise yaşlıların teknoloji kullanımına dair tutumları ile medeni durumları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Medeni durum yaşlılarda fark etmeyebilir fakat nüfusun geneli ele alındığında fark yaratabilir. Genele bakıldığında zaman gençler bekâr, yaşlılar evlidir ama yaşlı grubunda evli olan da olmayan da yaşlıdır.

Araştırmaya katılanların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, beslenme ve obezite ile mücadele bilgi düzeyi, taşınabilir ve giyilebilir tıbbi cihazların kullanım düzeyi, teletıp ve ilaç hatırlatma uygulamalarının bilgi ve kullanım düzeyleri dışındaki tüm BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları unsurları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Katılımcıların internet üzerinden hastane, hekim, eczane ve sağlık bilgisi arama veya laboratuvar sonuçlarını internet üzerinden takip etme imkânlarından aldıkları puanlara göre ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların bu imkânları diğer seviyelerde eğitim alan katılımcılardan daha az bildiği ve kullandığı görülmektedir. Eğitim durumundan kaynaklı, BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarının bilinirliğinde ve kullanımında kişiler arası bir bölünmenin söz konusu olduğu söylenebilir. Jackson (2008)'un çalışmasında, eğitilmiş ve yüksek gelirli ailelerin çocukları BİT ile diğer ailelerin çocuklarına göre daha küçük yaşlarda tanıştıkları, interneti ve teknolojik cihazları daha fazla kullanabildikleri bulunmuştur. Liu ve San (2006) eğitimin, okuma yazma üzerine doğrudan bir etkisi olduğunu belirtmiş ve BİT kullanımı için okuma yazma bilme yeteneğinin önemini vurgulamıştır. Birçok ülkenin okuma yazma oranının düşük olmasından dolayı bilgi çağının dışında kaldıklarını da

eklemişlerdir. BİT'e erişimin ve bu teknolojileri kullanamamanın önündeki engellerden birini eğitimsizliğin oluşturduğu belirtilmiştir.

Çalışmaya katılanlardan alınan puanlara göre BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyinde bilgi ve kullanım düzeylerinin gelir seviyelerine göre karşılaştırılması yapıldığında çoğu BİT boyutları, dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Geliri yüksek olan katılımcıların geliri düşük olan katılımcılara göre BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarını daha çok bildikleri ve kullandıkları görülmüştür. İlgi duyma, giyilebilir tıbbi cihazlar, SMS ve e-posta ile sağlık bilgisi alma, mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesine ilişkin bilgi düzeyleri öne çıkan unsurlar olmuştur. Bu boyutu ve unsurları, gelir seviyesi yüksek olan katılımcıların gelir seviyesi düşük olan katılımcılardan daha fazla bildikleri tespit edilmiştir. Giyilebilir tıbbi cihazlar pahalı cihazlar olup genellikle spor yapan ve sağlıklı yaşam davranışları sergileyen kişiler tarafından tercih edilmektedir. Mobil cihazlardan kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânına dair bilgi düzeylerinin gelire göre değişiklik göstermesi de bu nedene bağlanabilir. Bu bulgu gelir seviyesi yüksek olan katılımcıların teknolojiyi ve interneti en iyi düzeyde kullanma eğiliminde oldukları şeklinde yorumlanabilir. Aksoy (2018)'un yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin teknolojiyi kullanma tutumları ölçülmüş ve sadece gelir seviyesi değişkeni ile anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Kalaycıoğlu (2015: 158)'na göre, toplumsal eşitsizlik sorunu toplumun kaynaklarının dağılımı söz konusu olduğunda ortaya çıkan bir yapıdır. Kaynakların dağılımı aşamasında siyasi, kültürel, toplumsal ve ekonomik gibi çeşitli faktörler etkili olmaktadır. Burada gelir dikkat çeken unsurdur. Çünkü toplumsal eşitsizlik yapısının bir tarafında zenginlik bulunurken diğer tarafında yoksulluk yer almaktadır. Buradan genel BİT kullanımı ile sağlık hizmetlerinde dijital bölünmenin önemli belirleyicilerinden birinin gelir olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri internet kullanma durumlarına göre incelendiğinde; SABİM, beslenme ve obezite ile mücadele, teletıp, ilaç hatırlatma ve giyilebilir tıbbi cihazları kullanım düzeyleri hariç diğer tüm BİT boyutları ile dijital

sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İnternet kullanan katılımcıların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri puanları internet kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Dijital sağlık hizmetlerinde dijital bölünmenin önemli belirleyicilerinden birisi tabii olarak internet kullanımıdır.

Araştırmaya katılanların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamalar ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeylerinin yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında; güven duyma boyutu ve hekimin yazdığı ilaçlarla ilgili internette detaylı araştırma yapabilme imkânı kullanım düzeyi arasında anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. İlçede yaşayanların köyde yaşayanlara nispeten teknolojiye daha çok güven duydukları ve hekimin yazdığı ilaçlarla ilgili internette detaylı araştırma yapabilme imkânını daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bu durumun internet erişiminin kır-kente göre farklılık gösteriyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Köyde yaşayanların internete erişme imkânı ile ilçede yaşayanların erişim imkânı arasında bir eşitsizlik söz konusu olabileceğinden bu sonucun çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Dijital bölünmenin kır ve kentlerdeki internet erişimi eşitsizliğinden dolayı ortaya çıktığı sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların BİT boyutları ile dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri illere göre karşılaştırıldığında iletişim ve eğlence amaçlı kullanım, güven duyma; SABİM, ESİM, beslenme ve obezite ile mücadele, taşınabilir ve giyilebilir tıbbi cihaz uygulamasının kullanım düzeyinde; kişinin sağlığına ilişkin laboratuvar sonuçlarını internette öğrenme ve hekimin yazmış olduğu ilaçları internette araştırabilme imkânlarını kullanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Burdur'da yaşayan katılımcılar Isparta'da yaşayan katılımcılara göre BİT'i iletişim kurmak ve eğlenmek amacıyla daha çok tercih etmektedir. Güven duyma boyutu, SABİM, ESİM, beslenme ve obezite ile mücadele, taşınabilir ve giyilebilir tıbbi cihaz uygulamalarını Burdur'da yaşayan katılımcılar Isparta veya Antalya'da yaşayan katılımcılardan daha fazla kullanmaktadır. Son olarak da Isparta'da yaşayan katılımcıların kişinin sağlığına ilişkin laboratuvar sonuçlarını internette öğrenme ve hekimin yazmış olduğu ilaçları internette araştırabilme

imkânlarını Antalya’da yaşayan katılımcılara nazaran daha çok kullandığı görülmüştür. İllerin gelişmişlik seviyesine bakıldığında Antalya’daki katılımcıların puanının Isparta veya Burdur’daki katılımcıların puanına göre daha yüksek çıkması beklenirken aksine Antalya yer yer Isparta ve Burdur’dan daha düşük puanlar almıştır. İllerin eğitim seviyesinin, sonucun bu şekilde çıkmasında etkili olmuş olabilir. 2017 yılı TÜİK verilerine göre illerin eğitim seviyesi büyükten küçüğe sırası ile Burdur, Isparta ve Antalya şeklindedir. TÜİK verileri de kişilerin teknolojiye olan eğilimin illerin eğitim seviyesine göre değiştiğini destekler niteliktedir.

“İlgi duyma” ile “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” boyutlarından alınan puanlar ile dijital sağlık uygulamaları bilgi ve kullanım düzeyleri arasında sadece “beslenme ve obezite ile mücadele kullanım düzeyi” anlamsız bulunmuş diğer tüm dijital sağlık uygulamaları bilgi ve kullanım düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. “Güven duyma” boyutundan alınan puanlar ile dijital sağlık uygulamaları bilgi ve kullanım düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, “SABİM bilgi düzeyi” ile “beslenme ve obezite ile mücadele bilgi düzeyi” arasında anlamsız ilişki bulunmuş diğer tüm dijital sağlık uygulamaları bilgi ve kullanım düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

“İlgi duyma”, “iletişim ve eğlence amaçlı kullanım” ve “Güven duyma” boyutlarından alınan puanlar ile dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanım düzeyleri arasında da pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bilgi doğrultusunda kişilerin BİT’e ilgisi arttıkça dijital sağlık uygulama ve dijital sağlık imkânlarına dair bilgisi ve kullanım düzeyinin de arttığı düşünülebilir. Aynı şekilde kişinin BİT’e güven duyması dijital sağlık uygulama ve dijital sağlık imkânlarına olan eğilimini arttırmaktadır. Ya da BİT’i iletişim kurma ya da eğlence amacıyla kullanma durumu arttıkça dijital sağlık uygulama ve dijital sağlık imkânlarını bilme ve kullanma düzeyi de artmaktadır. Bu da sağlıktaki dijital bölünmenin genel dijital bölünmeden bağımsız olmadığını göstermektedir.

4.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmanın bulgularından yola çıkılarak elde edilmiş olan sonuçlara ve önerilere değinilmektedir.

BİT'in boyutlarından olan "ilgi duyma" boyutunda yaş, medeni durum, gelir ve internet kullanımı belirleyici değişkenlerdir. Aynı şekilde "iletişim ve eğlence amaçlı kullanım" boyutu yaş, medeni durum, eğitim, internet kullanımı ve il değişkenlerine göre farklılık göstermektedir. BİT'in üçüncü boyutu "güven duyma" boyutunda ise cinsiyet değişkeni dışında diğer değişkenlerin belirleyici olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarına ilişkin bilgi ile kullanım düzeylerine bakıldığında, katılımcıların bu uygulama ve imkânları ilişkin bilgi düzeylerinin kullanım düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan katılımcıların dijital sağlık hizmetlerini belli bir düzeyde bildikleri fakat bildikleri ölçüde kullanmadıkları sonucuna ulaşılabılır.

Yaş değişkeni, dijital sağlık hizmetlerinin bilinirliğinde belirleyici bir faktördür. Gençlerin yaşlılara göre bu hizmetlere ilişkin daha çok bilgiye sahip oldukları bulunmuştur. MHRS, ESİM, mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ve ilaç hatırlatma uygulaması bilgi düzeyinde cinsiyet belirleyici bir unsurdur. Bu dört uygulamadan, ESİM uygulamasını erkekler kadınlara nazaran daha çok bilirken; MHRS, mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ve ilaç hatırlatma uygulamasını kadınlar erkeklere göre daha çok bilmektedir.

Medeni durum, SABİM, ESİM, beslenme ve obezite ile mücadele ve teletıp uygulamaları dışında kalan dijital sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinde belirleyici bir değişkendir. Evli olmayan katılımcıların evli olan katılımcılara göre dijital sağlık uygulamalarını daha çok bildikleri görülmüştür.

Beslenme ve obezite ile mücadele, teletıp ve ilaç hatırlatma uygulamaları hariç diğer dijital sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinde eğitim, belirleyici bir faktördür. Eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların dijital sağlık uygulamalarını, eğitim seviyesi düşük olan katılımcılardan daha çok bildikleri saptanmıştır.

E-Nabız ve giyilebilir tıbbi cihaz uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinde gelir seviyesi belirleyici bir unsurdur. Gelir seviyesi düşük olan katılımcıların dijital sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri, gelir seviyesi yüksek olan katılımcılara göre daha düşüktür.

İnternet kullanma durumu, kişilerin dijital sağlık uygulamaları bilgi düzeyinde belirleyici bir değişkendir. Katılımcıların internet kullanma durumlarına bakıldığında, internet kullanan katılımcıların kullanmayan katılımcılara göre dijital sağlık uygulamalarını daha çok bildikleri görülmüştür. Dijital sağlık uygulamaları bilgi düzeyinde yerleşim yeri ve illerin belirleyici olmadığı görülmüştür.

MHRS, ESİM, e-Nabız, teletıp, mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ve kalp ritmi ölçme uygulaması kullanımında yaş belirleyici bir değişkendir. MHRS, ESİM, e-Nabız, teletıp, mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları ve kalp ritmi ölçme uygulamasını gençler yaşlılara göre daha çok kullanmaktadır. Gelir seviyesine bakıldığında ise geliri yüksek olan katılımcıların düşük olan katılımcılara göre e-Nabız uygulamasını daha çok kullandıkları görülmüştür.

Eğitim seviyesi teletıp, ilaç hatırlatma, taşınabilir ve giyilebilir tıbbi cihaz uygulamaları dışında kalan dijital sağlık uygulamalarının kullanımında belirleyici bir değişkendir. Eğitim seviyesi yüksek olan katılımcılar, eğitim seviyesi düşük olan katılımcılara göre dijital sağlık uygulamalarını daha çok kullanmaktadır. SABİM, beslenme ve obezite ile mücadele uygulaması, taşınabilir ve giyilebilir tıbbi cihaz uygulamalarını Burdur'da yaşayan katılımcıların Isparta veya Antalya'da yaşayan katılımcılara göre daha çok kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

MHRS, ESİM ve mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarının kullanımında cinsiyet belirleyici bir faktör olmuştur. Bu uygulamalardan MHRS ve mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarını kadınlar erkeklere göre daha çok kullanırken, ESİM uygulamasına bakıldığında bu uygulamayı erkeklerin kadınlardan daha fazla kullandığı görülmüştür. Bir diğer sonuç da, evli olmayan katılımcıların mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamalarını evli olan katılımcılardan daha çok kullanmaları olmuştur.

İnternet kullanım durumu SABİM, teletıp, beslenme ve obezite ile mücadele, ilaç hatırlatma ve giyilebilir tıbbi cihaz uygulamaları dışında kalan dijital sağlık uygulamalarının kullanımında belirleyici bir faktör olmuş ve internet kullananların internet kullanmayanlara göre dijital sağlık uygulamalarını daha fazla kullandıkları

görülmüştür. Yerleşim yeri değişkeni ise dijital sağlık uygulamalarının kullanımında belirleyici olmamıştır.

Yaş, dijital sağlık imkânlarının bilinirliğinde belirleyici bir değişkendir. Yaşlıların gençlere göre dijital sağlık imkânlarına ilişkin bilgi düzeyleri daha düşüktür. Aynı şekilde dijital sağlık imkânlarının bilgi düzeyinde internet kullanımının da belirleyici bir faktör olduğu görülmüştür. İnternet kullananlar kullanmayanlara göre bu imkânlara ilişkin daha çok bilgi sahibi oldukları bulunmuştur.

Cinsiyet, nöbetçi eczaneyi internet üzerinden öğrenme, hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşma, SMS ve e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilme ve kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşma imkânları dışında kalan durumlar bilgi düzeyinde belirleyici bir faktördür. Kadınların erkeklere nazaran dijital sağlık imkânlarına ilişkin daha çok bilgi sahibi oldukları bulunmuştur.

Sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenme ve hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşma imkânlarına ilişkin bilgi düzeyinin kişilerin medeni durumuna göre değişiklik göstermediği görülmüştür. Eğitim değişkeninin ise dijital sağlık imkânlarının bilinirliğinde belirleyici bir unsur olduğu bulunmuş ve eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların eğitim seviyesi düşük olan katılımcılara göre daha çok bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde dijital sağlık imkânları bilgi düzeyinin kişilerin gelir seviyesine göre de değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Geliri düşük olanların geliri yüksek olanlara nazaran bu imkânları daha az bildikleri görülmüştür. Dijital sağlık imkânlarının bilgi düzeyinde yerleşim yeri ve illerin ise belirleyici olmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların dijital sağlık imkânlarını kullanma düzeyinde yaş belirleyici bir değişkendir. Yaşlıların gençlere nazaran bu imkânları daha az kullandıkları bulunmuştur. Benzer şekilde eğitim değişkeninin de dijital sağlık imkânlarının kullanımında belirleyici bir unsur olduğu görülmüştür. Eğitim gruplarına bakıldığında ise ilköğretim seviyesinde eğitim alan katılımcıların dijital sağlık imkânlarını, diğer seviyelerde eğitim alan katılımcılardan daha az kullandıkları bulunmuştur.

Cinsiyet değişkeni, SMS ve e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilme ve kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşma imkânlarının kullanım düzeyi dışında kalan dijital sağlık imkânlarının kullanımında belirleyicidir. Kadınların erkeklere göre bu imkânları daha çok kullandıkları görölmüştür.

Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette araştırma yapabilme imkânının kullanımında yerleşim yeri belirleyici olmuştur. İlçede yaşayan katılımcıların köyde yaşayan katılımcılara göre hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette araştırma yapabilme imkânını daha çok kullandığı saptanmıştır. Benzer Şekilde internet kullanan katılımcıların kullanmayan katılımcılara nazaran dijital sağlık imkânlarını daha çok kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşma ve hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette araştırma yapabilme imkânlarının kullanımında iller belirleyici bir değişken olmuştur. Isparta'da yaşayan katılımcıların Antalya'da yaşayan katılımcılara göre bu iki imkânı daha çok kullandıkları görölmüştür. Gelir seviyesi, mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi, SMS ve e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilme ve kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşma imkânları dışında kalan dijital sağlık imkânlarının kullanımında belirleyici bir değişkendir. Geliri yüksek olanların geliri düşük olanlara göre bu imkânları daha çok kullandıkları bulunmuştur.

Gidilecek hastaneyi önceden internetten araştırabilme, internet üzerinden en yakın eczaneyi bulma, internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenme ve mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerinin takip edilmesi imkânlarının kullanımı kişilerin medeni durumuna göre değişiklik göstermektedir. Evli olmayanların evli olanlara nazaran bu imkânları daha çok kullandıkları bulunmuştur.

Genel BİT'e ilgi duyma ve bu teknolojilerin iletişim ve eğlence amaçlı kullanımı ile DSU'ya ilişkin bilgi sahibi olma durumu arasında bir ilişki olduğu ve kişilerin genel BİT'e ilgi duyduka dijital sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Beslenme ve obezite ile mücadele uygulamasının kullanım düzeyi ile kişilerin genel BİT'e ilgi duymaları ve bu teknolojileri iletişim ve eğlence amacıyla

kullanmaları arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Fakat kişilerin BİT'e olan güveni arttıkça dijital sağlık uygulamalarını kullanma düzeylerinin de arttığı bulunmuştur.

Son olarak, genel BİT kullanımı ile dijital sağlık imkânları bilgi ve kullanımı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve kişilerin genel BİT kullanımı arttıkça dijital sağlık imkânlarını bilme ve kullanma düzeyinin de arttığı görülmüştür.

Bütün bu sonuçlar doğrultusunda, dijital bölünmenin diğer alanlarda olduğu gibi dijital sağlık hizmetleri alanında da kendini gösterdiği ve kişileri dijital sağlık hizmetlerini bilen ve bilmeyen, kullanan ve kullanmayan şeklinde böldüğü bu çalışmanın en önemli sonucunu oluşturmaktadır.

Çalışmanın sonuçlarından yola çıkılarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Sağlık Bakanlığı uygulaması olan MHRS, SABİM, ESİM, e-Nabız ve teletıp sistemi arasında katılımcılar tarafından en çok bilinen ve kullanılan uygulamanın yüksek bir farkla MHRS olduğu görülmüştür. Vatandaşın MHRS dışında kalan diğer sağlık uygulamalarına yönelik bilgi ve kullanım düzeyinin de artırılması adına politikaların ve bu sorunun çözümüne yönelik çalışmaların yapılabileceği düşünülmektedir.
2. Beslenme ve obezite ile mücadele, Sağlık Bakanlığı sitesinde yer alan bir uygulama olup vatandaşı siteye girdikleri takdirde bilgilendiren bir uygulama niteliğindedir. 21.yy'da en büyük sağlık sorunlardan biri haline gelmiş olan obezitenin, Türkiye'de ilerlemesini engellemek ve beslenme kaynaklı sağlık sorunlarının önüne geçmek adına bu uygulamanın bilinirliğini ve kullanımını artırmak için daha pratik uygulamalar düşünülebilir.
3. Katılımcıların BİT bilgisi ve kullanımı dijital sağlık hizmetlerinin bilinirliği ve kullanımı ile paralellik göstermektedir. Teknolojinin hayatın bir gerçeği olduğu ve insan hayatının her alanında yer aldığı yadsınamaz bir durumdur. Teknoloji ile birlikte ortaya çıkan sorunlardan biri olan dijital bölünmenin, kişilerin BİT'i bilip bilmeme kullanıp kullanamama eşitsizliğinden dolayı ortaya çıktığı düşünüldüğünde, bu bölünmenin etkilerini azaltmak için kişilerin BİT'den daha fazla haberdar olması ve kullanması adına çalışmalar yapılabilir.

Kısacası dijital sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizliğin, BİT bilgi ve kullanım düzeyindeki eşitsizlik sorunun azaltılması ile giderilebileceği düşünölmektedir.

4. Bu alışmada, BİT'i bilenlerin ve bilmeyenlerin dijital sağlık hizmetlerinden ne kadar haberdar olduğu ve bu uygulamaları ne düzeyde kullandıkları ölçölmeye çalışılmıştır. Akademik alışma yapanlar, BİT'i bilenler arasında dijital sağlık hizmetlerini bilme ve kullanma düzeyinde bir bölünmenin söz konusu olup olmadığını araştırabilir.

5. Her dijital sağlık uygulaması ve dijital sağlık imkânı bilgi ya da kullanım düzeyinde olmasa da bazı uygulama ve imkânların bilgi veya kullanım düzeyinde kadınların erkeklere nazaran bu uygulama ve imkânları daha fazla bildikleri ya da kullandıkları tespit edilmiştir. Kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini daha çok kullanmaları bu duruma neden olmuş olabilir. Fakat erkeklerin de bu uygulama ve imkânları mevcut duruma göre daha fazla bilmeleri ve kullanmaları için kendilerini geliştirmek adına girişimlerde bulunabilir.

Araştırmacının Notu: Çalışmanın anket sorularını oluştururken detaylı bir literatür taraması yapılmış, konuya uygun olan ifadelerden soru havuzu oluşturulduktan sonra uzman kişilerin görüşleri alınmış ve çalışmanın veri toplama aracı olarak kullanılan anket son halini almıştır. Bu süreçte güncel dijital sağlık hizmetleri detaylı bir şekilde araştırılmış ve Sağlık Bakanlığı sitesinde mevcut olan uygulamalar anketteki ifadelerin oluşturulmasında önemli birer referans olmuştur. Çalışmanın önemli katkılarından biri de anket sorularını yanıtlayan katılımcıların mevcut olan dijital sağlık uygulamaları ve dijital sağlık imkânlarından haberdar olmasını sağlamış olmasıdır. Bu alışma Türkiye'de sağlık alanındaki dijital bölünmeyi ölçen az sayıdaki çalışmalardan birini oluşturmaktadır. Çalışmanın eksik yanları mevcut ise yeni çalışmalarla bu eksikliklerin giderilmesi temenni edilmektedir. Araştırmacının özellikle veri toplama süreci araştırmacıyı zorlamıştır. Ankete katılanların bazılarının anket sorularına ve anket yapan araştırmacıya karşı yaklaşımları zaman zaman rahatsız edici bulunmuştur. Bütün bu zorluklara rağmen araştırmacı akademik heyecanını kaybetmeden çalışmayı tamamlayabilmiştir.

KAYNAKÇA

- Aerschot, L.V. and Rodousakis, N., (2008), *The Link Between Socio-Economic Background and Internet Use: Barriers Faced By Low Socio-Economic Status Groups and Possible Solutions*, The European Journal of Social Science Research, 21(4), 317-351.
- Akdağ, R., (2012), Herkes İçin Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, 1-444.
- Aksoy, C., (2018), *Teknoloji Kullanım Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Ölçülmesi: Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Araştırma*, Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 8(15), 1113-1132.
- Aksu, G., Eser, M.T. ve Güzeller, C.O., (2017), *Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları*, Ankara, Detay Yayıncılık.
- Arifoğlu, A., (2004), *e-dönüşüm: Yol Haritası, Dünya, Türkiye*, Ankara, Sas Bilişim Yayınları.
- Arslan, E. T. ve Demir, H., (2017), *Üniversite Öğrencilerinin Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kaydı Yönetimine İlişkin Görüşleri*, Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(2), 17-36.
- ATA, The American Telemedicine Association ,(2006), *Telemedicine, Telehealth, and Health Information Technology*, 1-13.
- Atkinson, J., Black, R. And Curtis, A., (2008), Exploring the Digital Divide in an Australian Regional City: A Case Study of Albury, Australian Geographer, 39(4), 479-493.
- Aytun, C., (2006), *Enformasyon Toplumu Sürecinde Dijital Bölünme Kavramının Anlamı ve Önemi*, "Türkiye'de İnternet" Konferansı Bildirileri, 231-238.
- Baltaş, Z., (2008), *Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, İstanbul, Remzi Kitabevi.

- Bert, F., Giacometti, M., Gualano, M.R. and Siliquini, R., (2014), *Smartphone and Health Promotion: A Review of the Evidence*, Journal of Medicine Systems, 38(1), 1-11.
- Bozkurt, A., (2017), *Açık ve Uzaktan Öğrenme Kapsamında Dijital Bölünme*, Açık ve Uzaktan Öğrenmede Bireysel Farklılıklar, Eskişehir Üniversitesi Yayınları, 23-46.
- Bulut, S., (2013), *Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite*, Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 70(4), 205-214.
- Clark, C. and Gorski, P., (2001), *Multicultural Education and the Digital Divide: Focus on Race, Language, Socioeconomic Class, Sex, and Disability*, Multicultural Perspectives, 3(3), 39-44.
- Committe on Economic, Cultural and Social Rights (CESCR), (2000), *The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, General Comment No. 14, 1-21.
- Couldry, N., (2007), *New Media for Global Citizens? The Future of the Digital Divide Debate*, Media and Communications Goldsmiths College, 14(1), 249-261.
- Çavuşoğlu, Y. ve Sarı, İ., *Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi, Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası*, Türk Kardiyoloji Derneği, İstanbul.
- Demir, H., (2016), *Mobil Sağlık Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine İşlem Maliyeti Yaklaşımı Bağlamında Etkisi: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma*, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1-139.
- Dewan S. and Riggins J. F., (2005), *The Digital Divide Current and Future Research Directions*, Journal of the Association for Information Systems, 6(12), 298-337.
- Eamon, M. K., (2004), *Digital Divide in Computer Access and Use Between Poor and Non-Poor Youth*, Journal of Sociology and Social Welfare, 31(2), 91-112.
- Ekici, S. K. ve Gümüş, Ö., (2016), *Yaşlılıkta Teknolojinin Kullanımı*, Ege Tıp Dergisi/ Ege Journal of Medicine, 55, 26-30.

- Engin, M., İğdeli, F. ve Gürses, F., (2015), *Türkiye ve Dünya'da Sayısal Uçurum*, 2. Ulusal Yönetim Bilişim Sistemleri Kongresi, 1470-1480.
- Eroğlu, Ö., (2013), *Tutumlar*, Şimşek, A., Eroğlu, Ö. (Ed.), (2013), *Davranış Bilimleri* içinde (128-164), Konya: Eğitim.
- Ersoy, A., (2011), *Turkish Primary School Children's Opinions Related to the Internet Awareness*, International Journal on New Trends in Education and Their Implications, 2(1), 21-35.
- Ersöz, S. ve Meral, P.S., (2007), *İnternet Okuryazarlığı ve Dijital Bölünme*, Uluslararası Medya Okuryazarlığı Bildiri Kitapçığı, İstanbul, 247-265.
- Ertek, S., (2011), *Endokrinolojide Tele-Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamaları*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 126-130.
- European Commission, (2017), *mHealth, Digital Single Market*, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/mhealth> Erişim tarihi: 24.02.2019
- Eysanbach, G., (2001), *What is e-health?*, Journal of Medical Internet Research, 3(2), 1-2.
- Gitmez, E., (2013), *Brezilya Ülke Raporu*, Değerli Okurlarımız, 1-44.
- Günbatar, M.S., (2014), *Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Yönelik Bir Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması*, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEDAF), 15(1), 121-135.
- Gürcan, F., (2015), *Türkiye'de ve Dünya'da Sayısal Bölünme*, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Yayın No: 2920.
- Hargittai, E., (2003), *The Digital Divide and What to Do About It*, New Economy Handbook, Elsevier Academic Press, Newyork, 821-839.
- ITU, International Telecommunication Union, (2005), *Partnership on Measuring ICT for Development*, Core ICT Indicators, 1-48.

- ITU, International Telecommunication Union, (2009), *Measuring the Information Society Report, The ICT Development Index*, 1-96.
- ITU, International Telecommunication Union, (2017), *Measuring the Information Society Report 2017 Volume 1*, 1-154.
- Jackson, L.A., Zhao, Y., Kolenic, A., Fitzgerald, H. E., Harold, R. and Von Eye, A., (2008), *Race, Gender and Information Technology Use: The New Digital Divide*, *CyberPsychology & Behavior*, 11(4), 437-442.
- Kahyaoğlu, Y. ve Kurt, A. A., (2017), *İleri Yaşta Bilgi ve İletişim Kullanımı: Sorunlar ve Öneriler*, *Eğitim Teknolojileri Okumaları*, 289-306.
- Kalaycıoğlu, S., (2015), *Toplumsal Eşitsizlikler, Sınıf ve Yoksulluk*, Ecevit, M.C., Güneş, F., (2015), *Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik*, içinde (157-177), Ankara: Saray.
- Kalınkara, V. ve Sarı, İ., (2018), *Yaşlıların Bilgi ve Teknolojileri Kullanımı ve Yaşam Doyumu: Potansiyel ve Engeller, Ergonomik Yaklaşım*, *Mühendislik Bilimi ve Tasarım Dergisi*, 1-13.
- Kaplıanoğlu, E., (2014), *Mesleki Stresin Temel Nedenleri ve Muhtemel Sonuçları: Manisa İlindeki SMMM'ler Üzerine Bir Araştırma*, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (64), 131-150.
- Karaboz, İ., Kayar, E. ve Akar, S., (2008), *Flow Sitometri ve Kullanım Alanları*, *Elektronik Mikrobiyoloji Dergisi*, 6(2), 1-18.
- Kazan, O. K. ve Yıldız, M.Z., (2016), *Gömülü Sistem Tabanlı Pulse-Oksimetre*, 1-4.
- Keniston, K., (2003), *The Four Digital Divides*, Delhi, Sage Publishers, 1-34.
- Kezang, Whalley, J., (2007), *Closing the Digital Divide: The Role of Services and Infrastructure in Bhutan*, *Prometheus*, 25(1), 69-84
- Kılıç, T., (2017), *e-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda*, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.

- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, (2016), Resmi Gazete Tarihi: 20.10.2016, Sayısı: 29863.
- Kopmaz. B. ve Arslanoğlu, A., (2018), Mobil Sağlık ve Akıllı Sağlık Uygulamaları, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5(4), 251-255.
- Korupp, S. E. and Szydlık, M., (2005), *Causes and Trends of the Digital Divide*, European Sociological Review, 21(4), 409-422.
- Kurban, R., (2006), *Kablosuz Taşınabilir Uzaktan Sağlık İzleme Sistemi: Mobil Sağlık Danışmanı*, Erciyes Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 1-82.
- Kurşun, A. ve Kaygısız, E. G., (2018), *Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulamalarına Yönelik Memnuniyet ve Erişilebilirlik Düzeyinin Belirlenmesi*, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(4), 401-409.
- Kutluca, T., Arslan, S. ve Özpınar, İ., (2010), *Developing a Scale to Measure Information and Communication Technology Utilization Levels*, Türk Fen Eğitimi Dergisi, 7(4), 37-45.
- Liu, M. and San, G.,(2006), *Social Learning and Digital Divides: A Case Study of Internet Technology Diffusion*, KYKLOS, 59(2), 307-321.
- National Archives, (2000), *The Clinton-Gore Administration: From Digital Divide to Digital Opportunity*, Erişim Tarihi: 24.01.2019. <https://clintonwhitehouse4.archives.gov/textonly/WH/New/digitaldivide/digital1.html>
- Nicholas, K., (2003), *Geo-Policy Barriers and Rural Internet Access: The Regulatory Role in Constructing the Digital Divide*, The Information Society, 19(4), 287-295.
- OECD, (2001), *Understanding The Digital Divide*, OECD Publications, 1-32.
- OECD, (2018), *ICT Access and Usage by Households and Individuals : ICT Access and Usage by Individuals*, <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 24.01.2019.

- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. and Jadad, A., (2005), *What is eHealth(3): A Systematic Review of Published Definitions*, Journal of Medical Internet Research, 7(1), 1-12.
- Ömürbek, N. ve Altın, F.N., (2009), *Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği*, SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19, 211-232.
- Öney Doğanyigit, S., (2014), *Sağlık Hizmetleri İletişiminde Mobil Sağlık: "Adımsayar" Uygulaması Örneği*, Galatasaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1-134.
- Örücü, E. ve Yıldız, H., (2014), *İşyerinde Kişisel İnternet ve Teknoloji Kullanımı: Sanal Kaytarma*, Ege Academic Review, 14 (1), 99-114.
- Padem, H., Göksu, A. ve Konaklı, Z., (2012), *Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, International Burch University Publications, Sarejova.
- Palacı, H., Yarar, O., Kuru, O. ve G. Y., (2016), *Akıllı Telefonlardaki Sağlık Uygulamalarının Sertifikasyon, Geçerlilik, Güvenilirlik ve Kullanıcı Açısından Değerlendirilmesi*, Tıp Teknolojileri Kongresi, 308-311.
- PEW Research Center, (2017), *Digital Divide Persists Even as Lower- Income Americans Make Gains in Tech Adoption*, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/03/22/digital-divide-persists-even-as-lower-income-americans-make-gains-in-tech-adoption/> Erişim Tarihi:01.02.2019
- Pretlow, R., *eHealth International: A Cutting Edge Company for a New Age in Health Care*, The Journal of eHealth Nursing. <http://www.carolstock.com/ehealthi.html> Erişim Tarihi: 27.02.2019.
- Sağlık Bakanlığı, (2018), *e-Nabız V.2.0*, E-Nabız Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi Kullanım Kılavuzu, 1-32.
- Sancak, B., (2004), *İngilizce-Türkçe Ansiklopedik Bilişim Sözlüğü 2005*, 2.Baskı, İstanbul, Pusula Yayınları, 1-1054.

- Santoyo, A.S., (2003), *Estimation and Characterization of The Digital Divide*, Round Table on Developing Countries Access to Scientific Knowledge, Trieste, Italy, 21-24.
- Scott, B.J.D. and College, S., (2006), *Can Developing Countries Overcom Me The Digital Divide? Information Technology in Trinidad and Tobago*, The Western Journal of Black Studies, 30(2), 75.
- Sedimo, N.C., Bwalya. K.J. and Du Plessis, T., (2006), *Conguering the Divital Divide: Bostwana and Sounth Korea Digital Divide Status and Interventions*, SA Journal of Information Management, 13(1), 1-10.
- Sezgin, S., (2016), *Eğitimde Giyilebilir Teknolojiler: Fırsatlar ve Eğilimleri*, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi, 40, 405-418.
- Soysal F., (2017), *Sayısal Uçurumun Ölçülmesi İçin Model Geliştirilmesi: Sakarya Liseleri Örneği*, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 1-269.
- Şen, A. ve Akdeniz, S., (2012) *Sayısal Uçurumla Başetmek: OECD Trendleri ve Türkiye*, Bilgi Ekonomisi ve Bilgisi Dergisi, VII(I), 53-75.
- Tan, J., Cheng, W. and J.Rogers, W., (2002), *From Telemedicine to E-Health: Uncovering New Frontiers of Biomedical Research, Clinical Applications and Public Health Services Delivery*, Journal of Computer Information Systems, 42(5), 7-18.
- Tengilimoğlu, D., Albolat, M. ve Işık, O., (2015), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Publication, Ankara (Google Scholar).
- Tezcan, C., (2016), *Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık*, TUSİAD, 1-116.
- Tiene, D., (2002), *Addressing the Global Digital Divide and its Impact on Educational Oppurtunity*, Educational Media International, 39(3-4), 212-222.
- Toygara, Ş.A., (2018), *E-Sağlık Uygulamaları*, Yaşama Dergisi, 101-123.
- TUENA, (1998), *Yetenek ve Kullanım Saptaması*, Ankara, Ocak 1998, 1-35.

TÜBİTAK, (2002), *Bilgi Toplumu Politikaları Üzerine Bir Değerlendirme*, 1-22.

Türkiye İhracatçılar Meclisi (TİM), (2017), *Brezilya Ülke Bilgi Notu*, 1-3.

Türkiye İstatistik Kurumu, (2016), *Türkiye Sağlık Araştırması*, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi: 22.05.2019.

Türkiye İstatistik Kurumu, (2017), *Eğitim İstatistikleri*, Ulusal Eğitim İstatistikleri, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018 Erişim Tarihi: 23.05.2019.

Türkiye İstatistik Kurumu, (2018), *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi*, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 Erişim Tarihi: 11.06.2019.

Türkiye İstatistik Kurumu, (2018), *Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 Erişim Tarihi: 16.01.2019.

UNDP, United Nations Development Programme, 1999, *Human Development Report*, 1-133.

URL1: Nosta, J., (2013), *Digital Health for Dummies*, Forbes, <https://www.forbes.com/sites/johnnosta/2013/05/19/digital-health-for-dummies/#ecadc067a1cd> Erişim Tarihi:28.02.2019.

URL2: FDA, U.S Food and Drug Administration, (2018), *Digital Health*, <https://www.fda.gov/MedicalDevices/DigitalHealth/default.htm> Erişim Tarihi: 28.02.2019.

URL3: COCIR, (2019), *What is Digital Health?*, European Coordination Committee of The Radiological, Electromedical and Healthcare It Industry, <https://www.cocir.org/activities/digital-health/about-digital-health.html> Erişim Tarihi: 28.02.2019.

URL4: COCIR, (2019), *“What is MHealth?”* European Coordination Committee of The Radiological, Electromedical and Healthcare It Industry, <https://www.cocir.org/activities/digital-health/about-mhealth.html> Erişim tarihi: 24.02.2019.

- URL5: Justice, J., (2012), *Healthcare Access Through Mobile Technology*, <http://www.healthworkscollective.com/healthcare-access-through-mobile-technology/> Erişim Tarihi: 01.03.2019.
- URL6: Sözen, A., (2014), *Kendini Ölçüm Sağlık Sektörünü Değiştirecek*, Tek Doz Dijital, Erişim Tarihi: 04.03.2019. <http://www.tekdozdijital.com/kendini-olcum-saglik-sektorunu-degistirecek.html>
- URL7: Aydoğmuş, A., (2014), *İlaçlarınızı En İyi Takip Eden Uygulama 'MedRem'*, Teknolojioku, <https://www.teknolojioku.com/yazilim/ilaclarinizi-en-iyi-takip-eden-uygulama-medrem-5a28f84318e540630d1d8b30> Erişim Tarihi: 07.03.2019.
- URL8: Japantimes, (2016), *Japanese City Tags Elderly Dementia Sufferers With Barcodes*, <https://science.slashdot.org/story/16/12/11/2024243/japanese-city-tags-elderly-dementia-sufferers-with-barcodes> Erişim Tarihi:13.03.2019
- URL9: Sağlık Bakanlığı, (2018), *MHRS Nedir?*, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR,46765/mhrs-nedir.html> Erişim Tarihi: 17.03.2019.
- URL10: Sağlık Bakanlığı, (2018), *Tarihçe*, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR,46774/tarihce.html> Erişim Tarihi: 17.03.2019.
- URL11: Sağlık Bakanlığı, (2019), *Hakkımızda*, Merkezi Hekim Randevu Sistemi, <https://hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml> Erişim Tarihi: 17.03.2019.
- URL12: Sağlık Bakanlığı, (2018), *MHRS'nin Amaçları*, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR,46769/mhrsnin-amaclari.html> Erişim Tarihi: 17.03.2019.

- URL13: Sağlık Bakanlığı, (2019), *E-Nabız*, <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index> Erişim Tarihi: 17.03.2019.
- URL14: Sağlık Bakanlığı, (2007), *Tarihçemiz*, Erişim Tarihi: 19.03.2019. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11439/tarihcemiz.html>
- URL15: Sağlık Bakanlığı, (2007), *Temel Amaç ve Hedefimiz*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11429/temel-amac-ve-hedefimiz.html> Erişim Tarihi: 19.03.2019.
- URL16: Sağlık Bakanlığı, (2018), *İşleyişimiz*, Erişim Tarihi: 19.03.2019. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11430/isleyisimiz.html>
- URL17: Sağlık Bakanlığı, (2018), *Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması*, Batman İl Sağlık Müdürlüğü Batman Bölge Devlet Hastanesi, <https://batmanbdh.saglik.gov.tr/TR,193029/engelsiz-saglik-iletisim-merkezi-esim-uygulamasi.html> Erişim Tarihi: 20.03.2019.
- URL18: Yaman, Z., (2011), *Teletıp ve Bilişim Altyapısı*, Sağlık Bilişim Derneği, http://www.saglikbilisimdernegi.com/makaleler.php?mak_id=40 Erişim Tarihi: 21.03.2019.
- URL19: U.S. National Library of Medicine, (2019), *Telemedicine Research at NLM (1994-2007)*, <https://www.nlm.nih.gov/research/telemedit.html> Erişim Tarihi: 21.03.2019.
- URL20: Sağlık Bakanlığı, (2019), *T.C. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi*, <https://teletip.saglik.gov.tr/#service> Erişim Tarihi: 24.03.2019.
- URL21: FDA, U.S Food and Drug Administration, (2019), *Mobile Medical Apps That the FDA Will Regulate*, Erişim Tarihi: 28.03.2019 <https://www.fda.gov/MedicalDevices/DigitalHealth/MobileMedicalApplication/default.htm#c>
- Van Dick, J. and Hacker, K., (2003), *The Digital Divide as a Complex and Dynamic Phenomenon*, The Information Society, 19(4), 315-326.

- Vandenbroeck, M., Verschelden, G., Boonaert, T. and Haute, L.V., (2007), *Changes in The Digital Divide: A Case From Belgium*, British Journal of Educational Technology, 38(4), 742-743.
- Vehover, V., Sicherl, P., Hüsing T. and Dolnicar, V., (2006), *Methodological Challenges of Digital Divide Measurements*, The Information Society, 22(5), 279-290.
- White Paper, (2007), *Bridging the Digital Divide in Nigeria*, Intel, <https://www.intel.co.za/content/dam/doc/white-paper/learning-series-bridging-digital-divide-nigeria-paper.pdf> Erişim Tarihi: 03.02.2019.
- WHO, World Health Organization, (1946), *Constitution of the World Health Organization*, 1-18.
- WHO, World Health Organization, (2011), *mHealth: New Horizons for Health Through Mobile Technologie*, Second Global Survey on eHealth, 1-102.
- WHO, World Health Organization, (2016), *Global Diffusion of eHealth: Making Universal Health Coverage Achievable*, 1-154.
- Win, K. T., Susilo, W. and Mu, Y., (2006), *Personal Health Record Systems and Their Security Protection*, Journal of Medical Systems, 30(4), 309-315.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., (2004), *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara Detay Yayıncılık.
- Yılmaz, F., (2011), *İlköğretimde Dijital Bölünme ve Eğitsel Sonuçları: Diyarbakır İli Örneği*, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 1-183.
- Yüce, Y. K., Zayim, N. ve Saka, O., (2015), *Kısa Mesaj Servisine Dayalı Randevu Hatırlatma Sistemi: Mimari ve Prototip*, 42-47.

EKLER

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı ve Soyadı : Zeynep KUH

Doğum Yeri ve Yılı : Hatay - 1994

Medeni Hali : Bekâr

Eğitim Durumu :

Yüksek Lisans Öğrenimi : (2017-2019), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal
Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Lisans Öğrenimi : (2013-2017), Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve
İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Lise Öğrenimi : (2008-2012), Samandağ Atatürk Anadolu Lisesi / Hatay

Yabancı Dil (ler) ve Düzeyi :

1. İngilizce YÖKDİL : 70

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Kuh, Z. ve Erdem, R., (2019), “An Evaluation on Digital Divide in Utilization of Health Services, 15th International Conferance on Knowledge”, Economy and Management, Morocco / Rabat, 401-408.

Kuh, Z. ve Erdem, R., (2018), “The Effects of Fatalism Tendency on Healthy Life Behaviors Abstract”, 3rd International Health Sciences and Management Conference, Sofia, E- Book, 190.

Projeler:

SYL-2018-6909 Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) gerçekleştirilmiştir.

EK 2: ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET

DİJİTAL SAĞLIK İMKÂN LARI ANKETİ

Bu çalışma sağlık hizmetlerinde dijital bölünmeyi araştırmayı hedeflemektedir. Anketlerden elde edilecek bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Vereceğiniz cevaplar ne kadar objektif olursa araştırma sonucu da o ölçüde doğru olacaktır. Bu çalışma Prof. Dr. Ramazan ERDEM'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Zeynep KUH tarafından yürütülmektedir. İlginizden dolayı teşekkür ederiz. (İletişim için: kuh.zeynep@gmail.com)

Bilgi ve İletişim Teknolojileri: Bilginin toplanmasını, depolanmasını, ağlar aracılığı ile bir yerden bir yere iletilmesini sağlayan iletişim ve bilgisayar teknolojilerini de kapsayan bütün teknolojilerdir. (Bilgisayar, İnternet,

I. BÖLÜM: BİT BİLGİ VE KULLANIM DÜZEYİ

Hiç Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Tamamen Katılıyorum	Katılma Düzeyi				
1. Bilgi ve iletişim teknolojilerini günlük hayatta kullanmayı seviyorum.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
2. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak hayatımızı kolaylaştırır.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
3. Bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili gelişmeleri yakından takip ederim.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
4. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler beni heyecanlandırır.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
5. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak günlük işlerimi zorlanmadan hallederim.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
6. Bilgiye erişmek için öncelikli tercihim bilgi ve iletişim teknolojileri olur.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
7. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak bilgiye nasıl erişebileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
8. Herkesin bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
9. Çevremde teknolojik cihazların kullanımı konusunda bilgi alabileceğim etkili kişiler var.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
10. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının kolay olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
11. İnternet ortamına bilgilerimi vermekten çekinmem.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
12. Bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı sürecinde mahremiyetim ile ilgili endişe duymam.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
13. İnternetteki bilgileri doğru yorumlayabildiğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
14. İnternetteki bilgilerin doğruluğundan şüphe duyarım.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
15. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmaya devam etmeyi düşünüyorum.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
16. Bilgi ve iletişim teknolojilerini sohbet etmek için kullanırım.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
17. Bilgi ve iletişim teknolojilerini eğlence amacıyla kullanırım.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
18. Bilgi ve iletişim teknolojilerini sosyal çevre edinmek amacıyla kullanırım.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
19. Ödemelerimi internet üzerinden kolayca halledebilirim.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
20. Günlük işlerimi bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile daha hızlı	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

halledebilirim					
21. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki yeniliklere kolayca uyum sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
22. Bu bir kontrol sorusudur. Lütfen bu soruda 1'i işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
23. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin günlük hayatımızdaki kullanımı kaçınılmazdır.	1	2	3	4	5
24. Merak ettiğim bilgileri araştırmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini tercih ederim.	1	2	3	4	5
25. Anlık gelişmelerden haberdar olmak için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırım.	1	2	3	4	5
26. İnsanlarla bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile iletişim kurarım.	1	2	3	4	5
27. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri çevremdekilerden duyduğum kadarıyla takip ederim.	1	2	3	4	5
28. Bilgi ve iletişim teknolojilerini günlük hayatımın her alanında kullanabilirim.	1	2	3	4	5
29. Bilgi ve iletişim teknolojilerini alışveriş yapmak için kullanırım.	1	2	3	4	5
30. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını akıllıca buluyorum.	1	2	3	4	5
31. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken kendimi iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
32. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak edindiğim bilgilerin kalıcı olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
33. Kendimi bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenmek için yeterli buluyorum.	1	2	3	4	5
34. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin beni geliştirdiğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
35. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak için bilginin yanında yeterli becerinin de olması gerektiğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
36. Bilgi ve iletişim teknolojilerini etkin olarak kullanırım.	1	2	3	4	5
37. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken hızlı ve pratik işlem yapabilirim.	1	2	3	4	5
38. Bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili haberler dikkatimi çeker.	1	2	3	4	5
39. İnternet ortamında hangi bilginin benim için yararlı olduğunu ayırt edebilirim.	1	2	3	4	5

II. BÖLÜM: DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARI

Aşağıdaki uygulamayı ne derece bildiğinizi ve kullandığınızı size uygun seçenekleri işaretleyerek cevaplayınız.	Hiç ← 1 2 3 4 5 → Çok Fazla										
	Bilgi Düzeyim					Bu uygulamayı nereden/kimden öğrendiniz?	Kullanım Düzeyim				
1. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	1	2	3	4	5	.....	1	2	3	4	5
2. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)	1	2	3	4	5	.....	1	2	3	4	5
3. Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (e-nabız)	1	2	3	4	5	.....	1	2	3	4	5
4. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)	1	2	3	4	5	.....	1	2	3	4	5

5. Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Obezite ile Mücadele	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
6. Sağlık Bakanlığı Teletıp Sistemi	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
7. Mobil cihazlardaki sağlıklı yaşam uygulamaları (sigarayı bırakma, su içme hatırlatıcısı, regl takvimi vb.)	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
8. Düzenli ilaç kullanımı için mobil cihazlardaki ilaç hatırlatma uygulamaları	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
9. Sağlıklı yaşam için mobil cihazlardaki 'kalp ritmi ölçme' uygulaması	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
10. Kişinin üzerinde veya cebinde taşıyabileceği küçük tıbbi cihazlar	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
11. Kişinin kendi sağlık durumunu takip etmek için giyebileceği tıbbi cihazlar	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5

III. BÖLÜM: DİJİTAL SAĞLIK İMKÂN LARI

Aşağıdaki sağlık bilgi imkânlarını ne derece bildiğinizi ve kullandığınızı size uygun seçenekleri işaretleyerek cevaplayınız.	Hiç ← 1 2 3 4 5 → Çok Fazla										
	Bilgi Düzeyim					Bu sağlık bilgi imkânını nereden / kimden öğrendiniz?	Kullanım Düzeyim				
1. Gidilecek hastaneyi önceden internet üzerinden araştırabilmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
2. İhtiyaç halinde internet üzerinden en iyi hekimi araştırmak	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
3. İhtiyaç halinde internet üzerinden en yakın eczaneyi bulmak	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
4. İhtiyaç halinde internet üzerinden nöbetçi eczaneyi öğrenmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
5. İhtiyaç duyulan sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
6. Hastanelerin web sayfalarından kişisel laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
7. Mobil cihazlar aracılığı ile kilo, diyet ve egzersiz rutinlerini takip edebilmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
8. Hekimin verdiği ilaçları kullanmadan önce internette ilaçlarla ilgili detaylı araştırma yapabilmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
9. SMS veya e-posta aracılığı ile sağlık sitelerinden bilgi alabilmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5
10. Kişisel sağlık deneyimlerini internet ortamında paylaşabilmek	1	2	3	4	5	..... .....	1	2	3	4	5

IV. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek () 2. Kadın ()
3. Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Evli Değil ()
4. Eğitim Durumunuz: 1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise ()
4. Ön Lisans () 5. Lisans () 6. Lisansüstü ()
5. Toplam Eve Giren Aylık Gelir: TL
6. Yerleşim Biriminiz: 1. Köy () 2. İlçe () 3. İl ()
7. Sahip olduğunuz Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) nelerdir? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).*
1. Bilgisayar () 2. Cep Telefonu () 3. İnternet () 4. Ses Kayıt Cihazı ()
5. Kamera/Fotoğraf Makinesi () 6. Kablolu TV/Uydu () 7. Diğer ()
8. İnternet kullanıyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır () *Lütfen 11. soruya geçiniz.*
9. İnternete genelde nereden bağlanıyorsunuz? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).*
1. Ev () 2. Okul () 3. İnternet Kafe () 4. Cep Telefonu ()
5. Diğer () Lütfen belirtiniz.....
10. Kaç yıldır internet kullanıyorsunuz?
11. Kaç yıldır bilgisayar kullanıyorsunuz?

EK 3: ETİK KURUL ONAYI



Sayı : 87432956/050.99/ **55156**
Konu : Etik Kurul Onayı.


T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri
Etik Kurul Başkanlığı

10 -04- 2019

Sayın Zeynep KUH
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi


Yürütücüsü olduğunuz, “Sağlık Hizmetleri Kullanımında Dijital Bölünme Üzerine Bir Araştırma ” adlı tez çalışmanızın uygulama kısmında oluşturduğunuz “Dijital Sağlık İmkanları” isimli anketin Batı Akdeniz Bölgesinde (Isparta, Burdur, Antalya İlleri) uygulanabilmesi Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun 09.04.2019 tarihli ve 31/2 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Murat Ali DULUPÇU
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

1- Zarf

09.04/2019 Şef : Zuhal BARDAK 

Batı Yerleşkesi Rektörlük Binası 32260 ISPARTA
Telefon Nu.: (246) 211 14 05 Faks: (246) 237 04 31
e-Posta: zuhalbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi: www.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : Zuhal BARDAK
Şef
Telefon Nu.: (246) 211 80 52