



T.C.

BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ÖZ YETERLİLİK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE DİJİTAL
DÖNÜŞÜMÜN KATKISI: TRB1 BÖLGESİ ÖRNEĞİ**

Sinem DEMİROĞLU

DOKTORA TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Sait PATİR

Bingöl-2024

T.C.
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ÖZ YETERLİLİK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE DİJİTAL
DÖNÜŞÜMÜN KATKISI: TRB1 BÖLGESİ ÖRNEĞİ

Sinem DEMİROĞLU

DOKTORA TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Sait PATİR

Bingöl-2024

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	V
TEZ KABUL VE ONAY	VI
ÖNSÖZ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
KISALTMALAR	X
TABLO LİSTESİ	XIII
ŞEKİL LİSTESİ	XV
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1.1. Sağlık Kavramı	4
1.2. Sağlık Hizmetleri	5
1.2.1. Önleyici Sağlık Hizmetleri.....	5
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	5
1.2.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	6
1.3. Dünya’da Sağlık Sektörü	6
1.4. Avrupa’da Sağlık Sektörü	12
1.5. Türkiye’de Sağlık Sektörü	14
1.6. TRB1 Bölgesinde Sağlık Sektörü	20
1.7. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	25
1.7.1. Foksiyonel Sağlık Okuryazarlığı.....	27
1.7.2. İletişimsel (veya Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı.....	27

1.7.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	28
1.8. Sağlık Okuryazarlığını ve Öz Yeterliliği Etkileyen Faktörler	28
1.9. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Ölçülmesi.....	30
1.10. Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı	35
1.11. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	36
1.12. TRB1 Bölgesinde Sağlık Okuryazarlığı	37

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZ YETERLİLİK VE DİJİTAL DÖNÜŞÜM

2.1. Öz Yeterlilik Kavramı.....	40
2.2. Öz Yeterliliğin Önemi.....	46
2.3. Öz Yeterliliği Düşük ve Yüksek Olan Bireylerin Özellikleri	48
2.4. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki	49
2.5. Dijital Dönüşüm.....	50
2.6. Dijital Sağlık Okuryazarlığı	51
2.7. Türkiye’de Sağlıkta Dijital Dönüşüm.....	53
2.7.1.Elektronik Tıbbi Kayıt Benimseme Modeli (EMRAM)	54
2.7.2.E-Nabız	54
2.7.3.Aile Hekimi Bilgi Sistemi (AHBS).....	55
2.7.4.Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	55
2.7.5.MEDULA.....	55
2.8. Dünya’da Sağlıkta Dijital Dönüşüm.....	56
2.9. Sağlıkta Dijital Dönüşümün Sunduğu Fırsatlar ve Tehditler.....	60
2.10. Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik ve Dijital Dönüşüme Dair Literatür.....	63

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİDE DİJİTAL DÖNÜŞÜMÜN KATKISI:TRB1
BÖLGESİ ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	71
3.2. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi	74
3.3. Araştırmanın Modeli	76
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	76
3.5. Veri Toplama Yöntem ve Araçları.....	76
3.6. Araştırma Ölçekleri.....	77
3.7. Araştırma Bulgularının Analiz ve Değerlendirilmesi	78
3.7.1. Tanımlayıcı İstatistikler	78
3.7.2. Güvenilirlik Analizi	82
3.7.3. Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulamalı Faktör Analizi.....	83
3.7.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Madde Analizi, Güvenilirlik ve Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	84
3.7.3.2. Öz Yeterlilik Ölçeğinin Madde Analizi, Güvenilirlik ve Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	86
3.7.3.3. Dijital Dönüşüm Ölçeğinin Madde Analizi, Güvenilirlik ve Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	87
3.7.3.4. Model Uyumu ve Uyum İstatistikleri	90
3.7.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları ...	92
3.7.3.6. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları.....	95
3.7.3.7. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları.....	97
3.7.4. Verilerin Dağılımı, Betimsel Bulgular ve Normallik Analizi	100
3.7.5. Korelasyon Analizi	101
3.7.6. Regresyon Analizi	102

3.7.7. Araştırmanın Birinci Modeline Ait Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları.....	104
3.7.8. Araştırmanın İkinci Modeline Ait Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları.....	106
3.7.9. Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular	107
3.7.10. Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	111
3.7.11. Regresyon Modelleri.....	114
3.7.11.1. Aracılık Modeli	115
3.7.11.2. Demografik Özelliklerin Regresyon Modeline Eklenmesi.....	117
SONUÇ VE ÖNERİLER	119
KAYNAKÇA.....	130
EK 1. Etik Kurul İzni	160
EK 2. Anket Formu.....	161
EK 3. Post Hoc Tests - Scheffe - Yaş	164
EK 4. Post Hoc Tests - Scheffe – Eğitim Durumu.....	169
EK 5. Post Hoc Tests - Scheffe – Meslek	171
ÖZGEÇMİŞ.....	180

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım *Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dijital Dönüşümün Katkısı:TRB1 Bölgesi Örneği* adlı çalışmamın ilk aşamasından son aşamasına gelene kadar ilerleyen dönemde, bilimsel etiğe ve akademik yönergelere dikkat ettiğimi, çalışmamda geçen bütün bilgileri bilimsel kurallara göre edindiğimi, tez yazım kaidelerine göre düzenlediğim bu tezimde doğrudan veya dolaylı olarak aldığım tüm aktarmalara referans gösterdiğimi ve istifade ettiğim kaynakların çalışmamda belirtilenlerden ibaret olduğunu beyan ederim.

... / ... / 2024

Sinem DEMİROĞLU

TEZ KABUL VE ONAY

ÖNSÖZ

Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dijital Dönüşümün Katkısı:TRB1 Bölgesi Örneği konusu, günümüz sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan üzerinde çalışılmaya uygun görülmüştür.

Tezimin ilk aşamasından son aşamasına kadar her süreçte benden yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen başta danışman hocam *Prof. Dr. Sait PATİR*'a; değerli hocam *Doç. Dr. Mehmet GÜVEN*'e, *Prof. Dr. Halim TATLI*'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa NAİMOĞLU'na bu süreçte bana katkısı olan bölümümün diğer tüm hocalarına teşekkür ederim.

Bu çalışmamın tamamlanmasında emeği olan başta babam olmak üzere tüm aile fertlerime şükranlarımı sunarım ve bu çalışmamı en büyük destekçim olan babama ithaf ediyorum.

Sinem DEMİROĞLU

Bingöl, 2024

ÖZET

Tezin Başlığı: Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dijital Dönüşümün Katkısı: TRB1 Bölgesi Örneği
Tezin Yazarı: Sinem DEMİROĞLU
Danışman: Prof. Dr. Sait PATİR
Anabilim Dalı: İşletme
Bilim Dalı : İşletme
Kabul Tarihi : 25/12/2024
Sayfa Sayısı : 15 (ön kısım) + 165 (tez) + 20 (ekler)
<i>Günümüzde, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve dijital dönüşüm sağlık sistemlerinde gün geçtikçe önemli olmaktadır. Bu kavramlar arasındaki ilişki ve bunların bireylerin kendi sağlık değerlendirmeleri üzerindeki etkileri incelenmiştir.</i> <i>Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı ve dijital dönüşüm değişkenlerinin öz yeterliliğe olan etkisini tespit etmek ve sağlık algısını ölçmek, amaçlanmıştır. Bu hedefi gerçekleştirmek için TRB1 bölgesindeki hastanelerde son bir yıl içerisinde en az bir kez tedavi olmuş olan 18 yaş ve üzeri okuryazar bireylerin sağlık okuryazarlıkları ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişkide dijital dönüşümün katkısının ölçülmesi, bireysel, toplumsal ve ekonomik katkıları ile birlikte politika tekliflerinin önerilmesi amaçlanmıştır.</i> <i>Bu hedef doğrultusunda, 600 bireye yüz yüze yapılan anketler aracılığıyla veriler elde edilmiştir. Toplanan veriler aracılığıyla güvenilirlik analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Ayrıca, Yapısal Eşitlik Modeli kullanılarak araştırma modeli sınanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar demografik özelliklerle karşılaştırılmıştır. İkili gruplar arasındaki farkın ölçülmesi için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla gruplar için tek yönlü anova testi uygulanmıştır. Bununla birlikte, gruplar arasındaki ayrımın kaynağının araştırılması için post hoc testlerinden yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelenmiştir. Aracılık etkisine daha doğru karar vermek amacıyla sobel testi kullanılmıştır.</i> <i>Sonuç olarak yetişkin bireylerin, sağlık okuryazarlıklarının ve dijital dönüşümlerinin öz yeterliliklerini etkilediği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde, aracı değişken olan dijital dönüşümün modele dahil edilmesiyle bu etkinin düştüğü belirlendiği için kısmi aracılık etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.</i>
Anahtar kelime: Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik, Dijital Dönüşüm

ABSTRACT

Title of the Thesis: The Contribution of Digital Transformation to the Relationship Between Health Literacy and Self-Efficacy Levels: Example of TRB1 Region	
Author	: Sinem DEMİROĞLU
Supervisor	: Prof. Dr. Sait PATİR
Department	: Business Administration
Sub-field	: Business Administration
Date	: 25/12/2024
<i>Today, health literacy, self-efficacy and digital transformation are becoming increasingly important in health systems. The relationship between these concepts and their effects on individuals' own health assessments were examined.</i> <i>This study aims to determine the effect of health literacy and digital transformation variables on self-sufficiency and to measure health perception. In order to achieve this goal, it was aimed to measure the contribution of digital transformation in the relationship between health literacy and self-efficacy of literate individuals aged 18 and over who have received treatment at least once in the last year in hospitals in the TRB1 region, and to propose policy proposals along with their individual, social and economic contributions.</i> <i>In line with this goal, data was obtained through face-to-face surveys conducted on 600 individuals. Reliability analysis, explanatory factor analysis and confirmatory factor analysis were performed through the collected data. In addition, the research model was tested using the Structural Equation Model. The scores obtained from the scales used in the study were compared with demographic characteristics. Independent sample t-test was applied to measure the difference between the two groups, and one-way anova test was applied for more than two groups. However, in order to investigate the source of the difference between the groups, the means of the Scheffe test results from post hoc tests were examined. The Sobel test was used to make a more accurate decision on the mediation effect.</i> <i>Sonuç olarak yetişkin bireylerin, sağlık okuryazarlıklarının ve dijital dönüşümlerinin öz yeterliliklerini etkilediği tespit edilmiştir. However, it was concluded that there was a partial mediation effect in the effect of health literacy on self-efficacy, as this effect was determined to decrease with the inclusion of the mediator variable, digital transformation, in the model.</i>	
Key Words: Health Literacy, Self-Efficacy, Digital Transformation	

KISALTMALAR

AAHLS	:Sağlık Okuryazarlığının Tüm Yönleri Ölçeği
AB	:Avrupa Birliği
ABCDE-HLS	:ABCDE Sağlık okuryazarlığı ölçeği
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	:Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Anketi
AFA	:Açımlayıcı (açıklayıcı) Faktör Analizi
AGFI	:Düzeltilmiş uyum iyiliği istatistiği
AHBS	:Aile Hekimi Bilgi Sistemi
BHLS	:Kısa Sağlık Okuryazarlığı Tarayıcısı
BİLSAM	:Bilgi Yolu Eğitim, Kültür ve Sosyal Araştırmalar Merkezi
BM	:Birleşmiş Milletler
CFI	:Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
COVID-19	:Koronavirüs Hastalığı
DD	:Dijital Dönüşüm
DFA	:Doğrulayıcı Faktör Analizi
E.T.	:Erişim Tarihi
EMRAM	:Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli
EUROSTAT	:Avrupa İstatistik Ofisi
EVDS	:Elektronik Veri Dağıtım Sistemi
FKA	:Fırat Kalkınma Ajansı
GDP	:Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GFI	:Uyum iyiliği istatistiği
GSS	:Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	:Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HBYS	:Hastane Bilgi Sistemleri
HeLMS	:Sağlık Okuryazarlığı Yönetimi Ölçeği
HELSW	:Çalışanlar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

HIMSS	:Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu
HL	:Sağlık Okuryazarlığı
HLQ	:Sağlık Okuryazarlığı Anketi
HLS-AB	:Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
HLS-CH	:İsviçre Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
HL-SDHQ	:Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Sağlık Okuryazarlığı
HLS-EU-Q	:Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi
HLSI	:Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı
IHLQ	:İran Sağlık Okuryazarlığı Anketi
İTS	:İlaç Takip Sistemi
JFHLT	:Japon Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi
KHLI	:Kore Sağlık Okuryazarlığı Aracı
KHLS	:Kore Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
KMO	:Kaiser-Meyer-Olkin
KSOY	:Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı
MERNİS	:Merkezi Nüfus İşleri Sistemi
MHLS	:Mandarin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
MHRS	:Merkezi Hekim Randevu Sistemi
NAPHS	:Ulusal Sağlık Güveliği Eylem Planı
NFI	:Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NHS	:Ulusal Sağlık Hizmeti
NNFI	:Normlaştırılmamış uyum indeksi
NVS	:En Yeni Yaşamsal Belirti
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
OHLS	:Mesleki Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
Ort.	:Ortalama
OY	:Öz Yeterlik
PHLKS	:Halk Sağlığı Okuryazarlığı Bilgisi Ölçeği
Prof.	:Profesör
REALM	:Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
RFI	:Göreceli uyum indeksi
RMSEA	:Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
RMSR	:Artıkların karelerinin ortalaması

SB	:Sağlık Bakanlığı
sd	:Serbestlik derecesi
SGGM	:Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
SİNA	:Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler
SO	:Sağlık Okuryazarlığı
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCMB	:Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası
THLAT	:Tayvan Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı
TL	:Türk Lirası
TOFHLA	:Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi
TRB1	:Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli
TSOY-32	:Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TUİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
US	:Birleşik Devletler
USA	:Amerika Birleşik Devletleri
vb.	:Ve benzeri
vd.	:Ve diğerleri
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
X ²	:Ki-Kare
YEM	:Yapısal Eşitlik Modeli

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1. Toplam Sağlık Giderleri.....	17
Tablo 1.2. Sağlık Faaliyetlerine Göre Sağlık Giderleri	18
Tablo 1.3. Sağlık Giderleri	19
Tablo 1.4. TRB1 Bölgesi Bin Kişi Başına Düşen Toplam Hekim Sayısı	21
Tablo 1.5. TRB1 Bölgesi Hastane Sayısı	22
Tablo 1.6. TRB1 Bölgesi Hastane Yatak Sayısı.....	23
Tablo 1.7. TRB1 Bölgesinde Okuma Yazma Bilmeyen Sayısı.....	23
Tablo 1.8. TRB1 Bölgesi Sağlık Personeli Sayısı.....	24
Tablo 1.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları	31
Tablo 1.10. TRB1 Bölgesi Sağlık Okuryazarlığı	38
Tablo 2.1. Bandura'nın Öz Yeterlilik Tanımı	40
Tablo 2.2. Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik ve Dijital Dönüşüme Dair	64
Literatür.....	64
Tablo 3.1. Örneklem Çıkarım Yöntemi.....	74
Tablo 3.2. Örneklem Büyüklüğü	75
Tablo 3.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri	79
Tablo 3.4. Öz Yeterlilik Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri	79
Tablo 3.5. Dijital Dönüşüm Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	80
Tablo 3.6. Bireylerin Demografik Nitelikleri.....	81
Tablo 3.7. Cronbach's Alpha Oranları	82
Tablo 3.8. Ölçeklerin Güvenilirlik Sonuçları	83
Tablo 3.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Güvenirlik, Açıklayıcı Faktör	84
Analizi ve Madde Analizi Sonuçları	84
Tablo 3.10. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait Güvenirlik, Açıklayıcı Faktör Analizi	86

ve Madde Analizi Sonuçları.....	86
Tablo 3.11. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait Güvenirlik, Açıklayıcı Faktör	88
Analizi ve Madde Analizi Sonuçları	88
Tablo 3.12. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiiliği.....	90
Tablo 3.13. Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İyiiliği	92
Değerleri.....	92
Tablo 3.14. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Uyum İyiiliği Oranları.....	94
Tablo 3.15. Öz Yeterlilik Ölçeği Uyum İyiiliği Değerleri	96
Tablo 3.16. Dijital Dönüşüm Ölçeği Uyum İyiiliği Oranları	99
Tablo 3.17. Araştırma Verilerinin Normallik Analizi	100
Tablo 3.18. Araştırma Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular	101
Tablo 3.19. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişki Sonuçları	102
Tablo 3.20. Regresyon Analizi Model Özeti.....	103
Tablo 3.21. Regresyon Analizi - ANOVA ^a	103
Tablo 3.22. Regresyon Analizi-Katsayı Tablosu	104
Tablo 3.23. Araştırmanın Birinci Hipotezlerine Ait YEM Sonuçları	106
Tablo 3.24. Araştırmanın Diğer Hipotezlerine Ait YEM Sonuçları	107
Tablo 3.25. Yapısal Modele Ait Uyum İyiiliği Oranları	110
Tablo 3.26. Araştırmanın Aracılık Hipotezine Ait Etki Oranları	110
Tablo 3.27. Ölçeklerin Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması-1	111
Tablo 3.28. Ölçeklerin Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması-2	112
Tablo 3.29. Sağlık Okuryazarlığının Öz Yeterlilik Üzerindeki Etkisinde	115
Dijital Dönüşümün Aracılık Etkisi (Hiyerarşik Regresyon).....	115
Tablo 3.30. Sobel Testi Sonucu.....	116
Tablo 3.31. Regresyon Modeli	117

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1. Sağlık Hizmet Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	8
Şekil 1.2. Kişi Başına Sağlık Harcamalarında ve GSYİH’de Yıllık Reel Büyüme.....	9
Şekil 1.3. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı.....	10
Şekil 1.4. Kamusal Kaynaklardan Yapılan Sağlık Giderlerinin Toplam	11
Hükümet Giderleri İçindeki Payı	11
Şekil 1.5. Bin Nüfus Başına Pratisyen Hekim Sayısı, OECD, 2011 ve 2021	12
Şekil 1.6. Avrupa Ülkeleri Cari Sağlık Harcamaları	14
Şekil 1.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Piramidi	15
Şekil 1.8. Toplam Sağlık Harcaması	16
Şekil 1.9. Kişi Başına Sağlık Harcaması	18
Şekil 1.10. Sağlık Okuryazarlığının Paydaşları	26
Şekil 1.11. Sağlık Okuryazarlığı Türleri.....	27
Şekil 1.12. Sağlık Okuryazarlığının Etkileyen Faktörler	29
Şekil 2.1. Bandura’nın Öz Yeterlilik Modeli	42
Şekil 2.2. Öz Yeterlilik Türleri	43
Şekil 2.3. Lily (Zambak) Modeli	52
Şekil 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Dijital Dönüşümü	58
Şekil 3.1. Çalışmanın Modeli	76
Şekil 3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği	85
Şekil 3.3. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği.....	87
Şekil 3.4. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği	90
Şekil 3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait DFA Path Diyagramı	93

Şekil 3.6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği DFA Path Diyagramına Ait T.....	94
Oranları	94
Şekil 3.7. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait DFA Path Grafiği	95
Şekil 3.8. Öz Yeterlilik Ölçeği DFA Path Grafiğine Ait T Oranları	96
Şekil 3.9. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait DFA Path Diyagramı.....	98
Şekil 3.10. Dijital Dönüşüm Ölçeği DFA Path Şemasına Ait T Oranları.....	99
Şekil 3.11. Sağlık Okuryazarlığının Öz Yeterlilik Üzerindeki Etkisine Ait.....	105
YEM Modeli	105
Şekil 3.12. Çalışmanın İkinci Modeline Ait YEM Modeli.....	106
Şekil 3.13. Aracılık Etkisinin İncelenmesi için Oluşturulan Model	108
Şekil 3.14. Sağlık Okuryazarlığın Öz Yeterlilik Üzerindeki Etkisinde Dijital.....	109
Dönüşümün Aracı Rolüne Ait Path Diyagramı	109

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık bilgilerini arama, kavrama ve uygulama yeteneklerini kapsayan bir kavramdır (Ürdün vd., 2011, s. 367). Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve dijital dönüşümle ilişkili bir kavramdır. Çünkü, sağlık okuryazarlığı düşük olan insanların, öz yeterlilikleri ve interneti kullanma olasılıkları daha düşüktür (Shieh vd., 2009, s. 972). Ayrıca, yetersiz sağlık okuryazarlığı, eğitim, istihdam, yaş, olumsuz gebelik ve riskli doğum sonuçları dahil olmak üzere sosyo-ekonomi ile ilişkilidir (Meldgaard vd., 2022, s. 2). Öğrenim seviyesi yetersiz olan kişiler sağlıkla alakalı bilgilere erişme ve bilgileri anlama konusunda daha fazla zorluk yaşarlar ve bu nedenle özel bilgilere ihtiyaç duyarlar. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler, daha yüksek öz-yeterlik ve yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye katılım göstermektedirler (Striberger vd., 2022, s. 122). Berkman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının daha fazla hastaneye yatış, tedaviye uyumsuzluk ve sağlıkla ilgili bilgileri daha düşük yorumlama yeteneği ile alakalı olduğunu bulmuşlardır (Berkman vd., 2011, s. 98).

Bir toplumda sağlık okuryazarlık seviyesinin yükselmesi, Nutbeam'ın da çalışmasında belirttiği gibi bireysel fayda olarak; sağlık hizmetleri hakkında gelişmiş bilgi sahibi olmaya, motivasyon ve özgüvenin geliştirilmesi sonucunda bağımsız hareket etme kapasitesinin artmasına, sosyal ve ekonomik zorluklar karşısında bireysel dayanıklılığın artmasına yol açmaktadır. Toplumsal fayda olarak da; toplum sağlığı programlarına katılımın artmasına, sosyal normları etkileyerek sosyal gruplarla etkileşim kurma kapasitesinin artmasına ve toplumun güçlendirilmesinin iyileştirilmesine yol açmaktadır (Nutbeam, 2000, s. 263).

Dijital sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları üzerinde doğrudan etkileri olduğu bilinmektedir. Yeterli düzeyde dijital sağlık okuryazarı olan kişilerin, koruyucu bakımın daha fazla kullanılması ve ilaca daha yüksek derecede uyum gösterdikleri yapılan çalışmalarda görülmüştür. Ayrıca, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin, sağlık durumunu iyileştirmek üzerinde önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (Cho vd., 2008, s. 1809).

Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin hastalıklarla ilgili açıklamalara yetersiz olduklarını ve kendi bakımlarını daha az yapabildiklerini göstermiştir (Gazmararian vd., 2003, s. 267). Eğer, toplumda sağlık okuryazarlığı

politikaları geliştirilirse, sağlık sisteminde gezinme kolaylaşacak ve hastaların kendi sağlıklarını iyileştirme çabaları artış gösterecektir. Toplumda sağlıklı, bilinçli bireylerin artış göstermesi, toplumun refah seviyesini yükselterek daha sağlıklı ve bilinçli bir toplumun oluşmasını sağlayacaktır.

Hükümetlerin ve uluslararası kuruluşların sağlık okuryazarlığını giderek bir 'erişim ve eşitlik meselesi' ve bir 'vatandaşlık hakkı' olarak ele aldıklarına dair göstergeler olmuştur (Green vd., 2007, s. 30). Bu durum sağlık okuryazarlığının önemini göstermektedir. Çünkü sağlık okuryazarlığı, kötü sağlık durumu, uygunsuz ilaç kullanımı ve doktorun talimatlarına uymama, daha az sağlık bilgisi, tedaviyle ilgili karar vermede daha az paylaşım, daha az duygu durumu, daha fazla sağlık kaygıları ve uygulayıcılarla daha kötü iletişimle ilişkilidir (Rootman, 2006, s. 606). Sağlık okuryazarlığı yetersiz kişilerin, bedensel sağlık fonksiyonlarının daha zayıf olduğu ve acil servis ve hastane kullanımlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Hibbard vd., 2007, s. 380).

Öz-yeterlilik, bireylerin davranışlarını uygulama becerisine ilişkin algısıdır (Bandura, 1986, s. 25). Önceki araştırmalar, daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip hastaların hastalıklarını daha iyi anlayacakları ve dolayısıyla kendi bakımlarını yönetme konusunda daha büyük bir yeteneğe sahip olduklarını hissedecekleri sonucuna ulaşmışlardır (Lee vd., 2016, s. 288; Inoue vd., 2013, s. 5). Ancak bu tür araştırmalar, tip 2 diyabet hastaları gibi kronik hastalıklı hasta popülasyonlarına odaklanmışlardır. Bu faktörler yetişkin bireylerle sınırlı sayıda çalışılmıştır. Ayrıca, diğer çalışmalarda dijital dönüşüm faktörü bu kavramlarla incelenmemiştir. Bu çalışmada, üç değişken bir arada ele alınmıştır. Bu da çalışmanın özgün olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, literatürdeki bu boşluğu doldurmaktadır. Acil servis hizmetlerinin bilişsiz kullanımı, bilinçsiz ilaç kullanımı, öz yetersizlik, teknolojik araçların faydalı bir şekilde kullanılmaması, bireylerin sağlıklarıyla ilgili bilgileri dijital araçlardan araştırmamaları vb. sebeplerden dolayı bu üç faktör arasındaki ilişki, üzerinde çalışılması gereken bir alan olarak görülmüştür.

Yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile dijital dönüşümün bireylerin öz yeterliklerine olan katkısının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için bireylerin sağlık okuryazarlık, öz yeterlilik ve dijital dönüşüm düzeylerinin ölçülmesi

ve ortaya çıkan sonuçların bireysel, toplumsal ve ekonomik yararlarının tanıtılması amaçlanmıştır.

Çalışma da üç kısım yer almaktadır. Birinci kısımda, sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık sektörü, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili kavramlar anlatıldıktan sonra Dünya’da, Türkiye’de ve TRB1 Bölgesinde sağlık sektörü ve sağlık okuryazarlığı ele alınmıştır. İkinci kısımda, çalışmanın bağımlı değişkeni olan öz yeterlilik kavramı ve aracı bağımsız değişkeni dijital dönüşüm ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde, bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenlerle ilişkili literatüre yer verilmiştir. Çalışmanın son aşamasında ise değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen uygulama bölümü bulunmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1.1. Sağlık Kavramı

Eskilerde sağlık kavramı, hastalığın olmayışı anlamına gelmektedir. Kendinde ya da bulunduğu toplumda hastalığın bulunmaması sağlık olarak bilinmekteydi. Halbuki hastalık kelimesi çevreye, döneme ve insana göre çeşitlilik ifade etmektedir. Bu sebeple sağlıklı hastalığın yokluğu olarak ifade etmek yetersiz kalmaktadır (Akdur, 2006, s. 11). Başka bir tanım da “organların uyumlu çalışması” sağlık olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda, sağlığın fiziksel boyutuna, rahatlık ve acının yokluğu hissine vurgu yapılmıştır. Günümüzde bu tanım, genel sağlık ve iyilik halinin ön koşulu olarak önem taşımaktadır. Aristoteles, toplumun sağlığının korunmasını sağlamak için toplumdaki ilişkilerin düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Demokritos sağlıklı davranışla ilişkilendirmiştir. Hipokrat, insanın temel yapısına, beslenmeye ve egzersize dayanan “pozitif sağlık” kavramından ilk bahseden kişidir (Donev, 2000, s. 10).

Sağlığın bir çok tanımı vardır. Bu tanımlar, zamana, döneme ve yazara göre farklılıklar göstermektedir. Bu tanımlardan bazılarına değinecek olursak: Ardell'e (1977) göre sağlık, sağlıklı yaşam tarzının sonucudur. Ardell (1977) sağlıklı yaşamı kişisel sorumluluk, beslenme farkındalığı, stres yönetimi, fiziksel uygunluk ve çevresel duyarlılığı birleştiren dinamik bir yaşam tarzı olarak tanımlamaktadır. Roy (1984) sağlıklı, çevresel değişikliklere olumlu yanıt verme süreci olarak tanımlamaktadır. Seedhouse (1986) sağlığın, insan potansiyelinin en üst düzeyde gerçekleştirilmesi için bireysel ve çevresel koşulların en üst düzeye çıkarılması gerektiğini savunmaktadır. Tüm bu tanımlar bize sağlık kavramının, organlarla, çevresel ve fiziksel faktörlerle, davranışla, yaşam tarzıyla, uyumlu toplum ilişkileriyle, beslenmeyle ve egzersizle alakalı olduğunu ifade etmektedir.

Günümüz sağlık tanımlarının tümünün içerisinde bireyin kendini gerçekleştirmesi yer almaktadır (Rutter, 1987, s. 316). Sosyal tıp ve sağlıkta, halk sağlıklı yaklaşımı, yalnızca bireylerin sağlığının değil, bireylerin sosyal çevreyle etkileşimi sonucu toplumların sağlığının da dikkate alınması gerektiğini

savunmaktadır (Svalastog vd., 2017, s. 431). Geçmişten günümüze doğru sağlık kavramının sürekli güncellendiği ve kapsamının genişlediği görülmüştür. Bu açıdan sağlık kavramının zamana göre değişen bir yapıya sahip olduğunu söyleyebiliriz.

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, fertlerin ve çevrelerin sağlığını gözetmek, rahatsızlandıklarında tedavi etmek, sakat kalanların kendilerini idame ettirebilmelerini sağlayabilmek olarak tanımlanmaktadır (Öztek, 2001, s. 295). Sağlık hizmeti kavramı, sağlık sektörünün merkezinde yer alır. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin ortak amacı, bireylerin sağlıklı olmasını sağlayarak, sağlıklı bir toplum ve sağlıklı bir dünya oluşturmaktır (Sargutan, 2005, s. 401).

Sağlık hizmetleri hakkında bilgi verebilmek ve sağlık hizmetlerini tam olarak açıklayabilmek için sağlık hizmetlerini üç ana başlıkta incelemek gerekir. Bunlar;

1.2.1. Önleyici Sağlık Hizmetleri

Rahatsızlıklar meydana gelmeden önce fertleri ve çevreleri kayırmak için yapılan bütün faaliyetlere önleyici sağlık hizmetleri denir. Önleyici sağlık hizmetleri iki çeşittir. Birincisi, çevreye yönelik, ikincisi insana yönelik önleyici sağlık hizmetleridir. Olumsuz tüm çevre koşullarının iyileştirilmeye çalışılması çevreye yönelik önleyici sağlık hizmetleridir. Temiz su, radyasyon, gürültü ve hava kirliliği bunlardan bazılarıdır. İnsanları ve toplumu hastalık öncesi güçlendirme çalışmalarında fertlere yönelik önleyici sağlık hizmetleri denir. Sağlık eğitimi ve ilaçlama bunlardan bazılarıdır (Akdur, 2006, s. 13).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Fertlerin rahatsızlanmasıyla beraber bazı muayene ve iyileştirme sürecini kapsayan faaliyetler bütünüdür (Yıldırım, 1994, s. 13). Tedavi edici sağlık faaliyetleri üç aşamadan oluşmaktadır. Birincisi, ayakta tedavi hizmetidir. Bu hizmet en az maliyetli olan sağlık hizmetidir ve hastalık ilerlemediği için ilaç tedavisi ile önlem alınabilmektedir. Yataklı tedavi hizmeti ise maliyeti en yüksek olan sağlık hizmeti çeşitidir (Akdur, 2006, s. 13).

1.2.3.Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Bireylerde hastalık sonrası oluşan hasarın giderilmeye çalışılmasıdır. Bireyin günlük yaşamını devam ettirebilmesinin sağlanmasına rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri denir. Bu sağlık hizmeti ikiye ayrılmaktadır. Birincisi, tıbbi rehabilitasyon ve ikincisi, sosyal rehabilitasyon. Tıbbi rehabilitasyon ile bedenen iş görebilme becerisini kısmende olsa yitiren bireylerin bu yeteneklerini destek sağlayan araç gereçlerle yerine getirebilme hedeflenmektedir. Sosyal rehabilitasyon da ise kötürüm olmuş olan bireyin arkadaşları, ailesi ve çevresiyle kaynaşmasının sağlanmaya çalışılmasıdır. Ayrıca, yeni iş öğrenme yeteneğine kavuşturularak sosyal, kültürel ve ekonomik hayata katılımı sağlanmaya çalışılmaktadır (Akdur, 2006, s. 20).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sağlık hakları yasal düzeyde koruma altına alınmaya başlamıştır. Buda devletlere önemli sorumluluklar yüklemiştir. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin herkese eşit bir şekilde sunulması söz konusu olmuştur (Gümüş, 2010, s. 344).

1.3. Dünya’da Sağlık Sektörü

Sağlık sektörü, amacı bireylerin veya toplumların sağlığını korumak olan eşya ve faaliyetleri oluşturan, yayan ve tüketen kurumlar veya aktörler olarak tanımlanır. Bu kurumların ve aktörlerin faaliyetleri, hastalığı önlemek, hastalığı kontrol altına almak, hastalara bakım vermek ve sağlık araştırmaları ve eğitimleri yürütmektir (Pan American Health Organization, 2023).

Sağlık sektörü, sağlıkla alakalı faaliyetleri oluşturmak ve sunmak için kurulmuş tüm sistemleri kapsayan, kişi, kurum, kuruluş ve benzerlerini içine almaktadır. Sağlık sektörü, sağlık hizmeti üreticileri, sunucuları ve kullanıcılarından oluşmaktadır (Sargutan, 2005, s. 400).

Günümüzde, Dünya çapında sağlık bilincinin geliştirilmesi için bireysel uygulamalara ağırlık verilmektedir. Bu da sağlık okuryazarlığı kavramının önemini gündeme getirmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylere kendi sağlıklarıyla ilgili doğru tercihlerde bulunmalarını sağlamakta ve sağlıklarıyla ilgili tıbbi bilgileri doğru anlama ve yorumlama yetisi kazandırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel bir kavram değil, bireyden başlayarak toplumun tamamını kapsayan ve toplum bilincini

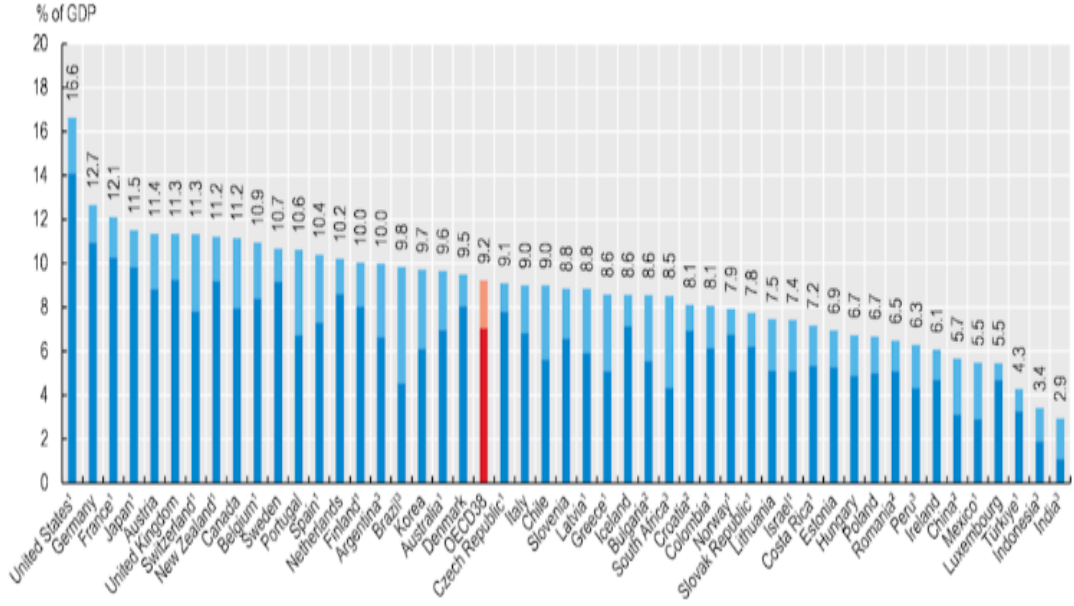
geliştiren bir kavramdır (Kalaycı Oflaz, 2021, s. 4). Bu açıdan sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık sektörü içerisinde, dünya genelinde önemli bir yere sahiptir.

1977 yılında Dünya Sağlık Kurulu'nda, devletlerin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün ana amacının tüm dünyada insanların en yüksek sağlık seviyesine ulaştırılması hedefi "2000 Yılında Herkese Sağlık" olarak ifade edilmiştir. Bundan sonra düzenlenen uluslararası konferansların hemen hemen hepsinde "Herkese Sağlık" amacı gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 1982, s. 17).

2020'de DSÖ'nün yayımladığı bilgilere göre, dünya da temel sağlık hizmetlerine genel erişim, 2000 ile 2017 yılları arasında iyileşme göstermiştir. Ayrıca, en güçlü artış düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmüştür. Buna rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hizmet kapsamı, daha varlıklı ülkelerdeki kapsamın oldukça altında kalmıştır. Düşük gelir ortamlarında, sağlık hizmeti kapsamının ciddi yetersizliği nedeniyle, temel sağlık hizmetlerine genel erişim oranının hala yetersiz olduğu görülmüştür. 2017'de dünya nüfusunun yalnızca üçte biri temel sağlık hizmetlerini alabilmiştir. Sağlık hizmetleri için ödeme yapamama başka bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. COVID-19 salgını, yalnızca kaliteli sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, daha düşük finansal maliyet, güçlendirilmiş sağlık işgücü ve dayanıklı sağlık sistemlerini yeniden inşa etme ihtiyacını odak noktasına almakla kalmıyor, aynı zamanda rutin aşılama ve temel hijyen gibi hizmetlerin sağlanmasını da gerektirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Ulusal Sağlık Güvenliği Eylem Planı (NAPHS) (2022-2026), Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) vizyonunu ve taraf eyaletlerin 2022 – 2026 arasında Ulusal Sağlık Güvenliği Eylem Planı'nın geliştirilmesini, uygulanmasını ve izlenmesini hızlandırmalarını desteklemiştir. Ulusal Sağlık Güvenliği Eylem Planı (NAPHS)) ulusal, bölgesel ve küresel sağlık güvenliğini sağlamak ve dolayısıyla dünyayı güvende tutmak ve sağlığı geliştirmek için büyük bir öneme sahiptir (WHOS, 2023).

Bireylerin sıhhatini tehlikeye atan ilkelerin yok edilmesi ve daha sağlıklı ve bilinçli bireylerin yetiştirilmesi amacıyla çok fazla faaliyet gerçekleştirilmiş ve gerçekleştirilmeye devam etmektedir. Bu faaliyetlerden birkaç tanesine değinecek olursak: "Herkes İçin Sağlık", "Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri", "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri", "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı" gibi evrensel

refahı yükseltmeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (Kalaycı Oflaz, 2021, s. 8).



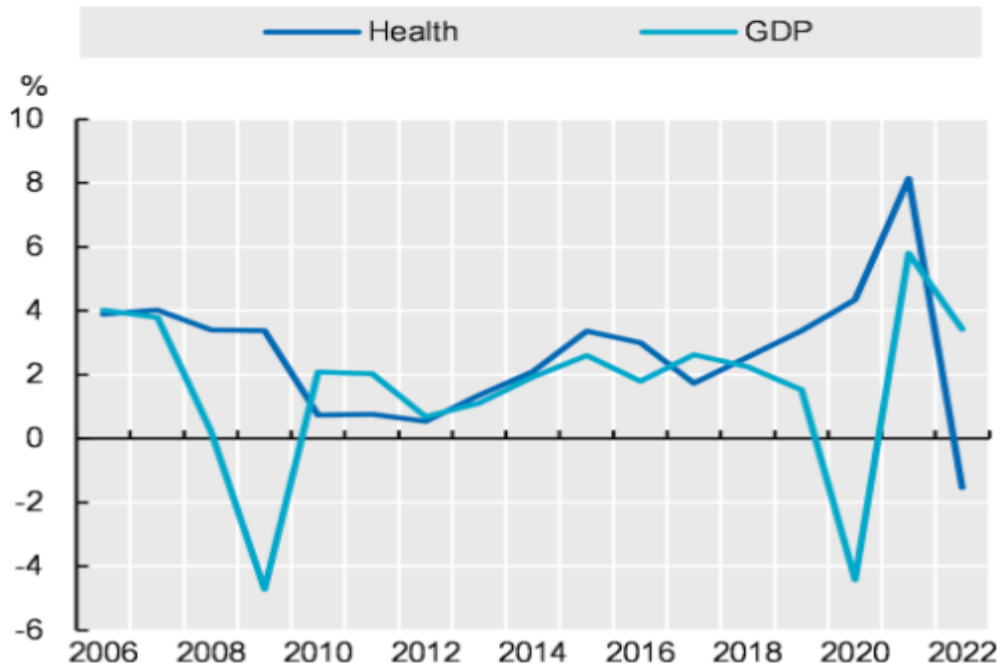
Şekil 1.1. Sağlık Hizmet Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Kaynak: OECD, (2023), *Health Spending*, E.T.:02.10.2024

Bir ülkenin sağlık hizmetlerine ayırdığı kaynaklar, genel ekonominin büyüklüğüne kıyasla, hem sağlık harcamalarındaki gelişme hem de yaygın iktisadi gelişmedeki değişiklikler sebebiyle zamanla değişiklik gösterir. 1990 ile 2000 yılları arasında, OECD ülkeleri genellikle sağlık harcamalarının ekonominin geri kalanından daha hızlı olduğunu görmüştür ve bu da sağlık harcamalarının GSYİH oranına göre neredeyse sürekli bir artışa yol açmıştır. 2008 ekonomik ve mali buhranından sonra, sağlık harcamalarındaki gelişme OECD genelindeki genel ekonomik performansla büyük oranda tutarlılık gösterdiğinden, oran değişiklik göstermemiştir. 2020'ye gelindiğinde COVID-19 salgınının etkisiyle ekonomik aktivitede ciddi bir yavaşlama ve hızla artan sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH oranına göre önemli bir hareketliliğe yol açmıştır (OECD, 2023).

2019 da, pandemiden evvel, OECD ülkeleri yaklaşık olarak GSYİH'lerinin tahmini % 8,8'ini sağlık hizmetlerine harcıyordu; bu oran 2013'ten beri değişmemiştir. 2021 yılına gelindiğinde bu oran % 9,7'ye yükselmiştir. Ancak 2022 için yapılan ön tahminler, hem pandemiyle mücadele için harcama ihtiyacının azalmasını hem de enflasyonun sağlık harcamalarının oranını azaltma etkisini yansıtan oranda önemli bir

düşüşü göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri hala GSYİH'sinin % 16,6'sına muadil olarak en çok masraf yapan eyalet; % 12,7 ile ardından en fazla masraf yapan eyalet olan Almanya'nın çok üzerinde (Şekil 1.1). ABD ve Almanya'yı takiben, Kanada, Fransa ve Japonya'nın da içlerinde yer aldığı 15 büyük bütçeli ülke, GSYİH'lerinin % 10'undan çoğunu sağlık hizmetlerine kullanmışlardır. Orta ve Doğu Avrupa OECD ülkelerinin birçoğunda ve Latin Amerika'daki yeni OECD üye ülkelerinde sağlık harcamaları GSYİH'lerinin % 6-9'u arasındadır. Son olarak Lüksemburg ve Türkiye GSYİH'lerinin % 6'sından daha azını sağlık hizmetlerine kullanmıştır (OECD, 2023). Bu sonuçlar, diğer ülkelere göre, Türkiye'nin sağlık harcamalarına ayırdığı oranın yetersiz olduğunu göstermektedir. Hatta Türkiye'nin sağlık hizmet masraflarının GSYİH içindeki oranının çok gerilerde olduğunu göstermiştir.



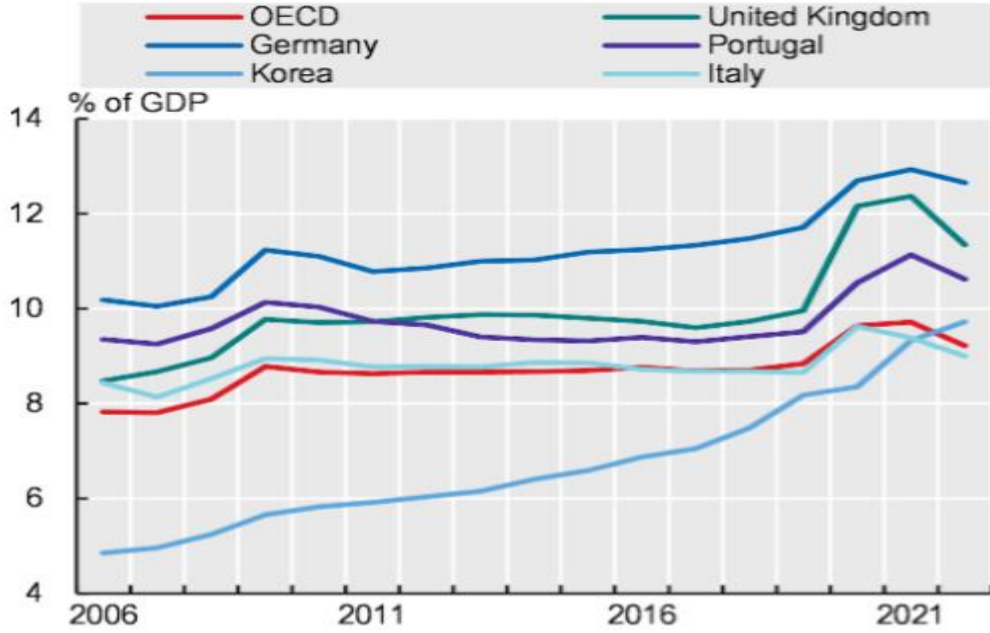
Şekil 1.2. Kişi Başına Sağlık Harcamalarında ve GSYİH’de Yıllık Reel

Büyüme

Kaynak: OECD, (2023), *Health Spending*, E.T.:02.10.2024

Son 15 yıldaki birey başına düşen sağlık harcamaları ve GSYİH eğilimlerinin analizi iki şoku ifade etmektedir: 2008’deki iktisadi ve mali bunalım ve 2020’de COVID-19’un son etkisi (Şekil 1.2). OECD ekonomileri 2008 ve 2009’da şiddetli bir şekilde daralırken, sağlık harcamalarındaki büyüme kısa vadede korunmuştur ve

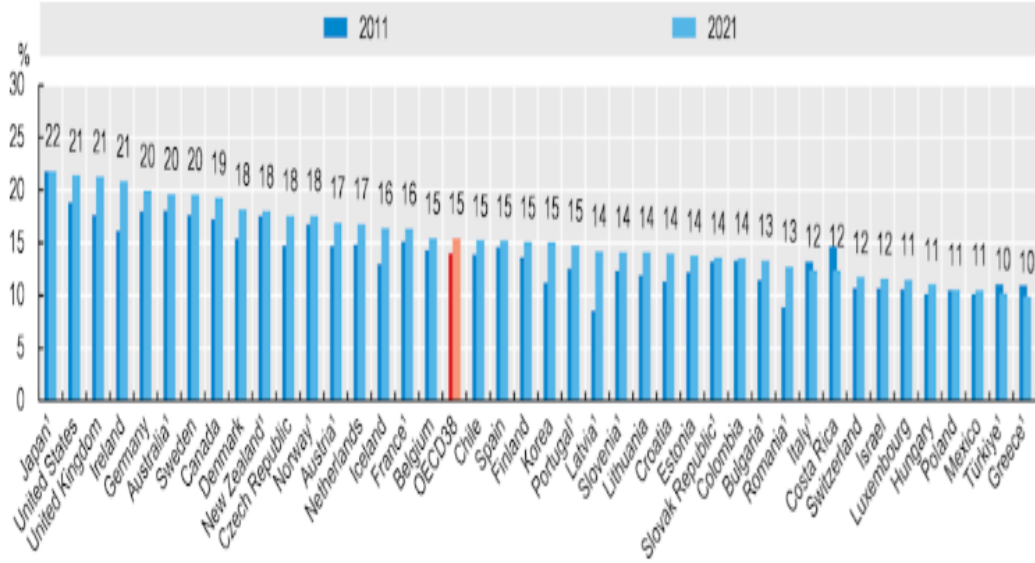
ardından 2010 ile 2012 yıllarında ise kamu sağlık giderlerini durdurmak için bir sıra değişik politika tedbiri yürürlüğe konulmuştur. Bunu, pandemiye kadar hem sağlık giderlerinde hem de GSYİH'de nispeten daha güçlü bir büyümeye dönüş izlemiştir. 2020'de, iktisadi etkinliği ve tüketici giderlerini önemli ölçüde sınırlayan mevcut karantinalar ve diğer kamu sağlığı tedbirleri çoğu OECD iktisadını serbest gerilemeye dönüştürmüştür. 2021'de kişi başına düşen GSYİH'nin yaklaşık % 5,8 yükselmesiyle bir toparlanma gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, ülkeler pandemiyle mücadele için ek fon ayırdıkça, birey başına düşen mevcut sağlık giderleri 2020'de % 4'ün çok az üstündeyken 2021'de % 8'e çıkmıştır. Ülkeler pandeminin akut aşamasından çıkarken, birey başına düşen sağlık giderlerinin 2022'de gerçek anlamda ortalama % 1,5'e yakın bir oranda düşmesi muhtemeldir (OECD, 2023).



Şekil 1.3. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Kaynak: OECD, (2023), *Health Spending*, E.T.:02.10.2024

2006 ve 2021 dönemindeki sağlık-GSYİH oranındaki eğilimler, 2009 ve 2020'de önemli artışlar ve ikisi arasında bir istikrar dönemi ile belirgin bir desene dönüşmüştür (Şekil 1.3). Örneğin İtalya ve Birleşik Krallık bu eğilimi yakından takip etmiştir ve ikincisi 2021'de daha da belirgin bir sıçrama göstermiştir. Almanya, zaman içinde GSYİH payında sürekli bir artış yaşamıştır. Şoklara rağmen, Kore'de GSYİH'nin bir payı olarak sağlık harcamaları son 15 yılda devamlı ve kararlı bir yükseliş göstermiştir; 2006'da % 4,8'den 2022'de % 9,7'ye ulaşmıştır (OECD, 2023).

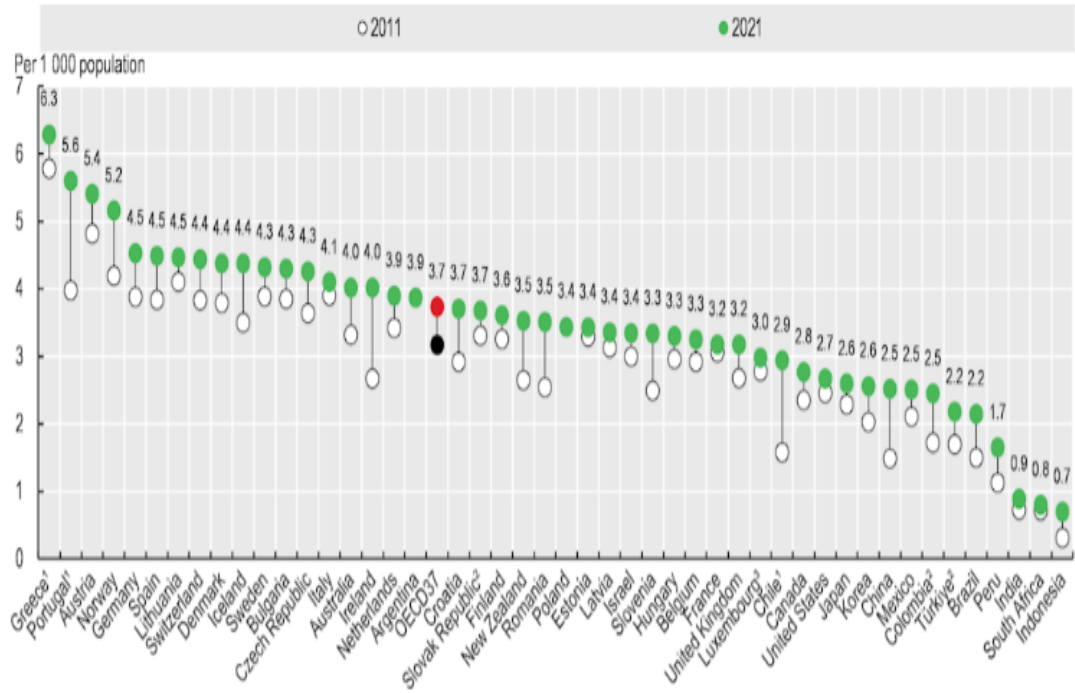


Şekil 1.4. Kamusal Kaynaklardan Yapılan Sağlık Giderlerinin Toplam

Hükümet Giderleri İçindeki Payı

Kaynak: OECD, (2023), *Health Statistics*, E.T.:02.10.2024

Hükümetler bir dizi kamu hizmetini finanse ediyor ve sağlık hizmeti, eğitim, savunma ve konut dahil olmak üzere kaynaklar için birçok diğer sektörle rekabet ediyorlar. Sağlık için kamu finansmanının düzeyi, yürürlükteki sağlık sisteminin türü, nüfusun demografisi ve iktisadi şartlar gibi etkenler aracılığıyla belirleniyor. Sağlık harcamaları, 2021'de OECD genelinde toplam hükümet harcamalarının ortalama %15'ini oluşturmuştur ve 2011'e kıyasla yüzde bir puanı artmıştır (Şekil 1.4.). Pandeminin ilk aşamasında birçok OECD ülkesi sağlık hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarını ciddi oranda artırabilmiş olsa da, ekonomik ve jeopolitik iklim, 2022'de Rusya'nın Ukrayna'daki savaşıyla birlikte zaten artan enerji maliyetlerine ek olarak OECD'nin çoğunda enflasyonist baskılarla yeni zorluklar getirmiştir. Bu ekonomik ve jeopolitik ilerlemeler, hem kamu hem de özel sağlık giderlerini finanse etmek için kullanılabilecek kaynakları ve sağlık hizmeti sunumunun maliyetlerini etkilemiştir (OECD, 2023).



Şekil 1.5. Bin Nüfus Başına Pratisyen Hekim Sayısı, OECD, 2011 ve 2021

Kaynak: OECD, (2023), *Health Statistics*, E.T.:02.10.2024

OECD ülkelerindeki doktor sayısı 2001'de yaklaşık 2,9 milyondan 2011'de 3,5 milyona ve 2021'de 4,3 milyona yükselmiştir. Tüm OECD ülkelerinde doktor sayısı son on yılda nüfus büyüklüğünden daha hızlı artmıştır, böylece ortalama olarak 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 2011'de 3,2'den 2021'de 3,7'ye yükselmiştir (Şekil 1.5.).

1.4. Avrupa'da Sağlık Sektörü

Sağlık sektörü, 1960'lı yıllardan sonra ciddi oranda önem kazanmıştır. Ayrıca, sağlık sektörü, üzerinde çalışılan, toplumların geleceğini etkileyen ciddi bir mevzu olarak gündemde olmuştur. Avrupa ülkelerinde sağlık sektörünü geliştirmek için bir çok yenilik ve değişiklik yapılmaktadır. Ülkelerin kalkınma politikalarının arasında sağlık kavramı ayrı bir öneme sahiptir (Ersöz, 2008, s. 103).

Avrupa Konseyine üye eyaletlerin imtiyaz ve hürriyetlerini korumak için 1961 yılında imzalanan ve 1996'da elden geçirilen Avrupa Sosyal Şartı imzalanarak, üye olan ülkelerin halkının sağlık hakkı güvence altına alınmıştır (Ertan, 2012, s. 204). Ayrıca Avrupa'da sağlık hakkını güvence altına alan bir diğer bildirgede, Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'dir (Sönmez, 2012, s. 19). Örneğin; Amerika'da sağlık

sektörü serbest piyasa şartlarının esasları çerçevesinde işlemektedir. Bu yüzden, Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlığa özgü resmi mevzuatı ekonomik tercihlerine göre şekillenmiştir (Kalaycı Oflaz, 2021, s. 11). İsveç'te ise sağlık, 1974 yılında yayımlanan Parlamento Yasası ile tedavi hizmetleri, sosyal hizmetler, hastaların ve engellilerin mali güvenliği gibi konularla sınırlı kalmıştır (TBMM, 2012, s. 274). Ekonomik olarak ilerlemiş eyaletler, sağlık için yeterli oranda kaynak ayıran, bilinçli bireylerin arttığı, ekonomik büyümenin hızlandığı ülkeler olmuştur (Taban, 2006, s. 31).

Son yirmi yılda, Avrupa ülkelerinde çoğunlukla hastane bakımının kullanımını, sunumunu, kalitesini ve uygunluğunu iyileştirmeyi ve maliyetlerini düşürmeyi amaçlayan çeşitli sağlık reformları uygulanmıştır. Aynı dönemde, Ulusal Sağlık Hizmetlerinin olduğu ülkelerde bile özel sektör sağlık hizmeti sunumunun daha önemli olduğu gözlemlenmiştir (Moscone vd., 2020, s. 5).

Hükümetler, birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektöründe rekabet unsurları getirmiştir. Rekabet, üreticilerin daha çekici bir fiyat ve kalite kombinasyonu sağlayarak rakiplerinden müşteri çekmeye çalıştıkları çok yönlü bir süreçtir. Geleneksel pazarlarda bu süreç, maliyetleri ucuz tutmak için daha çok verimliliğe yol açabilir ve tüketiciler, daha düşük fiyatlar, gereksinimlerine elverişli ürünler ve daha çok ürün çeşitliliği yoluyla fayda sağlayabileceklerdir (Dixon vd., 2010, s. 1).

İtalya'da hastanelerin yaklaşık yüzde 28'ini özel hastaneler oluşturmaktadır. Fransa'da ise hastanelerin yaklaşık yüzde 60'ı özeldir. Almanya'da ise yarısı kar amacı güden hastanelerin yüzde 70'i özel hastanelerden oluşmaktadır. Bu geniş yelpazenin en ucunda, tüm hastanelerin özel olduğu Hollanda yer almaktadır. Bu ülkelerde, özel hastaneler hem acil olmayan hem de acil tedaviler sağlamak ve böylece bir dizi sağlık hizmeti konusunda rekabet etmektedirler (Moscone vd., 2020, s. 5).

Almanya' da sağlık hizmetleri en zirve seviyede ve dikkatle verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin üst düzeyde olmasının sebebi sağlık harcamalarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık harcamaları fazla olduğu için verilen sağlık hizmeti de ucuz değildir. Yüksek sağlık harcamaları hükümeti zor durumda bırakmaktadır (Kemaloğlu, 2022, s. 22).

	2021	2022	2023
İzlanda	2.118	2.478	2.579
Estonya	2.351	2.528	2.848
Lüksemburg	4.096	4.304	4.586
Litvanya	4.382	4.881	5.255
Slovenya	4.956	5.478	5.938
Çekya	22.520	24.308	26.128
Portekiz	24.033	25.370	26.559
İrlanda	28.631	30.983	33.129
Danimarka	36.859	36.066	35.286
Avusturya	49.246	49.897	52.279
İsveç	60.031	59.110	59.832
İtalya	170.278	175.719	176.153
Almanya	466.713	488.677	486.257

Şekil 1.6. Avrupa Ülkeleri Cari Sağlık Harcamaları

Kaynak: (EUROSTAT, 2024)

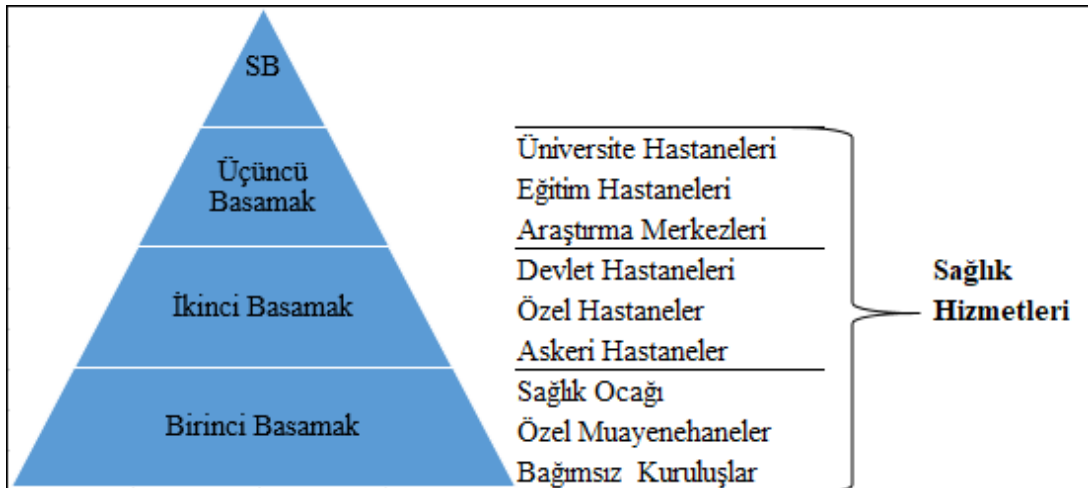
Şekil 1.6.'da görüldüğü gibi Avrupa ülkeleri içinde 2023 cari sağlık harcaması en yüksek olan ülke Almanya'dır. Almanya'nın diğer Avrupa ülkelerine göre sağlık harcamasının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık harcaması en yüksek olan ikinci ülke ise İtalya'dır. İtalya'yı ise İsveç, Avusturya, Polonya ve Danimarka takip etmektedir.

1.5. Türkiye'de Sağlık Sektörü

Türkiye'de ilk defa 1961 Anayasası ile sağlığın bir hak olduğu ele alınmıştır. Türkiye'de 1980'de yaşanan darbe sonrasında anayasada yapılan değişikliklerle sağlık alanında gelişmeler sağlanmıştır ve devlete denetleyici ve düzenleyici bir görev verilmiştir. Ayrıca ilk defa anayasada özel sektör sağlık kurumlarından da yararlanılabileceğine yer verilmiştir (Kalaycı Oflaz, 2012, s. 13).

Türkiye'de 2003-2011 birinci stratejik plan ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulanmaya başlanmıştır. Bu programın amacı, sağlık hizmetlerinin daha yeterli ve kazaçlı düzenlenmesini ve finansmanının sağlanmasını gerçekleştirmektir. Etkililik, halkın sağlık düzeyini yükseltmeyi; verimlilik ise kaynakların etkin kullanımını sağlamayı ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile SSK, Bağkur ve Emekli Sandığı Kurumları "Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)" adı altında bir araya getirilmiştir. Ayrıca devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri birleştirilmiştir. Böylece özel hastanelerden istifade edilmiştir. Sigortalıların tüm eczanelerden ilaç alabilmesi sağlanmıştır. Ayrıca aile hekimliği sistemi uygulamaya konulmuştur. Bunun yanında, dijital dönüşüme yatırım yapılarak sağlıkta eşitlik sağlanmaya çalışılmıştır (Koçak, 2011, s. 56). Bunlara ek olarak, Sağlıkta Dönüşüm kapsamında özel hastanelerin oranında artış yaşanarak herkesin sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmaya çalışılmıştır (Sulku, 2011, s. 2). Hasta hakları, hastaların tedavinin her aşamasında bilgilendirilmesi ve hastalardan onay alınması Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında önem kazanan yeni konular arasında yer almıştır. Türkiye’de geleneksel olarak hekimler, hastaları itaat etmesi gereken kişiler olarak görmüşlerdir. Ancak sağlık sistemindeki değişiklikler, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlardaki gelişmeler ve küreselleşmeyle birlikte bu geleneksel bakış açısı değişmekte ve hastalar artık sağlıklarıyla ilgili kararların bir parçası olmak istemektedirler. Ayrıca sağlık sistemi içerisinde hastalar, alışık olmadıkları birçok formu okumak, anlamak, doldurmak ve imzalamak zorunda kalıyorlar. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı daha önce sağlık hizmeti sunucularının gündeminde olmayan önemli bir konu haline gelmiştir (Özdemir vd., 2010, s. 464). Sonuç olarak, bireylerin sağlıklarını yönetmek için ilgili paydaşlarla işbirliği içerisinde olmaları sağlık sisteminin yükünü azaltabilir (Tan ve Patır, 2021, s. 157).



Şekil 1.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Piramidi

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 10)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu Şekil 1.7.’de görüldüğü gibi üç basamak şeklinde gösterilebilir. Piramidin birinci basamağında sağlık ocağı, dispanserler, özel muayenahaneler toplum tarafından en fazla bilinen sağlık kuruluşlarıdır. Sonraki aşamada ise devlet, özel ve askeri hastaneler yer almaktadır. Diğer bir üst aşamada ise üniversite ve eğitim hastaneleri ve araştırma merkezlerinden oluşmaktadır. Piramidin en üstünde de bütün sağlık kuruluşlarının bağlı olduğu Sağlık Bakanlığı yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 10). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinden sorumlu olan üst kuruluştur.

Türkiye’de 2010 da Aile Hekimliği uygulaması başlatılmıştır. 2022 sonunda Türkiye’de 8.172 Aile Sağlığı Merkezi ve 27.762 Aile Hekimliği Biriminde sağlık çalışanları tarafından birinci basamak sağlık hizmeti verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2022 Faaliyet Raporu, 2023).

Bir ülkenin sağlık sistemi kadar bireylerin sağlık tercihlerine yönelik farkındalığı ve bireyler tarafından sağlık tercihlerinin araştırılması oldukça önemli bir konudur (Kalaycı Oflaz, 2021, s. 3).

Sağlık harcamaları, 2013-2022



Şekil 1.8. Toplam Sağlık Harcaması

Kaynak: TÜİK, (2022), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.:05.10.2024

2022 yılında gerçekleşen toplam sağlık harcaması, bir dönem öncesine göre %71,5 yükselerek 606 milyar 835 milyon TL olmuştur. Genel devlet sağlık harcaması %65,4 yükselerek 463 milyar 516 milyon TL olmuştur. Özel sektör sağlık harcaması

ise %94,4'lük bir yükselişle 143 milyar 319 milyon TL olarak değerlendirilmiştir (Şekil.1.8.).

Tablo 1.1. Toplam Sağlık Giderleri

(Milyon TL)				
	2021	Pay (%)	2022	Pay (%)
Toplam Sağlık Giderleri	353.941	100,0	606.835	100,0
1.Genel Devlet	280.220	79,2	463.516	76,4
Merkezi devlet	111.180	31,4	191.862	31,6
Mahalli idareler	1.975	0,6	3.668	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	167.065	47,2	267.986	44,2
2.Özel Sektör	73.721	20,8	143.319	23,6
Hanehalkları	56.342	15,9	112.018	18,5
Sigorta şirketleri	9.330	2,6	16.562	2,7
Diğer	8.050	2,3	14.738	2,4

Kaynak: TÜİK, (2022), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.: 25.09.2024.

Genel devlet sağlık giderlerinin toplam sağlık giderlerine oranı 2022’de %76,4, özel sektör sağlık giderlerinin oranı ise %23,6 olmuştur. Genel devletin alt bileşenlerine bakıldığında, 2022 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu’nun %44,2 ile en yüksek paya sahip olduğu görülmüştür. İkinci büyük payında merkezi devlete ait olduğu görülmektedir. En düşük paya ise mahalli idarelerin sahip olduğu görülmüştür. Özel sektör sağlık harcamalarının alt bileşenlerine göre ise, en büyük payın %18,5 ile hane halklarına ait olduğu görülmektedir. Sigorta şirketleri %2,7’lik paya sahiptir. Hanehalklarına faaliyetlerde bulunan kazanç elde etmeyen teşkilatlar ile başka sanayilerin ise %2,4’lük bir paya sahip olduğu görülmektedir (Tablo1.1.).

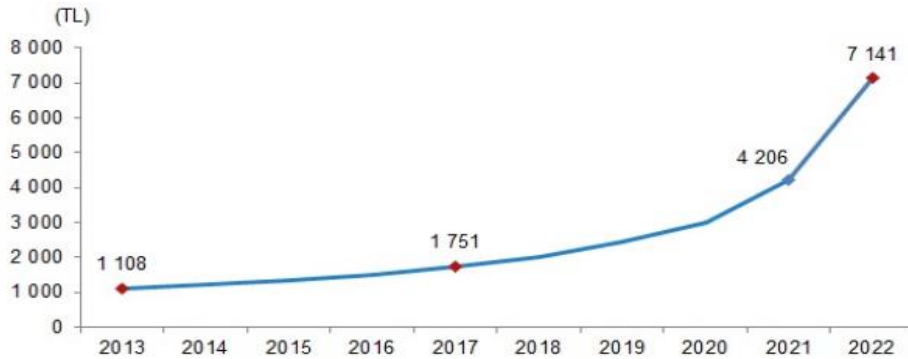
Tablo 1.2. Sağlık Faaliyetlerine Göre Sağlık Giderleri

	(Milyon TL)			
	2021	Pay (%)	2022	Pay (%)
Toplam Sağlık Giderleri	353.941	100,0	606.835	100,0
1.Cari sağlık harcaması	330.928	93,5	555.944	91,6
Hastaneler	175.214	49,5	305.021	50,3
Evde hemşirelik bakımı	2	0,0	3	0,0
Ayakta hizmet yapanlar	33.440	9,4	64.444	10,6
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme arz edenler	80.613	22,8	131.527	21,7
Halk sağlığı planlarının gösterimi ve uygulaması	32.517	9,2	37.471	6,2
Genel sağlık uygulaması ve sigorta	1.441	0,4	2.281	0,4
Kategorileştirilemeyen diğer bölümler	7.700	2,2	15.196	2,5
2.Yatırım	23.013	6,5	50.891	8,4

*Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Kaynak: TÜİK, (2022), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.: 25.09.2024.

Toplam sağlık giderlerinin sağlık faaliyeti uygulayıcılarına göre dağılımı araştırıldığında, sağlık faaliyetleri ve mahsulleri satın almak için müracat edilen sağlık kuruluşları içerisinde en fazla hisseyi 2022 yılında %50,3 ile hastaneler oluşturmuştur. Hastaneleri sırasıyla %21,7 ile perakende satış ve diğer sağlık gereçleri arz edenler ve %10,6 ile ayakta bakım sunanlar izlemiştir (Tablo 1.2.).

**Şekil 1.9. Kişi Başına Sağlık Harcaması**

Kaynak: TÜİK, (2022), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, E.T.:05.10.2024

Türkiye’de 2013-2022 yılları arasında kişi başına sağlık harcaması grafiği incenlediğinde, 2013 yılında kişi başına sağlık harcamasının 1.108 TL olduğu görülmüştür. 2013 ile 2017 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamasında çok fazla yükselmenin olmadığı görülmektedir. Çünkü 2017 yılında bu oranın 1.751 TL olduğu yukarıdaki grafikte görülmüştür. Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması 2021 yılında 4 bin 206 TL iken, 2022 yılında %69,8 artarak 7 bin 141 TL’ye yükselmiştir. Genel olarak dönemlere göre birey başına sunulan sağlık harcamasının sürekli arttığı görülmektedir. Fakat bu yükselişin pandemi döneminden sonra daha fazla olduğu görülmüştür. Kişi başına düşen sağlık harcamasında en yüksek artışın 2022 yılında gerçekleştiği söylenebilir (Şekil 1.9.).

Tablo 1.3. Sağlık Giderleri

Tarih	SAĞLIK GİDERLERİ	Kamu Personeli S.G.	Tedavi ve Sağlık Malzemesi G.
2013	336,123.00	255,700.00	80,423.00
2014	358,380.00	271,830.00	86,550.00
2015	380,486.00	283,096.00	97,390.00
2016	377,961.00	277,112.00	100,849.00
2017	343,957.00	235,979.00	107,978.00
2018	505,447.00	377,641.00	127,806.00
2019	562,591.00	375,088.00	187,503.00
2020	533,457.00	343,014.00	190,443.00
2021	640,381.00	454,544.00	185,837.00
2022	990,952.00	722,189.00	268,763.00
2023	1,247,473.48	778,961.16	468,512.29

Kaynak: (TCMB, 2024)

Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası EVDS’den alınarak oluşturulan Tablo 1.3.’e göre Sağlık Giderlerinin 2013 yılından 2023 yılına kadar durumu gösterilmektedir. Sağlık giderlerinin 2013’den beri devamlı yükseliş gösterdiği görülmektedir. 2015 yılından 2017 yılına geçişte ve 2019 yılından 2020 yılına geçişte sağlık harcamalarında düşüşün olduğu görülmüştür. Fakat bu düşüşün sadece kamu personeli sağlık giderlerinde yaşanan düşüşten kaynaklandığı görülmektedir. Yani tedavi ve sağlık malzemesi giderlerinde herhangi bir düşüş yaşanmamıştır. 2013 yılından günümüze kadar tedavi ve sağlık malzemesi giderlerinde artış yaşandığı

söylenbilir. Bu artışı düşürmenin önemli bir noktası toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesidir.

Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin rahatsızlıklarla ilgili kısıtlı bilgiye sahip olduklarını ve kendi bakımlarını daha az yapabildiklerini göstermiştir (Gazmararian vd., 2003, s. 267). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin, acil servisleri daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (Baker vd., 2004, s. 219). Acil servislerin daha fazla kullanılması demek sağlık harcamalarının da artması demektir. Toplumun sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilik düzeyleri artırılarak acil servislerin kullanım oranları düşürülebilir. Acil servislerin kullanım oranlarında düşüş yaşanması, tedavi ve sağlık malzemesi giderlerinde de düşüşe sebep olur. Bu açıdan, sağlık harcamalarının kontrolünün ve sürdürülebilirliğin sağlanması için yeni politikaların geliştirilmesi ve halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin ve öz yeterliliklerinin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

1.6. TRB1 Bölgesinde Sağlık Sektörü

TRB1 Bölgesi Malatya, Elazığ, Bingöl ve Tunceli illerini içerisine alan bir kesimdir. Sağlık sektöründe ilerleme bakımından TRB1 Bölgesi 26 bölge içerisinde 15. sırada yer almaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlık kuruluşlarının kapasitesi ve devlet hastanelerinde kişi başına yatak sayısı bakımından Türkiye ortalamasının üzerinde yer alan bir bölgedir. TRB1 Bölgesinde bulunan en önemli hastaneler Malatya İnönü ve Elazığ Fırat Üniversitelerinin Tıp Fakülteleri bünyesinde yer almaktadır. Malatya İnönü Üniversitesi'ne bağlı olarak 1996 da Turgut Özal Tıp Merkezi hizmet sunmaya başlamıştır. Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Türkiye'nin en modern hastanelerinden biridir ve 880 yatak kapasitesine sahiptir (BİLSAM, 2011, s. 68).

Tablo 1.4. TRB1 Bölgesi Bin Kişi Başına Düşen Toplam Hekim Sayısı

TRB1 Bölgesi	Malatya	Elazığ	Bingöl	Tunceli
2018	2	2	1	2
2019	2	2	1	2
2020	2	2	1	2
2021	2	2	1	2
2022	2	2	1	2

Kaynak: TÜİK, (2024), <https://cip.tuik.gov.tr/> E. T.: 07.11.2024

TRB1 Bölgesi bin kişi başına düşen toplam hekim sayısına göre, 2018-2022 yıllarında Malatya, Elazığ ve Tunceli’de bin kişi başına düşen hekim sayısının 2 olduğu Tablo 1.4.’te görülmektedir. TRB1 Bölgesinde yer alan iller içerisinde, bin kişi başına düşen toplam hekim sayısı Bingöl ilinde 1 kişi olmuştur. Tablo 1.4.’e göre en az bin kişi başına düşen toplam hekim sayısı Bingöl ilinde olmuştur.

Malatya’da bulunan Turgut Özal Tıp Merkezi’nde 120 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Ayrıca, 26 adet son teknoloji ile hazırlanmış ameliyathane bulunmaktadır. TRB1 Bölgesinde bulunan Elazığ ilinde ise önemli bir hastane olan Fırat üniversitesinin tıp fakültesi araştırma hastanesi bulunmaktadır. Bu hastane hem bölgeye hem de bölge dışına hizmet vermektedir. Tunceli de ise merkez ilçede 1’er adet Devlet hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi yer almaktadır. 5 İlçede Devlet Hastanesi, 29 Aile Hekimliği Birimi, 3 Toplum Sağlığı Merkezi, 1 Sağlıklı Hayat Merkezi ve 1 Verem Savaş Dispanseri yer almaktadır. Toplam yatak kapasitesi ise il genelinde 199’dur (FKA, 2023).

Tablo 1.5. TRB1 Bölgesi Hastane Sayısı

TRB1 Bölgesi	Malatya	Elazığ	Bingöl	Tunceli	Toplam
2018	17	11	8	6	42
2019	18	11	8	6	43
2020	18	13	8	6	45
2021	19	13	8	6	46
2022	20	13	8	6	47

Kaynak: TÜİK, (2024), <https://cip.tuik.gov.tr/> E. T.: 07.11.2024

Tablo 1.5.'e göre, TRB1 Bölgesinde 2018 yılında toplam 42 hastane, 2019 yılında toplam 43 hastane, 2020 yılında toplam 45 hastane, 2021 yılında toplam 46 hastane ve 2022 yılında toplam 47 hastane olduğu görülmektedir. Aynı zamanda yıllara göre hastane sayısının artış gösterdiği tespit edilmiştir.

TRB1 Bölgesinde her 100.000 bireye yaklaşık 379 adet yatak düşmektedir. TRB1 Bölgesi bu oran ile Türkiye ortalamasının üzerindedir. Sağlık hizmetleri TRB1 Bölgesin de özellikle Malatya ve Elazığ'da yoğunlaşmaktadır. Malatya'da İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi bölgeye büyük hizmet sunan sağlık merkezidir. Elazığ'da ise Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi bölgeye hizmet sunan büyük ölçekli bir sağlık merkezidir. Türkiye'de hekim başına düşen birey sayısı son 15 yılda yarı yarıya gerilemiştir. Bu iyileşme TRB1 bölgesinde de görülmektedir (FKA, 2014, s. 32).

Tablo 1.6. TRB1 Bölgesi Hastane Yatak Sayısı

TRB1 Bölgesi	Malatya	Elazığ	Bingöl	Tunceli	Toplam
2018	2.961	2.991	690	150	6.792
2019	2.954	2.991	705	150	6.800
2020	2.972	3.160	756	150	7.038
2021	3.214	3.164	760	150	7.288
2022	3.554	3.181	754	150	7.639

Kaynak: TÜİK, (2024), <https://cip.tuik.gov.tr/> E. T.: 07.11.2024

Tablo 1.6.'ya göre, TRB1 Bölgesinin 2018-2022 yıllarında hastane yatak sayısı 2018 yılında toplam 6.792, 2019'da 6.800, 2020'de 7.038, 2021'de 7.288 ve 2022'de 7.639 olduğu görülmektedir. Yıllara göre hastane yatak sayısının artış gösterdiği tespit edilmiştir. TRB1 Bölgesinde 2018-2019-2020 yıllarında en fazla Elazığ ilinin hastane yatak sayısına sahip olduğu tespit edilmiştir. 2021 ve 2022 yıllarında ise en fazla Malatya ilinin hastane yatak sayısına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 1.7. TRB1 Bölgesinde Okuma Yazma Bilmeyen Sayısı

Yıl	Toplam
2019	74.855
2020	70.949
2021	67.330
2022	64.493
2023	60.936

Kaynak: TÜİK, (2024), <https://cip.tuik.gov.tr/> E. T.: 07.11.2024

Bir toplumda eğitim, o toplumu ileriye taşıyan ana faktörlerin başında gelir (Patır ve Yıldız, 2008, s. 293). TÜİK 2024 verilerine göre, TRB1 Bölgesinde okuma yazma bilmeyen sayısı yıllara göre azalma göstermiştir. 2019’da okuma yazma bilmeyen sayısı 74.855 iken 2024 yılında bu rakam 60.936 olmuştur. Yani beş yıl içerisinde okuma yazma oranında önemli miktarda artış olduğu görülmektedir (Tablo 1.7.).

Tablo 1.8. TRB1 Bölgesi Sağlık Personeli Sayısı

TRB1 Bölgesi	Malatya		Elazığ		Bingöl		Tunceli		Toplam	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Toplam Hekim Sayısı	1815	1999	1421	1434	390	400	182	181	3808	4014
Diş Hekimi	366	388	260	274	87	92	45	42	758	796
Eczacı	367	380	228	239	96	93	25	27	716	739
Diğer Sağlık Personeli	2532	2690	1831	1916	813	889	403	399	5579	5894
Hemşire	2833	3042	2402	2422	702	796	237	252	6174	6512
Ebe	915	937	602	628	320	306	144	148	1981	2019

Kaynak: TÜİK, (2024), <https://cip.tuik.gov.tr/> E. T.: 07.11.2024

TRB1 Bölgesi 2021-2022 yılları sağlık personeli sayısına göre, 2021 yılında toplam hekim sayısının 3.808 olduğu ve bu oranın 2022’de 4.014’e yükseldiği görülmektedir. 2021 yılında diş hekimi sayısı 758, 2022’de ise diş hekimi sayısının 796’ya yükseldiği görülmektedir. 2021’de TRB1 Bölgesinde toplam 716 eczacı olduğu ve 2022’de bu oranın 739’a yükseldiği görülmüştür. TRB1 Bölgesinde 2021’de diğer sağlık personeli sayısının 5.579 olduğu ve 2022’de bu sayının 5.894’e yükseldiği tespit edilmiştir. Yine TRB1 Bölgesinde 2021 yılında toplam hemşire sayısının 6.174 olduğu ve 2022’de ise bu sayının 6.512’ye yükseldiği görülmektedir. TRB1

Bölgesinde toplam ebe sayısının ise 2021’de 1.981 olduğu ve 2022’de ise bu sayının 2019’a yükseldiği görülmektedir (Tablo 1.8.).

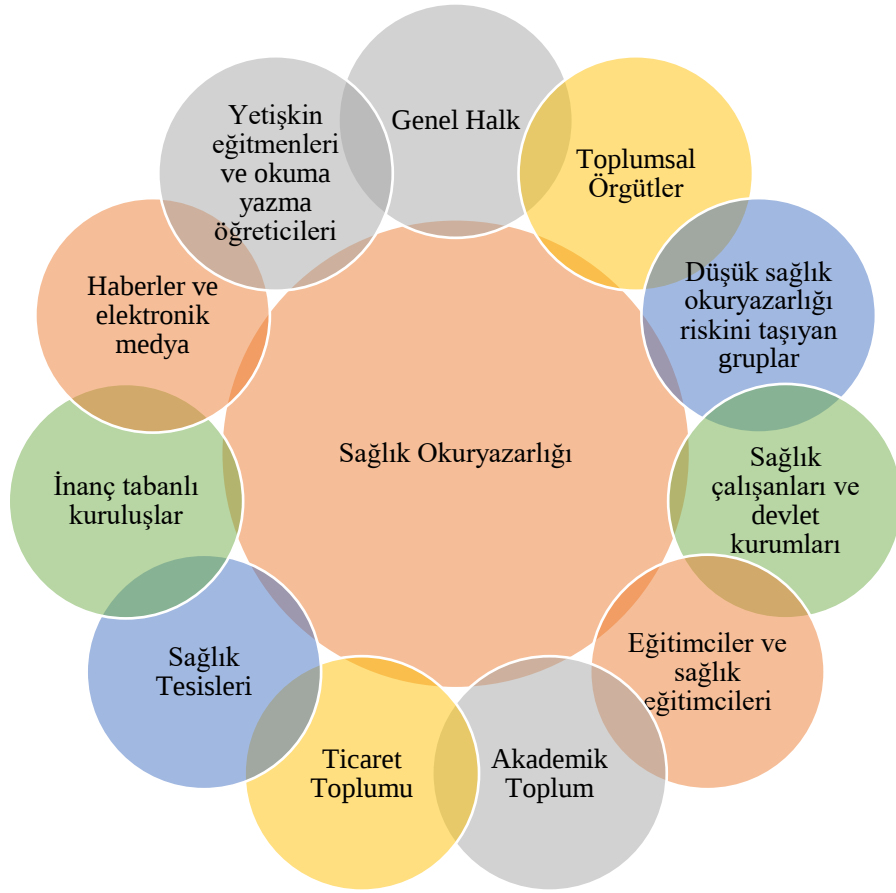
1.7. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Kişilerin sağlığı ilerletmek ve korumak için verilere kavuşma, verileri idrak etme ve kullanma becerilerini kapsayan kişisel, bilişsel ve sosyal becerilere sağlık okuryazarlığı denir (Nutbeam, 2000, s. 260). Kişilerin sağlık verilerine kavuşmasını ve bu verileri verimli bir şekilde kullanma becerilerini geliştiren sağlık okuryazarlığı, güçlendirme açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığının temeli genel okuryazarlık düzeylerine dayanmaktadır. Yetersiz okuryazarlık, bireylerin şahsi, toplumsal ve kültürel yeterliliklerini sınırlayarak sağlıklarını doğrudan etkileyebilir ve sağlık okuryazarlığının gelişimini de engelleyebilir (Özdemir vd., 2010, s. 464).

Daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip insanlar, daha az hastalık bilgisine, daha düşük öz bakıma, daha kötü ilaç uyumuna, daha kötü sağlık kararlarına sahiptir. Sağlık okuryazarlığı daha iyi olanlarla karşılaştırıldığında hareketsiz bir yaşam tarzı ve daha kötü sağlık durumuna sahiptirler (Lee vd. 2007, s. 63; Wolf vd., 2007, s. 20; Lee vd., 2010, s. 615; Smith vd., 2009, s. 360; Wolf vd., 2005, s. 1950). Sağlık okuryazarlığı daha yetersiz olan bireyler genellikle daha az önleyici bakım kullanıcılar (Miller vd., 2007, s. 5; Garbers vd., 2009, s. 25). Sağlık okuryazarlığı yeterli olan bireylerin ise, daha fazla hastalık bilgisi, daha sağlıklı davranış, daha fazla koruyucu bakım kullanımı ve daha yüksek derecede ilaç uyumuna sahip oldukları için daha az acil servis ve hastane hizmetlerini kullandıkları bulunmuştur (Cho vd., 2008, s. 1810). Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık okuryazarlığı terimi özellikle hastanın okuryazarlık düzeyleri ile yönergeler, randevu belgelerine, ilaç açıklamalarına ve sağlık hizmeti talimatlarına uymak için kullanılmaktadır. Bu tanım sağlık okuryazarlığını, kişinin yeni bilgiler edinmesine ve kullanmasına olanak sağlayan bir dizi bireysel kapasite olarak bilinmektedir. Okuryazarlık, eğitim programlarıyla artabilir veya yaşlanma veya bilişsel bozuklukla birlikte azalabilir (Baker, 2006, s. 878).

Sağlık okuryazarlığı dinamik bir yapıya sahiptir. Yani, sağlık okuryazarlığı, bilişsel kapasitelerin, yaşam deneyimlerinin, bilgi ve fırsatların birleşiminin bir sonucudur. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı kavramı sürekli olarak gelişmekte ve

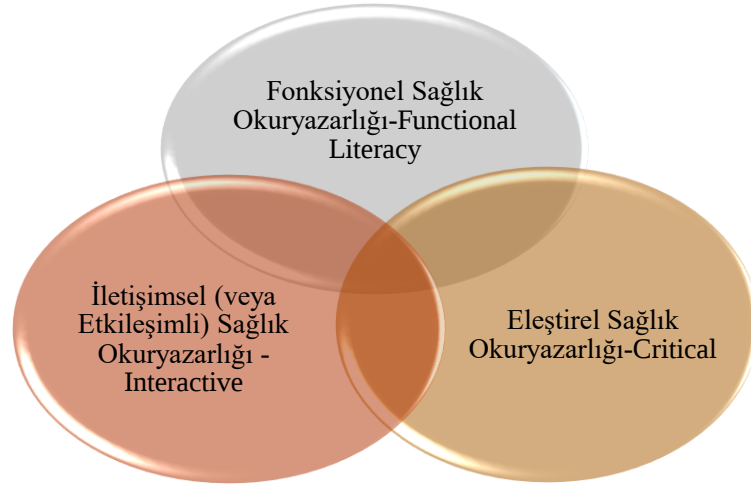
değişmektedir. Toplum için önemli olan, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine katılım, toplumsal sistemlerin talepleri ve karmaşıklıkları arasındaki dengeyi yansıtır. Bu talepler değiştikçe, bireylerin, ailelerin ve toplulukların beceri ve yetenekleri de değişmektedir (Parker, 2009, s. 95). Tüm bunlar, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Baydaş ve Yalman, 2021, s. 791). Şekil 1.10.'da da gösterildiği gibi sağlık okuryazarlığının birden fazla paydaşı vardır (WHO, 2013). Sağlık okuryazarlığı bu nedenle sağlık sistemlerinin, sosyal sistemlerin, işyerleri, çevre ve kurumsal dünyanın taleplerinden ve karmaşıklığından etkilenir.



Şekil 1.10. Sağlık Okuryazarlığının Paydaşları

Kaynak: (WHO, 2013)

Sağlık okuryazarlığı üç alt bölümden oluşmaktadır. Bu alt bölümler şu şekildedir:



Şekil 1.11. Sağlık Okuryazarlığı Türleri

Kaynak: (Nutbeam, 2000, s. 259)

1.7.1. Foksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Kişilerin, gündelik yaşamda refah bir şekilde ilerleyebilmesi için yapması gerekli ilk şey okuma ve yazma yeteneklerine fonksiyonel sağlık okuryazarlığı denir. Kişilerin, sağlıklı beslenme, spor yapma ve acil yardım gibi temel sağlık hususlarında bilgi sahibi olması demektir. Foksiyonel sağlık okuryazarlığı, kişinin temel yazılı ve sözlü sağlık bilgilendirmelerini anlayabilmesidir. Kişiler, bu düzeyde sağlık hizmetlerini nasıl kullanacaklarını bilirler (Nutbeam, 2000, s. 259).

1.7.2. İletişimsel (veya Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı

Bir kişinin iletişim sürecinde yararlı bilgileri ayırt edebilmesi için gereken ileri düzey beceridir. İletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bireyler, mevcut sağlık bilgilerini kullanarak, sağlıklarını korurlar. Foksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde öğrendiklerini uygulamaya koyarlar. Yani pasif konumdan aktif konuma geçerler. Örneğin; dengeli beslenme hakkındaki bildiklerini uygulamaya geçirerek, kendileri için uygun besinleri seçerler. Ayrıca bu düzeyde bireyler, sosyal çevre ile de iletişime geçerler (Nutbeam, 2000, s. 259).

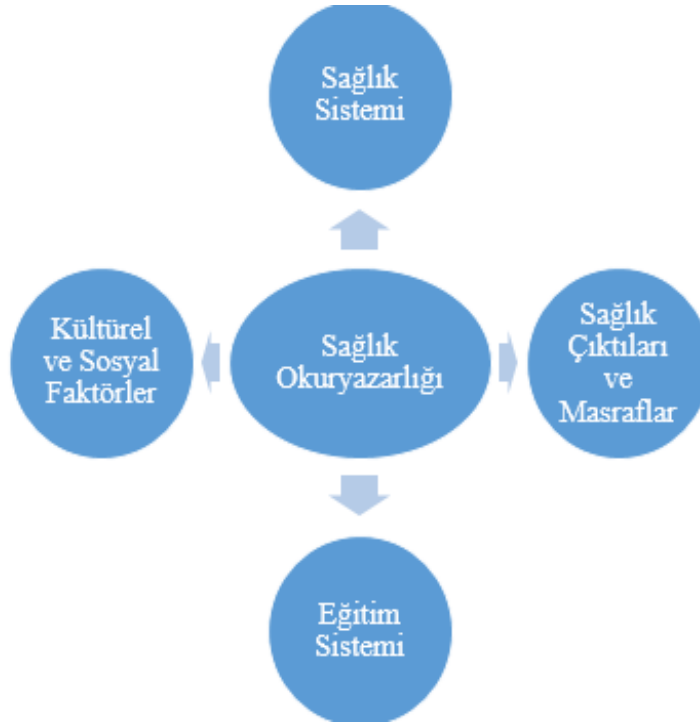
1.7.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Bilgi hakkında eleştirel düşünme ve onu günlük yaşamı yönetmek için uygulamaya yönelik daha gelişmiş becerileri ifade eder. Bu düzeyde bireyler, sadece kendilerini düşünmezler, ayrıca toplumun sağlığını da düşünürler. Bu düzeydeki bireyler, sağlığın sosyal ve ekonomik boyutlarını anlayabilirler. Sağlıkla ilgili politikaları inceleyebilirler. Kendi çevrelerindeki bireylerin sağlığını ve toplumun sağlığını da korumaya çalışırlar (Nutbeam, 2000, s. 259).

1.8. Sağlık Okuryazarlığını ve Öz Yeterliliği Etkileyen Faktörler

2018’de Xu vd. aracılığıyla yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ve öz yeterliliği etkileyen faktörler ele alınmıştır. Beş faktör (eğitim düzeyi, çalışma durumu, yıllık gelir, medeni durum ve internet kullanımı) fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile pozitif yönde ilişkiliyken, üç faktör (yaş, diyabetle yaşama yılı ve depresif belirtiler) negatif bir ilişkiye sahipti. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olanların, yıllık geliri yüksek olanların, halihazırda çalışanların, evli olanların ve interneti sık kullananların fonksiyonel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olacağını göstermiştir. Bunun tersine, daha yaşlı olanların, diyabetle daha uzun süre yaşayanların ya da depresif semptomları olanların, düşük fonksiyonel sağlık okuryazarlığına sahip olmalarının diğerlerine göre daha yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan dört faktörün (internet kullanımı, sosyal destek, hekimin açıklamasının netliği ve insülin kullanımı) iletişimsel sağlık okuryazarlığı ile pozitif ilişkili olduğu görülmüştür. Bu, interneti daha fazla kullanan, daha fazla sosyal dayanağa sahip olan, doktorlardan net açıklamalar alan, insülin kullanan ve kendilerini güçlü olarak algılayanların daha iyi iletişimsel sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını yansıtmaktadır. Diğer üç faktör (sosyal destek, hekimin açıklamasının netliği ve insülin kullanımı) eleştirel sağlık okuryazarlığı ile pozitif yönde ilişkiliydi. Yani, daha fazla sosyal dayanağa sahip olan, doktorlardan net açıklamalar alan ve insülin kullananların eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip olma durumlarının daha yüksek olduğu anlamına geliyordu. Öte yandan yedi faktörün (yaş, diyabetle yaşama yılı, çalışma durumu, sosyal destek, diyabet eğitimi, hekimin açıklamasının netliği ve diyabet komplikasyonlarının olmaması) öz yeterlilik ile de ilişkili olduğu bulunmuştur. Sadece depresif belirtilerin öz yeterlilik ile negatif ilişkili olduğu

bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik ile pozitif ilişkisi olan ortak faktörler olarak üç faktör (çalışma durumu, sosyal destek ve hekimin açıklamasının netliği) belirlenmiştir. Ancak sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik ile negatif ilişki gösteren tek ortak faktörün depresif belirtiler olduğu elde edilmiştir. Benzer çalışmalarda da hekimin açıklamasının netliği sağlık okuryazarlığı ve öz yeterliliği belirleyen bir faktördür. Doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri tedavi seçeneklerini net bir şekilde açıkladığında insanlar sağlık okuryazarlığı ve öz yeterliliklerini geliştirebilirler.



Şekil 1.12. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kaynak: (Kindig vd., 2004, s. 5)

Kindig ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri bir model üzerinde göstermişlerdir. Bu modele göre sağlık okuryazarlığı ile sağlık sistemi karşılıklı birbirini etkilemektedir ve etkileşim içerisindedir. İlk olarak sağlık okuryazarlığını kültürel ve sosyal faktörler etkilemektedir. Bu faktörler, göçmenlik, köken, dil, din vb. unsurlardır. İkinci olarak sağlık sistemi sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Üçüncü olarak, sağlık çıktıları ve masrafları en son olarak da eğitim sistemi sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Tüm bu unsurlar sağlık okuryazarlığını pozitif ve negatif olarak etkilemektedir. Aynı

zamanda bu faktörler, sağlık okuryazarlığı ile bireysel ve toplumsal yönde ilişkilidir (Şekil 1.12.).

1.9. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Ölçülmesi

Literatür taraması sonucunda Sağlık Okuryazarlığını ölçen birçok ölçüm aracının olduğu görülmüştür. Bu araçlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini- REALM testi, sağlık kavramlarını tanıma ve söyleme yeteneğini ölçen bir sağlık okuryazarlığı ölçme aracıdır (Davis vd., 1993, s. 391).

Sorensen ve meslektaşları (Sorensen vd., 2012, s. 5) tarafından önerilen ölçüm modelini kullanarak, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q) (Sorensen vd., 2013, s. 948) oluşturulmuştur. Bu anket, bireylerin sağlık faaliyetlerine ulaşma, kavrama ve tatbik etme hususundaki ciddi yeteneklerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Halk sağlığına dayanan bu ölçüm, yalnızca sağlık okuryazarlığının kişisel niteliklerini ele almakla kalmamış, aynı zamanda kişisel yeteneklerin, sosyal sistemlerin bağlamsal veya durumsal talepleri içindeki uyumunu ölçerek sağlık okuryazarlığının etkileşimli doğasını da yansıtmıştır (Sorensen vd., 2015, s. 1053).

Beş ölçüm (İsviçre Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-CH), Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Ölçeği (HeLMS), Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLQ), İran Sağlık Okuryazarlığı Anketi (IHLQ) ve Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HL-SDHQ)) yazarların ilgili araştırma sorularıyla uyumlu kavramsal çerçevesine dayalı olarak geliştirilmiştir. Bu ölçümler, sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasını özellikle genişletmiş ve desteklemiştir (Tian vd., 2020, s. 7768). HeLMS (Jordan vd., 2013, s. 228) ve HLQ (Osborne vd., 2013, s. 658), kişinin sağlık bilgilerini almak ve kullanmak için sahip olması gereken yetenekleri geliştirmeye yöneliktir. Her iki ölçüm de katılımcıların sağlığına dikkat etme deneyimlerine danışarak veya görüşerek "sosyal destek"i sağlık okuryazarlığı becerilerinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirmiştir. IHLQ "sosyal güçlendirme" faktörünü sağlık okuryazarlığının temel bir bileşeni olarak ele almıştır (Haghdoost vd., 2015, s. 5).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-TSOY-32, 32 maddelik bir likert ölçeğidir. İki faktörden oluşmaktadır. Birinci faktör, tedavi ve hizmet faktörüdür. İkinci faktör ise, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi faktörüdür. Ölçeğin değerlendirmesinde göstergeler 0'dan 50'ye kadardır. Ölçek için kullanılan yöntem $\text{İndeks} = (\text{ortalama} - 1) \times (50/30)$ formülüdür. Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlık düzeyini ifade etmektedir. En yüksek sağlık okuryazarlığı ise 50 ile gösterilmektedir (Abacıgil vd., 2016, s. 3).

Tablo 1.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları

Ölçek Adları	Yıl	Ülke	Araştırma Soruları
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini - REALM (Davis vd., 1993, s. 391).	1993	AB	Tıbbi terimleri tanımaya ve söylemeye yönelik yetenekleri ölçen bir araçtır.
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi- TOFHLA (Parker vd., 1995, s. 537).	1995	ABD	Rahatsız insanların fonksiyonel sağlık okuryazarlığını oranlamak için geliştirilen bir araçtır.
Kısa Sağlık Okuryazarlığı Tarayıcısı - BHLS (Chew vd., 2004, s. 1).	2004	ABD	Yetersiz veya marjinal sağlık okuryazarlığına sahip bireyleri tespit etmek için bir tarama aracı olarak geliştirilmiştir.
En Yeni Yaşamsal Belirti- NVS (Weiss vd., 2005, s. 514).	2005	ABD	Yetersiz okuryazarlığa sahip bireyler için çabuk ve hatasız bir gösterge aracı olarak geliştirilmiştir.
Halk Sağlığı Okuryazarlığı Bilgisi Ölçeği - PHLKS (Pleasant ve Kuruvilla, 2008, s. 152).	2008	ABD	Nüfus düzeyinde geçerli ve güvenilir bir halk sağlığı okuryazarlığı bilgisi geliştirmek amacıyla oluşturulmuştur.
Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı - HLSI (McCormack vd., 2010, s. 51).	2010	ABD	Bireylerin sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiş bir araçtır.

Ölçek Adları	Yıl	Ülke	Araştırma Soruları
Mandarin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- (MHLS) (Tsai vd., 2010, s. 55).	2010	Çin (Tayvan)	Mandarin Çincesi konuşan kişiler için kültürel açıdan uygun bir tarama testi geliştirmek için oluşturulmuştur.
Sağlık Okuryazarlığının Tüm Yönleri Ölçeği - AAHLS (Chinn ve McCarthy, 2013, s. 250).	2013	İngiltere	Birinci basamak sağlık hizmetlerinde işlevsel, iletişimsel ve kritik sağlık okuryazarlığını ölçecek bir araç geliştirmek amacıyla oluşturulmuştur.
Sağlık Okuryazarlığı Yönetimi Ölçeği - HeLMS (Jordan vd., 2013, s. 230).	2013	Avustralya	Sağlık sistemleri içerisinde sağlık bilgilerine erişirken, anlarken ve kullanırken hastalar için hayati önem taşıyan sağlık okuryazarlığı yapılarını değerlendirmek için geliştirilmiştir.
Sağlık Okuryazarlığı Anketi- HLQ (Osborne vd., 2013, s. 5).	2013	Avustralya	Bireyler ve kuruluşlar genelinde sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını ve zorluklarını ölçmek için geliştirilmiştir.
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi - HLS-EU-Q (Sorensen vd., 2013, s. 948).	2013	AB	Farklı popülasyonlarda sağlık okuryazarlığının kapsamlı yapısını ölçmek için geliştirilmiş bir araçtır.
İsviçre Sağlık Okuryazarlığı Araştırması - HLS-CH (Wang vd., 2014, s. 400).	2014	İsviçre	Genel nüfusta sağlık okuryazarlığı ve hasta merkezli kavramların tanımlarında sağlığa yönelik spesifik yetenekleri belirlemek için oluşturulmuştur.

Ölçek Adları	Yıl	Ülke	Araştırma Soruları
Kore Sağlık Okuryazarlığı Aracı - KHLI (Kang vd., 2014, s. 255).	2014	Kore	Koreli yetişkinlerde bilinçli sağlık kararları verme yeteneğini ölçmek için geliştirilmiştir.
Tayvan Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı – THLAT (Chung vd., 2015, s. 289).	2015	Çin (Tayvan)	Tayvan'daki kentsel yaşlılar arasında sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.
İran Sağlık Okuryazarlığı Anketi - IHLQ (Haghdoost vd., 2015, s. 1).	2015	İran	İran'da toplum sağlığı okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiş bir araçtır.
ABCDE Sağlık okuryazarlığı ölçeği - ABCDE-HLS (Intarakamhang ve Kwanchuen, 2016, s. 587).	2016	Tayland	Riski azaltmak için ABCDE (alkol, alkol ile baş etme, diyet ve egzersiz) davranışı kavramına dayalı olarak sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiştir.
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-TSOY-32 (Abacıgil vd., 2016, s. 3).	2016	Türkiye	Sağlığın geliştirilmesini iki boyutlu olarak ölçen bir araç olarak hazırlanmıştır.
Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Sağlık Okuryazarlığı Anketi - HL-SDHQ (Matsumoto ve Nakayama, 2017, s. 5).	2017	Japonya	Sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifinden sağlık okuryazarlığını ölçen bir araçtır.
Yeni Kapsamlı Bir Diyabet Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Geliştirme ve Psikometrik Değerlendirme (Lee vd., 2018, s. 5).	2018	Kore	Bu çalışmada geliştirilen Diyabet Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, diyabetle ilgili bilgi, sayısal ve iletişimsel sağlık okuryazarlığının kapsamlı yönlerini ölçmektedir.

Ölçek Adları	Yıl	Ülke	Araştırma Soruları
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması (Kesgin vd., 2020, s. 5).	2020	Türkiye	Çalışmanın amacı, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenirliğini belirlemektir.
İranlı insanlarda zihinsel sağlık okuryazarlığı ölçeğinin (MHLS) değiştirilmiş bir versiyonu (Nejatian vd., 2021, s. 10).	2021	İran	Bu çalışma İran halkı arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğini (MHLS) değerlendirmeyi amaçlamıştır.
Kurumsal Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi İçin Ölçek Geliştirilmesi (KSOY) (Ege ve Hayran, 2022, s. 243)	2022	Türkiye	Hastanelerde kurumsal sağlık okuryazarlığı seviyesini değerlendirmek için uygulanan bir ölçektir.
Mesleki Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (OHLS): Alana özgü bir ölçüm aracının geliştirilmesi ve geçerliliği (Friedrich vd., 2023, s. 182).	2023	Almanya	Bu çalışmanın amacı, Batılı sanayi ülkelerindeki birçok sektörde kullanılabilecek, henüz mevcut olmayan bir OHLS ölçeği için kavramsal bir model geliştirmek ve bir ölçeği doğrulamaktır.
Taylandlı Felçli Hastalar İçin Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi (Posawang ve Vatcharavongvan, 2024, s. 336).	2024	Tayland	Bu araştırmanın amacı Taylandlı felçli hastaları için sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeği geliştirmek ve bu değerlendirme ölçeğini kullanarak hastaların Sağlık Okuryazarlığı düzeylerini ölçmektir.

Ölçek Adları	Yıl	Ülke	Araştırma Soruları
Tip 1 Diyabetli Çocuklarda (8-12 Yaş) Diyabetin Akut Komplikasyonlarına Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi (Yeşil ve Özçelik, 2024, s. 59).	2024	Türkiye	Bu çalışmada, Tip 1 Diyabetli Çocuklarda (8-12 yaş) Diyabetin Akut Komplikasyonlarına Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geliştirilmesi ve ölçeğin psikometrik özellikleri açısından test edilmesi amaçlanmıştır.

1.10. Dünya'da Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, modern toplumda insanların karmaşık sağlık taleplerini karşılama kapasiteleriyle ilgilidir. Avrupalı sağlık politika yapımcıları, araştırmacıları ve uygulayıcıları arasında bu kavrama artan ilgiye rağmen, Avrupa'da sağlık okuryazarlığının durumu hakkındaki bilgiler hala kıttır. 2015'te Sorensen ve arkadaşları tarafından Avrupa'da ilk karşılaştırmalı bir araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmada, Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırması (HLS-AB) sekiz ülkede gerçekleştirilmiştir: Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya. Sonuçlar, sağlık okuryazarlığının dört düzeyini göstermiştir: Yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel. Sonuçlara göre, 10 katılımcıdan minimum 1'i yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipti ve yaklaşık 2 bireyden 1'i sağlık okuryazarlığına sahipti. Ancak seviyelerin dağılımı ülkeler arasında önemli ölçüde değişiklik göstermiştir (%29-62). Nüfus içindeki mali yetersizlik, yetersiz sosyal mevki, yetersiz eğitim veya ihtiyarlık ile betimlenen alt gruplarda sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip insan oranları daha yüksekti (Sorensen, vd., 2015, s. 1053).

Halk sağlığı profesyonelleri ve politika yapımcılar arasında, genel olarak "hastalıkların önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesi veya geliştirilmesi ile ilgili günlük yaşamda karar verme ve kararlar alma yeteneği" olarak tanımlanabilecek sağlık okuryazarlığına (HL) artan bir ilgi vardır (Sorensen vd., 2012, s. 1). Düşük okuryazarlık dünya çapında bir olgudur (Heijmans vd., 2015, s. 1). Sınırlı veya yeterli

olmayan sağlık okuryazarlığı, artan hastaneye yatışla, daha yüksek ilaç tedavisine uyumsuzluk oranlarıyla, önleyici müdahalelerin daha az alınmasıyla ve artan ölüm oranıyla alakalıdır (Berkman vd., 2011, s. 97).

Sağlık üstündeki tesirleri ele alındığında, birçok Avrupa Birliği (AB) girişimcisi sağlık okuryazarlığını ele almaktadır: 2007 yılında sağlık okuryazarlığı, Avrupa Komisyonu'nun “Sağlık için Birlikte 2007-2013” sağlık stratejisinde bir politika önceliği olarak tanımlanmıştır (European Commission, 2007, s. 1). 2012 yılında sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi'nin Sağlık 2020 stratejisinin öncelikleri arasına dahil edilmiştir (WHO, 2020, s. 9). 2014 yılında ise sekiz AB ülkesinde sağlık okuryazarlığına ilişkin ilk karşılaştırmalı araştırma yürütülmüştür (Sorensen, vd., 2015, s. 1053). Uluslararası düzeyde, Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını başarılı bir 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi için gerekli olan temel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sütunlarından biri olarak dahil etmiştir (WHO, 2020, s. 9).

2003 yılında, Amerikalı yetişkinler arasında sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik yapılan bir çalışmada, deneklerin üçte birinden fazlasının temel veya temelin altında sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğu görülmüştür (U.S. Department of Education, 2006, s. 1). Daha sonra, Kanada (Murray vd., 2008, s. 2) ve Avustralya'da (Health Literacy, 2006) yetişkinler arasında yapılan nüfusa dayalı bir sağlık okuryazarlığı araştırması, Kanadalıların ve Avustralyalıların yarısından fazlasının yetersiz sağlık okuryazarı olduğunu göstermiştir. Bu kriz gelişmekte olan eyaletlerde daha fazla ortadadır. 2012 yılında Çin'de sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan ulusal anket, Çinli sakinlerin %91'inin sağlık konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğunu ileri sürmüştür (Li, 2014, s. 563).

1.11. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Türkiye’nin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen ilk büyük kapsamlı çalışma Sağlık-Sen tarafından 2014’te yapılmıştır. Bu çalışmada, Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Avrupa Birliği (HLS-EU) Anketi uygulanmıştır. Araştırma, Türkiye’yi temsilen örnekleme eklenen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele belirlenmiş 4.924 bireye uygulama ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonunda, Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık düzeyi 30,4 olarak bulunmuştur. Ayrıca, toplumun %64,6’sının

“yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu sonucu elde edilmiştir (Tanrıöver vd., 2014, s. 42).

Türkiye’nin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen ikinci büyük çalışmada, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) aracılığıyla yapılmıştır. SGGM tarafından 2020’de yapılan çalışma ile “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” ile sağlık okuryazarlığı seviyesi milli seviyede araştırılmıştır. Türkiye’nin sosyal nitelikleri, sosyal sağlık seviyesi ve sağlık sisteminin yapısı göz önünde bulundurularak bir ölçek düzenlenmiştir. Bu ölçek Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) dir. Bu ölçek ile Türkiye’yi temsilen 6 bin 228 hane üzerinde çalışma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye’nin sağlık okuryazarlık düzeyi şu şekildedir: %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Yine araştırmaya göre Türkiye’de kabaca 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz veya sınırlı olduğu görülmüştür. Bu araştırma ile elde edilen bazı sonuçlar şu şekildedir: Sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe kronik hastalıkların arttığı, erkeklerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin daha yeterli olduğu, 10 yaşlıdan 9’unun sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz olduğu sonucu elde edilmiştir (SGGM, 2020).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili eksikliğin farkına varılması ile birlikte çeşitli önlemler alınmaya çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 Stratejik Planı’nda ‘sağlık okuryazarlığını geliştirmek’ hedefi yer almıştır. Bu amacı gerçekleştirmek için, “Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma” ve “Toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirme” gibi faaliyetlerin düzenleneceği söylenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı, 2012).

1.12. TRB1 Bölgesinde Sağlık Okuryazarlığı

Malatya ilinde görev yapan öğretmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeye dair Deniz vd. tarafından 2020 de yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin % 49,60’ının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Deniz vd., 2020, s. 29).

2024 de Malatya ilinde yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %21,7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (Ceylan, 2024, s. 5). Bu oran Malatya ilinde bulunan yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması gerektiğini göstermektedir.

Soylar ve Kadioğlu tarafından 2020'de Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada yetişkin bireylerin %39,0'unun sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz, %32,5'unun sınırlı, %28,5'inin ise yeterli ve mükemmel düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Yakar ve arkadaşları tarafından 2019'da Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada hastaların %50,6'sı yetersiz, %25,1'i ise sorunlu, %24,3'ünün ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Değer ve arkadaşları tarafından 2019' da yapılan bir çalışmada, Bingöl merkez ilinde yaşayan yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ölçülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre, yetişkin bireylerin %57,6'sında sağlık okuryazarlığının yeterli ve mükemmel seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Değer ve Zoroğlu tarafından 2021 de Bingöl ilinde yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi; %16,8 yetersiz, %25,6 sorunlu, %35,4 yeterli ve %22,2 mükemmel olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1.10. TRB1 Bölgesi Sağlık Okuryazarlığı

Yeterli ve Mükemmel (%)	2019	2020	2021	2024
Malatya	-	-	-	21,7
Elazığ	24,3	28,5	-	-
Bingöl	57,6	-	57,6	-
Tunceli	-	-	-	-

Kaynak: (Ceylan, 2024, s. 5; Soylar ve Kadioğlu, 2020, s. 275; Yakar vd., 2019, s. 30; Değer vd., 2019, s. 1; Değer ve Zoroğlu, 2021, s. 110)

Yapılan literatür taraması sonucunda elde edilen bilgilerle oluşturulan Tablo 1.10.'a göre, Malatya ilinin 2024 yılı sağlık okuryazarlık düzeyinin %21,7 olduğu görülmüştür. Elazığ ilinin ise 2019 yılında sağlık okuryazarlık düzeyinin %24,3 olduğu, takip eden yılda ise bu oranın artış göstererek % 28,5'e yükseldiği görülmektedir. Bingöl ilinin ise 2019 ve 2021 yıllarında yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyinin aynı seviyede olduğu ve bu oranın %57,6 olduğu tespit edilmiştir. Son olarak Tunceli ilinde ise yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Elde edilen bu bilgilerden yola çıkarak, TRB1 Bölgesinde Bingöl ilinin sağlık okuryazarlık düzeyinin diğer illere göre yüksek olduğu görülmektedir. Yine bu bilgilere dayanarak, Malatya ilinin ise sağlık okuryazarlık düzeyinin diğer illere göre daha düşük olduğu görülmüştür.

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZ YETERLİLİK VE DİJİTAL DÖNÜŞÜM

2.1. Öz Yeterlilik Kavramı

Öz yeterlilik kavramı ilk olarak 1977 yılında Albert Bandura tarafından ortaya konmuştur. Öz yeterlilik, Bandura tarafından bilişsel davranış değişikliği olarak ele alınmıştır. Güçlü bir kişisel yeterlik algısının oldukça iyi sağlık, ileri düzey başarı ve toplumsal bütünleşme ile alakalı olduğunu bulmuştur. Öz yeterlilik, eğitim başarısı, ruhsal rahatsızlıklar, ruhsal ve bedensel sağlık ve meslek tercihi gibi çok çeşitli alanlara uygulanmıştır. Klinik, eğitimsel, sosyal, gelişimsel, sağlık ve kişilik psikolojisinde önemli bir değişken haline gelmiştir (Bandura, 1982, s. 122).

Öz yeterlilik, bireylerin belirli bir durumdaki kapasiteleri hakkında sahip oldukları inançlar olarak tanımlanmıştır (Bandura, 1989, s. 1175). Bandura (1977), zaman geçtikçe insanları kendi kendini organize eden, proaktif, kendini yansıtan ve kendini düzenleyen kişiler olarak görmüştür. Bandura (1997), geçmiş veya mevcut ortamdan bağımsız olarak öz yeterliliğin artabileceğini öne sürmüştür. Bu değerlendirme, Downing'in (2011) duygusal zeka değerlendirmesiyle benzerlik göstermektedir. Çünkü duygusal zeka, bir kişinin geçmişinden, mevcut ortamından ve gerçek zeka seviyesinden bağımsız olarak da kullanılabilir ve güçlendirilebilir.

Tablo 2.1. Bandura'nın Öz Yeterlilik Tanımı

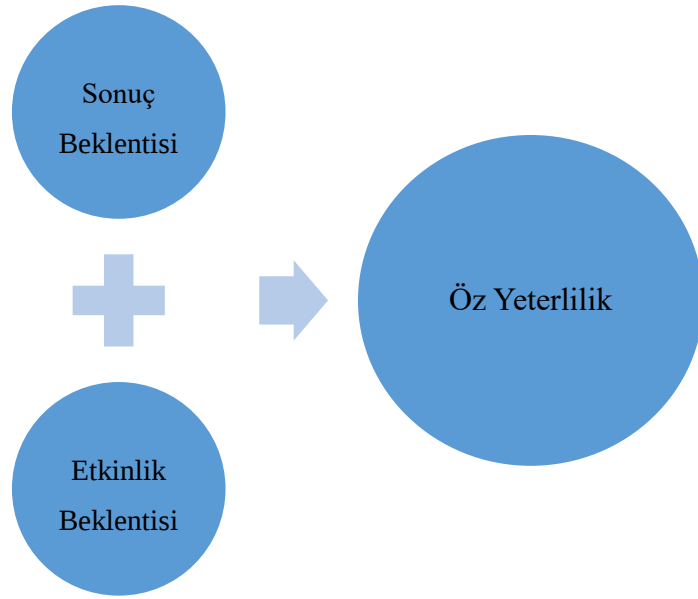


Kaynak: Bandura, 1977, s. 191

Bandura (1977), kişilerin dört ana maddeden oluşan değişkenleri analiz ederek öz-yeterliliklerini geliştirdiklerini söylemektedir. İnsanların yeterliklerine olan inançlarının, 1. Ustalık deneyimleri, 2. Dolaylı deneyimler, 3. Sözel ikna ve 4. Fizyolojik uyarılma dahil olmak üzere dört esas uygulama vasıtası tarafından geliştirildiğini söylemiştir. Bu dört temel etki öz yeterliliği etkilemekte ve öz yeterlilik sonucu da davranış ve verimliliğe yansımaktadır. Öz yeterlilik, en çok ustalık deneyimlerinin etkilerine dayanır. Ustalık deneyimleri, belirli bir görevde başarılı performansları ifade eder (örneğin, bir maratona bitirmek veya bir doğum günü pastasını süslemek). Dolaylı deneyimler de bir bireyin öz yeterliliğinin gelişiminde rol oynar. Dolaylı deneyimler, bir becerinin başka bir birey tarafından modellenmesine tanık olmayı ifade eder. Bir bireyin psikolojik ve duygusal durumu da bir bireyin öz yeterlilik seviyesi üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir. Son olarak, sosyal ikna da önemli bir rol oynar. Sosyal ikna, resmi veya gayri resmi performans geri bildirimini ifade eder (örneğin, bir koç tarafından verilen cesaretlendirici bir maç öncesi konuşma veya bir oyuncunun birinin topa vurma becerisine olan güvensizliğini duyması).

Bandura (1977), öz yeterlilik teorisini geliştirirken, öz yeterliliğin bireyin veya işletmenin koşullarına ve deneyimine karşı oldukça hassas olduğunu anladığını ifade etmiştir. Öz yeterlilik, ustalık deneyimleri ile başlayarak dört faktörden kaynaklanır. Geçmişte yeni göreve veya belirlenen hedefe benzer bir görevi iyi bir şekilde yerine getirmiş olan kişiler, potansiyel başarılarına daha fazla güven duyma eğiliminde olacaktır. Tam tersi durum da geçerlidir; başarısızlık geçmişi, bir kişinin yeni bir görevi iyi bir şekilde yerine getirme konusundaki güvenini azaltır. Bu ustalık deneyimlerinin güçlü bir öz yeterlilik duygusunu ateşlemek için mutlaka ilk elden deneyimlenmesi gerekmez. Benzer özelliklere sahip benzer bir konumda olan başkalarının başarılı olduğunu görmek, dolaylı deneyimler olarak adlandırılır, ayrıca görevin veya hedefin tamamlanabileceğine dair güven verebilir. Başkalarından gelen yönlendirme, bireylerin öz şüphelerini aşmalarına ve öz yeterliliklerini artırmalarına yardımcı olabilir veya bir kişiyi başarılı olamayacaklarına ikna edebilir. İnsanlar ayrıca, ruh hallerine, stres seviyelerine veya duygulara bağlı olarak durumlara tepkiler ve yanıtlar vererek duygusal ve psikolojik durumlarından da oldukça etkilenirler. Yeni durumlara ve görevlere karşı olumsuz tepkileri tanımayı ve azaltmayı öğrenmek, öz yeterliliği artırmanın bir parçasıdır (Bandura, 1977, s. 192; Bandura, 1986, s. 1; Bandura, 1997, s. 5).

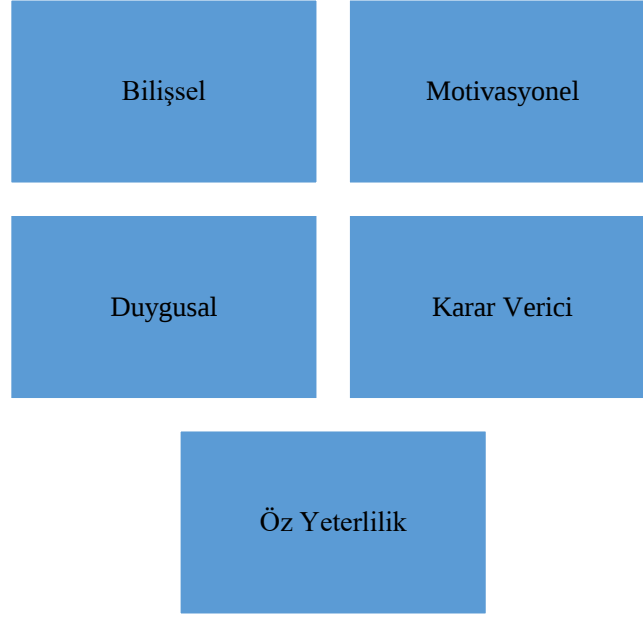
Bandura (1997), öz yeterliliğin, kişinin önceki ustalık deneyimleri, dolaylı deneyimler, sözlü ikna ve fizyolojik uyarılma üzerine kurulu belirli eylemleri gerçekleştirme kapasitesine sahip olduğuna dair inanç olduğunu özetlemiştir. Aynı zamanda, dolaylı öğrenmeyi ve modellemenin önemini anlamanın yolunu açmıştır. Bandura (1997), öz yeterliliği, bir bireyin kişisel yeterliliğe dönüşen düşünceleri, hisleri, davranışları ve motivasyonları olarak etiketlemiştir. Ayrıca, Bandura (1997), sosyal deneyimlerdeki bilişsel kavramları ve bu bilişlerin davranışı ve gelişimi nasıl etkilediğini vurgulamıştır.



Şekil 2.1. Bandura'nın Öz Yeterlilik Modeli

Kaynak: (Bandura, 1977, s. 194)

Bandura, iki tür beklenti içeren bir öz yeterlilik modeli geliştirmiştir: Sonuç beklentisi ve etkinlik beklentisi (Şekil 2.1.). Sonuç beklentisi, bir kişinin belirli bir davranışın belirli bir sonuca yol açacağı varsayımını ifade eder. Etkinlik beklentisi, bir kişinin istenen sonuca yol açan davranışı başarıyla gerçekleştirebileceği inancını ifade eder. Bandura, öz yeterliliği "verilen başarıları üretmek için gereken eylem yollarını organize etme ve yürütme yeteneklerine olan inanç" olarak tanımlamıştır (Bandura, 1977, s. 192).



Şekil 2.2. Öz Yeterlilik Türleri

Kaynak: (Bandura, 2008, s. 162)

Öz yeterliliğin anlaşılması ve uygulanması psikolojik öz yeterliliğe dayanır. Bandura (2008), öz yeterliliğin dört kategoriye ayrılabilceğini ifade etmiştir: Bilişsel, motivasyonel, duygusal ve karar verici (Şekil 2.2.). Öz yeterliliğin bilişsel bileşeni, iyimser veya kötümser düşünme ve bunun işleyişi nasıl etkilediği ile ilgilidir. Sadece eylemlerin deneyim ve çevre üzerinde bir etkiye sahip olduğuna inanmanın, herhangi bir durumun sonucunu etkilemek için bir şeyler yapılabileceği kendi kendini sürdüren iyimser bir görüşe izin verdiği öne sürülmektedir. Öz yeterliliğin motivasyonel bileşeni, fırsatların ve engellerin yorumlanmasına dayanır (Bandura, 2008, s. 162). Downing (2011), motivasyonun kişinin belirli bir duruma ilişkin değeri ve beklentilerinin bir sonucu olduğunu öne sürmüştür. Basitçe değerden yoksun olmak veya düşük beklentilere sahip olmak, motivasyon üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bandura (2008), engeller karşısında çabanın boşuna olduğuna inanmanın kurbanı olmanın ve tamamen vazgeçmenin kolay olduğuna inanıyordu. Öz-belirlenmiş motivasyon, hedefe ulaşıp ulaşılamayacağı yerine hedefe ulaşmak için neyin gerekli olduğunu keşfetmeye çalışarak elde edilebilir. Öz yeterliliğin duygusal bileşeni, kavramın psikolojik yönüne tam olarak uymaktadır. Yüksek bir öz yeterlilik duygusu, kişinin fizyolojik durumunu kontrol altında tutmakla ilişkilidir (Bandura, 1977, s. 192). Fizyolojik durumun kontrolü, daha yüksek bir duygusal zeka duygusuyla ilişkilidir (Downing, 2011, s. 1). Öz yeterliliğin karar bileşeni, insanların durumları

nasıl deneyimledikleri ve bunlara nasıl tepki verdikleri konusunda bir seçim olduğu anlamına gelir (Bandura, 2008, s. 163). Daha yüksek bir öz yeterlilik duygusu, durumlar üzerinde daha fazla kontrol sahibi hissetmekle ilişkilidir. Downing (2011), insanların hayatlarının sonuçlarını kontrol etmelerinin seçimlerinin bir sonucu olduğuna inanıyordu. Bandura (2008), bu kavramı öz yeterlilikle daha da ileri götürmüştür ve insanların herhangi bir durumda en olumlu sonucu ve görünümü sağlamak için kendilerine inanmaları gerektiğini söylemiştir.

Bir bireyin çalışmaya istekli olduğu enerji, kararlılık ve azim miktarı öz yeterlilik olarak kabul edilir (Pajares, 1997, s. 30). Bireylerin öz yeterliliği için geliştirilmiş iki tanımlanmış araştırma alanı vardır (Tschannen-Moran ve Woolfolk Hoy, 2001, s. 785). Bunlar arasında Rotter'ın (1966) içsel ve dışsal kontrole ilişkin sosyal öğrenme teorisi ve Bandura'nın sosyal bilişsel teorisi (1977) yer alır.

1966'da Rotter, beklentileri belirleme ve başkalarının etkilediğinden ziyade kendi başlattığı değişimi güçlendirme fikrini ortaya atmıştır (Rotter, 1966, s. 80). Rotter'ın sosyal öğrenme teorisi, sonuçlardan ziyade tamamen eylemlere odaklanmıştır (Goddard ve Goddard, 2001, s. 808), kişinin bağımsız bir eylem olan yeteneğine veya davranışına dayanmaktadır. Teoriye göre, “davranış beklentilere bağlı olarak değişir, bu nedenle sonuçlar kişinin eylemleri veya kişinin kontrolü dışında olabilen dış etkenler tarafından belirlenebilir” (Bandura, 1977, s. 204).

Bandura, daha sonraki bir çalışmasında öz yeterlilik konusundaki ideallerini Rotter'ın 1966 tarihli iç-dış kontrol odağı konusundaki çalışmasından ayırmıştır. Bandura, bir kişinin belirli eylemleri gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğine ilişkin inancının (öz yeterlilik), bu eylemlerin sonuçları etkileyip etkilemediğine ilişkin inançla (kontrol odağı) aynı olgu olmadığını savunmuştur. Daha sonraki araştırmalar, "algılanan öz yeterlilik ve kontrol odağı arasında çok az veya hiç ampirik ilişki olmadığını ve algılanan öz yeterliliğin davranışın güçlü bir yordayıcısı olduğunu" göstermiştir (Tschannen-Moran, vd., 1998, s. 230). Eğitimin yanı sıra, öz yeterlilik, kariyer seçimi, kalp krizi rehabilitasyonu, uyuşturucu bağımlılığının tekrarlanması, sigarayla bırakma davranışı ve hatta fobiyle ilişkili kaygı gibi yaşamın birçok alanında destekleyici bir faktör olduğu kanıtlanmıştır (Bandura, 1982, s. 120).

Davranışçı ve sosyal teorisyenlerin bir bireyin davranışlarına ilişkin açıklamaları üzerine sosyal-bilişsel teorisinin gelişimi inşa edilmiştir. Kişisel faktörlerin bir sonucu olarak, "bireyler, davranışlarını etkileyen düşünceleri, duyguları ve eylemleri üzerinde bir miktar kontrol uygulayabilmelerini sağlayan öz inançlara sahiptirler" (Bandura, 1986, s. 25). Bandura (1977), öz yeterliliğin bir bireyin eylem seçimini, çabasını ve kararlılığını etkilediğini öne sürmüştür. Bu davranışlar aynı zamanda öğretme ve öğrenme arasındaki bağlantıyı da yansıtır. Bilişsel süreçler, belirleyici etkiler uygulayan ortaya çıkan beyin aktiviteleridir (Bandura, 2001, s. 7).

Pajares (1997), kişinin düşüncelerini ve duygularını kontrol etmesinin, çevresel etkilere dayalı davranışı kendi kendine değerlendiren bir sistem de geliştireceğini belirtmiştir. Bireysel insan faaliyeti, kişinin hayatının kontrolüne katkıda bulunan davranış, çevre ve kişisel faktörler tarafından oluşturulur. Sonuç olarak, sosyal-bilişsel teori bu insan faaliyetine dayanır. Bandura, "Belirli amaçlar için eylemleri başlatma gücü, kişisel faaliyetin temel özelliğidir" (Bandura, 1997, s. 3) demiştir.

Pajares (1997), kişinin dolaylı deneyiminin, seçimleri etkilemek için diğer bireylerle yapılan sosyal etkileşimleri içerdiğini belirtmiştir. Deneyimin bir sonucu olarak, bireylerin izlediği eylem yolları, hayatlarını etkileyen durumlardan veya seçimlerden kaçınmayı seçip seçmemelerinden kaynaklanmaktadır. "Güçlü öz yeterlilik inançları, insan başarısını ve kişisel refahı birçok yönden artırır" (Pajares, 1997, s. 4).

Olumlu ve olumsuz övgü, performans veya performans gösterme yeteneği ile ilgili sözel iknayı etkiler (Redmond, 2010, s. 3). Bireyler övgü aldıklarında, motive olurlar ve başarılı olma şansları daha yüksektir. Olumsuz çağrışımlar şüphelere ve daha düşük öz saygıya yol açabilir, bu da etkinliği düşürür. Sözel ikna, performans sonuçlarına göre öz yeterlilik inançlarının daha zayıf bir kaynağı olması muhtemel olmasına rağmen, kolaylığı ve kolayca bulunabilmesi nedeniyle yaygın olarak kullanılır (Redmond, 2010, s. 5). Güvenilir bir ikna kaynağının araştırılması, başkalarını teşvik etmeye katkıda bulunacaktır (Tschannen-Moran vd., 1998, s. 205).

2.2. Öz Yeterliliğin Önemi

Bandura tarafından tanımlanan öz-yeterlilik kavramı, onun sosyal-bilişsel teorisinin (Bandura, 1977, s. 192) temel bir yönünü temsil eder. Sonuç beklentileri, kişinin eyleminin olası sonuçlarının algılanmasına atıfta bulunurken, öz-yeterlilik beklentileri kişisel eylem kontrolü veya temsilciliğine atıfta bulunur. Bir olaya neden olabileceğine inanan bir kişi, daha aktif ve kendi kendine belirlenmiş bir yaşam yolu yürütebilir. Bu "yapabilirim" bilişi, kişinin çevresi üzerinde bir kontrol duygusunu yansıtır. Yansıtılabilir eylemde bulunarak zorlu çevresel talepleri kontrol edebilme inancını yansıtır. Kişinin belirli yaşam stresörleriyle başa çıkma becerisine ilişkin kendine güvenen bir görüş olarak kabul edilebilir (Schwarzer, 1994, s. 165).

Teori ve araştırmalara göre (Bandura, 1995, s. 1), öz yeterlilik insanların nasıl hissettiği, düşündüğü ve hareket ettiği konusunda fark oluşturur. Hissetme açısından, düşük bir öz yeterlilik duygusu depresyon, kaygı ve çaresizlikle ilişkilidir. Bu tür bireyler ayrıca düşük öz saygıya sahiptir ve başarıları ve kişisel gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler. Düşünme açısından, güçlü bir öz yeterlilik duygusu karar alma kalitesi ve akademik başarı dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda bilişsel süreçleri ve performansı kolaylaştırır. Eylem hazırlamaya gelince, öze ilgili bilişler motivasyon sürecinin önemli bir bileşenidir. Öz yeterlilik seviyeleri motivasyonu artırabilir veya engelleyebilir. Yüksek öz yeterliliğe sahip kişiler daha zorlu görevleri yerine getirmeyi seçerler (Bandura, 1995, s. 1). Kendilerine daha yüksek hedefler koyarlar ve bunlara sadık kalırlar. Eylemler düşüncede önceden şekillendirilir ve insanlar öz yeterlilik seviyelerine uygun olarak iyimser veya kötümser senaryolar öngörürler. Bir eylem gerçekleştirildikten sonra, yüksek öz yeterlilikli kişiler daha fazla çaba harcar ve öz yeterliliği düşük olanlardan daha uzun süre devam ederler. Gerilemeler meydana geldiğinde, daha hızlı toparlanırlar ve hedeflerine olan bağlılıklarını sürdürürler. Öz yeterlilik ayrıca insanların zorlu ortamları seçmelerine, ortamlarını keşfetmelerine veya yeni ortamlar oluşturmalarına olanak tanır (Schwarzer, 1994, s. 166).

Öz yeterlilik, birçok alanda psikolojik araştırmalara konu olan bir sorun haline gelmiştir. Güçlü bir kişisel yeterlilik duygusunun daha iyi sağlık, daha yüksek başarı ve daha fazla sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu kavram, okul başarısı, duygusal bozukluklar, zihinsel ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve

sosyopolitik değişim gibi çeşitli alanlara uygulanmıştır. Klinik, eğitimsel, sosyal, gelişimsel, sağlık ve kişilik psikolojisinde önemli bir değişken haline gelmiştir (Bandura, 1997, s. 5).

Öz yeterlilik genellikle alan-özgül olarak anlaşılır; yani, kişi farklı alanlarda veya belirli işlev durumlarında az ya da çok sağlam öz inançlara sahip olabilir. Ancak bazı araştırmacılar ayrıca genelleştirilmiş bir öz yeterlilik duygusu kavramsallaştırmışlardır. Bu, çok çeşitli zorlu veya yeni durumlarda kişinin başa çıkma becerisine dair genel bir güveni ifade eder. Genel öz yeterlilik, çeşitli stresli durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmak için geniş ve istikrarlı bir kişisel yeterlilik duygusunu hedefler (Schwarzer, 1994, s. 168).

Öz yeterlilik, kişinin belirli bir davranışı yapma yeteneğine olan inancını ifade eder. Öz yeterlilik, kişinin bir davranışı yapabileceğine olan inancı genellikle davranışı gerçekten denemeden önce ortaya çıktığı için bilgi ve eylem arasındaki temel bir bağlantıdır. Öz yeterlilik ayrıca davranış seçimini, davranışların gerçekleştirildiği ortamları ve belirli bir görevin performansına harcanacak çaba ve ısrar miktarını etkiler (Lawrance ve McLeroy, 1986, s. 318).

Öz yeterlilik veya kişinin belirli hedeflere ulaşma kapasitesine olan güveni (Warner ve Schwarzer, 2020, s. 608), olumlu davranış değişikliğini motive eder . Öz yeterlilikteki artışlar , daha az depresif semptom (Holahan ve Holahan, 1987, s. 575) ve daha yüksek öznel iyi oluş (Milam vd., 2019, s. 321) gibi iyileştirilmiş psikolojik sağlık ile ilişkilidir. Yüksek öz yeterlilik, bireylerin daha fazla egzersiz gibi sağlık davranışlarında bulunmasını kolaylaştırabilir (Sol vd., 2011, s. 1). Dahası, düşük öz yeterlilik, egzersiz katılımı için algılanan bir engel olabilir (Blom vd., 2021, s. 7). Kişinin öz yeterliliğine olan inancı ne kadar güçlüyse , öz hedefleri o kadar yüksek olur ve zorluklarla karşı karşıya kalsa bile bunlara ulaşma dayanağı o kadar güçlü olur (Locke ve Latham, 1990, s. 5).

Bandura'nın 1977'de öz yeterlilik teorisini ortaya koymasından bu yana, araştırmacılar onun teorisini akademik motivasyon ve başarıyı anlamak için kullanmışlardır. Aslında, Bandura 1997 tarihli kitabında öğrencilerin bilişsel öz yeterliliğine bütün bir bölüm ayırmıştır ve "algılanan yeterlilik inançlarının bilişsel becerileri yansıtmaktan ziyade bağımsız olarak entelektüel performansa katkıda bulunduğunu" iddia etmiştir. Bu iddia daha sonraki araştırmalarla da doğrulanmıştır.

Örneğin, akademik başarıyla ilgili öz yeterlilikleri inceleyen çalışmaların meta-analizinde, Valentine vd. (2004), başlangıçtaki başarı seviyelerini kontrol ettiğinde öz inançların başarı üzerinde küçük ama olumlu bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Daha yakın zamanda, Klassen ve Usher (2010) öz yeterlilik çalışmalarını incelediklerinde, "Araştırmacılar, öz yeterliliğin akademik motivasyon ve başarının mükemmel bir belirleyicisi olduğunu ortaya koymuşlardır" sonucuna varmışlardır.

Pajares'e (1997) göre, sosyal bilişsel teori "bireylerin düşünceleri, duyguları, motivasyonları ve eylemleri üzerinde bir miktar kontrol uygulayabilmelerini sağlayan bir öz sisteme sahip oldukları" fikrine dayanmaktadır. Öz yeterlilik, sosyal bilişsel teorinin bir bileşenidir. Pajares (1997), "öz yeterlilik inançları, bireylerin sonuç üretme ve belirlenmiş performans türlerine ulaşma konusundaki algılanan yetenekleriyle ilgili olduğundan, diğer teorilerin temel yapılarını oluşturan kişisel yeterlilik ile ilgili kavramlaştırmalardan farklıdır" demiştir. Bandura (1990), "algılanan öz yeterlilik, insanların motivasyonları ve davranışları ile sosyal çevreleri üzerinde kontrol sahibi olabileceklerine dair inançlarıyla ilgilidir" demiştir. Bandura'ya (1990) göre, kişisel yeterlilik inancı yalnızca yaşam seçimlerini etkilemekle kalmaz; aynı zamanda zorluklara karşı dayanıklı olma yeteneğini de etkiler.

2.3. Öz Yeterliliği Düşük ve Yüksek Olan Bireylerin Özellikleri

Öz yeterlilik, bireylerin ne hissettiği, ne düşündüğü ve ne sergilediği konusunda bir fark oluşturmaları demektir. Duygu açısından, yetersiz öz yeterlik hissi depresyon, kaygı ve çaresizlikle ilişkilidir. Düşük öz yeterliliğe sahip bireyler aynı zamanda düşük özgüvene sahip olup, başarıları ve kişisel gelişimleri konusunda olumsuz düşünceye sahiptirler. Düşünme bakımından güçlü öz yeterlilik duygusuna sahip bireylerin bilişsel süreçleri ve akademik performanslarının kolaylaştığı söylenmiştir. Bireylerin öz yeterlilik düzeyleri harekete geçme motivasyonlarını yükseltebilir veya önleyebilir. Öz yeterliliği yeterli düzeyde olan kişiler daha zorlu hedefleri başarmayı seçerler. Kendileri için daha üst hedefler belirlerler ve onlara sadık kalırlar (Locke ve Latham, 1990, s. 1). Eylemler düşüncede önceden şekillendirilir ve bireyler öz yeterlilik seviyelerine göre iyi veya kötü olayları tahmin ederler. Bir eylem gerçekleştirildikten sonra öz yeterliği yüksek kişiler, öz yeterliği yetersiz kişilere göre daha fazla emek verirler. Aksilikler ortaya çıktığında, ilki daha çabuk toparlanır ve hedeflerine olan bağlılığını sürdürür. Öz yeterlilik aynı zamanda insanların zorlu

ortamları seçmesine, çevrelerini keşfetmesine veya yeni durumlar oluşturmaya da olanak tanır. Yeterlilik duygusu, sözel ikna veya fizyolojik geri bildirim yoluyla elde edilebilir (Bandura, 1977, s. 193).

Daha fazla hastalık bilgisine, daha yüksek eğitime, daha iyi bilişsel işleve ve daha yüksek öz yeterliliğe sahip olan yaşlı insanların daha fazla önleyici bakım kullandığı araştırmalar sonucunda görülmüştür. Daha fazla hastalık bilgisine, daha yüksek eğitime ve daha iyi bilişsel işleve sahip olanların da daha yüksek öz yeterliliğe sahip olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Chen vd., 2012, s. 73).

Konuyla ilgili literatürde öz yeterliliği yeterli olan şahısların, öz yeterliliği yetersiz veya orta düzeyde olan bireylere göre sağlık durumları ve sağlık sorunları hakkında daha bilinçli oldukları belirtilmektedir. Ayrıca öz yeterliliği yüksek olan bireylerin kendilerini kontrol edebilmeleri daha güçlüdür, sorunlarını daha kolay çözerler, sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk alırlar, sosyal becerileri daha fazladır, stresleriyle daha iyi baş edebilirler ve daha kolay hayır diyemezler. Bu nedenle olumsuz sağlık davranışlarına karşı kendilerini daha fazla koruyabildikleri belirtilmektedir (Binay ve Yiğit, 2016, s. 180).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki

Öz yeterlilik, Sosyal Bilişsel Kuramın ana konularından biridir. “Kişinin olası bir durumu çözmek için gerekli planları oluşturma ve yürütme yeterliğine olan inancını” ifade eder (Bandura, 1995, s. 5).

Öz yeterliliğin sağlık işleyişinin farklı alanlarındaki niyetleri ve eylemleri etkilediği bilinmektedir. Belirli bir sağlık davranışına katılma niyeti ve fiili davranışın kendisi, kişinin kişisel yeterliliğine olan inancıyla pozitif olarak ilişkilidir. Yeterlik inançları stresli karşılaşmalarda kişinin kişisel kaynaklarının değerlendirilmesini belirler ve davranışsal niyetlerin oluşmasına katkıda bulunur (Locke ve Latham, 1990, s. 2).

Lee vd. (2012) öz yeterliliğin sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları üzerindeki etkilerine aracılık ettiğini bulmuştur. Sağlıkla ilgili sosyal medya kullanımı ve sosyal medyayı sağlık amacıyla kullanma konusundaki deneyimler potansiyel olarak öz yeterliliği etkileyebilir ve sonuç olarak sağlıkla ilgili davranışsal niyetleri etkileyebilir (Niu vd., 2021, s. 7).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık taramasına veya sağlık muayenelerine katılmak için öz-yeterlilik ile pozitif olarak ilişkilidir ve öz-yeterlilik yoluyla ilaca uyum ve öz-bakım becerileri geliştirilir (Wagner vd., 2009, s. 350; Osborn vd., 2010, s. 150; Wood vd., 2010, s. 420).

İncelenen 11 çalışma arasında sekizinde sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasında olumlu bağlantı olduğu görülmüştür (Bohanny vd., 2013, s. 495; Inoue vd., 2013, s. 14; Ishikawa ve Yano, 2011, s. 393; Lee vd., 2016, s. 287; Osborn vd., 2010, s. 146; Reisi vd., 2016, s. 52; Zuercher vd., 2017, s. 233). Sağlık Okuryazarlığını üç alt dala (fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı ve kritik sağlık okuryazarlığı) ayıran 10 çalışma, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik arasındaki bağı ele almıştır. Osborn ve ark. (2010), fonksiyonel sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik ile doğrudan bağlantılı olduğunu göstermiştir. Bohanny ve ark. (2013) benzer bulgular elde etmişlerdir ancak fonksiyonel sağlık okuryazarlığının öz yeterlilikte diyabet eğitimi ve istihdam durumuna göre daha önemli bir varyans yüzdesini açıkladığını vurgulamıştır. Zuercher ve ark. (2017), yalnızca fonksiyonel sağlık okuryazarlığını araştıran araştırmacılar, düşük fonksiyonel sağlık okuryazarı hastalarda öz yeterlilik puanının, yüksek fonksiyonel sağlık okuryazarı hastalara göre önemli oranda daha yetersiz düzeyde olduğunu keşfetmişlerdir. Ancak diğer üç çalışma farklı bulgular vermiş ve öz yeterlilik ile sağlık okuryazarlığının hiçbir ilişkisi olmadığını göstermiştir (Al Sayah vd., 2015, s. 581; McCleary-Jones, 2011, s. 25; White vd., 2013, s. 1756).

2.5. Dijital Dönüşüm

Dijital dönüşüm, iş dünyasının ve toplumun tüm düzeylerini etkileyen 21. yüzyılın bir olgusu haline gelmiştir (Schallmo ve Williams, 2018, s. 5). Bilgi teknolojilerinin ulaşmış olduğu önemli teknolojik seviyeler, bilginin düzenli bir şekilde üretilmesi ve hızlı yayılmasında önemli bir etken haline gelmiştir (Güven ve Aslan, 2020, s. 35). Organizasyonlarda dijital çözümlerin tanıtılması, “çalışma, roller ve iş tekliflerinde” sistematik değişiklikler yapılmasını gerektirir (Parviainen vd., 2017, s. 64). Bir şirketin performansı, yeni teknolojilerden ve katma değer zincirindeki tüm paydaşların bağlantılarından etkilenir (Schallmo ve Williams, 2018, s. 6). Dijital dönüşüm kavramı teknoloji, süreçler, organizasyonel yönler, özellikle iş modelinin

bozulması ve çevre olmak üzere çeşitli düzeylerdeki dijital trendleri içermektedir (Klewes, vd., 2017, s. 7).

Sağlık hizmetlerindeki önemli veri ve veri analitiği, elektronik sağlık kayıtları için bir kaynak oluşturur; "hasta verilerinin dijital biçimde depolandığı, güvenli bir şekilde saklandığı ve değiştirildiği ve birden fazla kullanıcı tarafından erişilebilen bir depodur" (Häyrinen vd., 2008, s. 293). 2015'e gelindiğinde 'Elektronik Tıbbi Kayıtlar', sağlık hizmetlerini sağlayan kurumlar, sigortacılar, hastalar ve bağımsız kuruluşlar tarafından uygulamaya konulmuş ve kullanılmıştır (Evans, 2016, s. 50). Elektronik tıbbi kayıtlar, profesyonellerin kullanımına yönelik, genellikle teletıp yaklaşımlarına dayanan, "hasta geçmişini, hasta demografisini ve kayıt ayrıntılarını işlevsel olarak sağlayan dijitalleştirilmiş sistemlerdir" (Chakravorty vd., 2018, s. 9).

2.6. Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme son yıllarda hızla ilerlemekte ve internetteki bilgiler ve mobil uygulamalar sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olmaktadır. Bu değişikliklerle birlikte, internetteki sağlık talimatlarını ve sağlık hizmetleriyle alakalı dijital aygıtları araştırmak, seçmek, kullanmak ve yürütmek yetenekleri, sağlık hizmeti alanlar için büyük öneme sahiptir. Bu becerilere dijital sağlık okuryazarlığı veya e-Sağlık okuryazarlığı adı verilmektedir (Norman ve Skinner, 2006, s. 506). Bu okuryazarlık biçiminin önemi, insanların internetteki bilgileri kullanma konusunda kendi algıladıkları becerilerin aslında sağlıklarını ve sağlık bakımlarının niteliğini etkilediğini ve bu tür becerilerin yoksunluğunun negatif sonuçlara sebep olacağını gösteren son araştırmalarda ortaya konmuştur (Neter ve Brainin, 2012, s. 19). Hsu ve arkadaşları (2014), dijital sağlık okuryazarlığı yeterliklerinin, sağlıklı gıda tüketimi, spor ve yeterli uyku dahil olmak üzere çeşitli sağlık davranışıyla alakalı olduğunu tespit etmiştir. Neter ve Brainin (2012), dijital sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalıkların oluşu, algılanan öz yönetim yetenekleri ve sağlık durumu, göstergeler ve isteğe göre tedavilere ilişkin kişisel algının daha iyi anlaşılması arasında ilişkiler bulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin esas sağlık bilgi ve hizmetlerine ulaşabilme, bunları kullanabilme ve kavrayabilme ve dolayısıyla sağlıkla ilgili kararlara katılabilme yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık hizmetlerine müdahil

olmak için başvurmaları gereken genel okuryazarlık, sayısal bilgi, idrak ve veri bulma gibi farklı yetenekleri kapsar (Smith ve Magnani, 2019, s. 281).

Dijital sağlık okuryazarlığı, dijital aygıtlarla sağlık verilerini ve sağlık hizmetlerini arama, seçme, anlama, değerlendirme ve psikolojik refahı iyileştirmek için sağlık sorununu önlemek, araştırmak veya çözmek için elde edilen verileri kullanma becerilerini ifade eder (Paakkari ve Okan, 2020, s. 249). Ayrıca, düşük kazanç, çalışma ve eğitim gibi sosyoekonomik açıdan dezavantajlı durumların, özellikle dijital araçlara erişim açısından dijital sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediği görülmüştür (Thomas vd., 2020, s. 1).



Şekil 2.3. Lily (Zambak) Modeli

Kaynak: (Norman ve Skinner, 2006, s. 506)

Özellikle e-Sağlık okuryazarlığı (dijital sağlık okuryazarlığı), elektronik aygıtlardan sağlık verilerini araştırmak, keşfetmek, kavramak ve yorumlamak ve ulaşılan verileri bir sağlık sorununu ortadan kaldırmak için uygulamaya geçirme yeteneğidir. Diğer farklı okuryazarlık çeşitlerinden ayrı olarak, e-Sağlık okuryazarlığı,

çeşitli okuryazarlık becerilerinin çeşitli yönlerini birleştirir ve bunları e-Sağlık teşviki ve bakımına uygular. Temelinde altı ana beceri (veya okuryazarlık) bulunmaktadır: Geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı. Bu kavramların, birbirleriyle olan ilişkisi Şekil 2.3.'te gösterilmektedir. Zambak modeline göre, yapraklar (okuryazarlık) dışı organı (e-Sağlık okuryazarlığı) besler. Lily modelinde altı okuryazarlık iki merkezi tür halinde ele alınmıştır: Analitik (geleneksel, medya, bilgi) ve bağlama özgü (bilgisayar, bilimsel, sağlık). Analitik bileşen denilen geleneksel, medya ve bilgi okuryazarlığı, konu veya bağlamdan bağımsız olarak geniş bir yelpazedeki bilgi kaynaklarına uygulanabilen becerileri içerir. Bağlama özgü bileşen denilen, bilgisayar, bilimsel ve sağlık okuryazarlığı ise daha çok duruma özgü becerilere dayanmaktadır. Örneğin analitik beceriler, sağlığa uygulanabildiği kadar alışverişe veya dönem ödevi araştırmasına da uygulanabilir. Bağlama özgü yetenekler de aynı oranda değerlidir; ancak bunların uygulanmasının belirli bir sorun alanı veya durum kapsamında bağlamsallaştırılması daha olasıdır. Bu nedenle bilgisayar okuryazarlığı, ne tür bilgisayarın kullanıldığına, işletim sistemine ve amaçlanan uygulamaya bağlıdır. Bu altı beceri türü, e-Sağlığın herhangi bir alanda okuryazarlığı düşük olan kişilere sunduğu zorlukları göstermektedir. Her ne kadar kişinin e-Sağlık kaynaklarından faydalanmak için tüm bu alanlarda uzmanlığa sahip olmasına gerek olmasa da, bu okuryazarlıklar arasında orta düzeyde beceriler olmadan etkili e-Sağlık katılımının pek mümkün olmayacağı düşünülmektedir (Norman ve Skinner, 2006, s. 506).

2.7. Türkiye'de Sağlıkta Dijital Dönüşüm

Sağlık, bireyin genel refahını, yaşamını ve sürdürülebilirliğini önemli ölçüde etkiler. Sağlık alanı şuanda dijital bir süreçten geçiyor. Hasta kayıtlarının, e-reçetelerin, tele-sağlık ve tıbbi görüntüleme teknolojilerinin dijitalleştirilmesi daha iyi sağlık hizmetleri sağlar. Amaç, hastalıkların erken tespitini iyileştirmek, tedavi süreçlerini optimize etmek, tedavi planlarını kişiselleştirmek ve sağlık hizmetlerinin daha verimli ve ulaşılabilir hale getirilmesidir (Özdemir ve Alakoç Burma, 2023, s. 317).

Türkiye’de 2003’te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm programı ile sağlık sisteminde dijitalleşme önem kazanmıştır. MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ile randevu alma sistemi kurulmuştur. 2010’da İlaç Takip Sistemi (İTS) kurulmuştur. Ayrıca e-nabız uygulaması yürürlüğe girmiştir. Bu uygulama ile hastalara ait tüm bilgiler bu sistem üzerinden takip edilmektedir. 2018’de SİNA (Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler) kaynakların daha etkin kullanılması amacıyla geliştirilmiştir. Sağlıkta dijitalleşmenin bir diğer örneği de dijital hastanelerdir. Dijital hastaneler, Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu (HIMSS) yoluyla yönetilmektedir. HIMSS, Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli (EMRAM) ile hastaneleri dijital yeteneklerine göre puanlamaktadır. Böylece hastanelerin geldikleri seviyeyi belirlemektedir. Türkiye’de kullanılan dijital sağlık uygulamalarından bazıları aşağıda verilmiştir.

2.7.1.Elektronik Tıbbi Kayıt Benimseme Modeli (EMRAM)

Hastanelerde, Hastane Bilgi Sistemlerinin (HBYS) farklı yönlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir modeldir. Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Derneği (HIMSS) yoluyla hastaneler için geliştirilen bir modeldir. Bu model Elektronik Tıbbi Kayıt Benimseme Modeli (EMRAM) olarak kabul edilmiştir. Bu model, hastanelerdeki e-Sağlık hizmetlerinin verimlilik düzeyinin ölçülmesini amaçlamaktadır (Ayat ve Sharifi, 2016, s. 1).

2.7.2.E-Nabız

e-Nabız uygulaması hem vatandaşların hem de sağlık çalışanlarının çeşitli sağlık kurumlarına ait sağlık veri tabanına internet ve mobil cihazlar aracılığıyla erişmesine olanak sağlamaktadır. Muayene ve tedavilerin nerede uygulandığını dikkate almadan bütün sağlık verilerinin tek bir yerden yönetilebildiği kişisel sağlık kayıt sistemi olarak hizmet vermektedir. En büyük ve kapsamlı sağlık bilgi altyapılarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu uygulama, yetkili hekimlerin, hastalarının tıbbi geçmişini belirli bir zaman ve kapsam dahilinde incelemesine olanak tanıyarak teşhis ve tedavinin kalitesini ve hızını artırabilir. Uygulama ayrıca, hasta ve hekim ilişkisindeki iletişimi de kolaylaştırmaktadır (Köksal ve Akgül, 2023, s. 1566).

2.7.3.Aile Hekimi Bilgi Sistemi (AHBS)

Birey ile aile hekimi arası bilgi sürekliliğini sağlayan bir sistemdir. Türkiye’de ilk defa 2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Aile Hekimliği uygulamasından bahsedilmiştir. 2005’te Düzce’de pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Tam olarak 2011’de tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü aracılığıyla oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 30).

2.7.4.Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)

Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS), TC Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlık merkezleri ve aile hekimleri için Alo 182'yi kapsayan canlı operatörlerden, web uygulamasından veya MHRS mobil aracılığıyla hastane ve doktordan sıra alabilecekleri bir dijital programdır (Kanitez, 2019, s. 42).

2.7.5.MEDULA

E-reçete uygulamasının yürütüldüğü bir sistemdir. Türkiye'de sağlık alanında e-dönüşüm sürecinde ilk e-reçete hazırlama 2011 yılında gerçekleştirilmiştir. Daha sonra e-reçete uygulamasına yönelik çalışmalar yoğunlaşmış ve 2012 yılında 3 ilde pilot uygulama başlatılmıştır. Bu pilot uygulamanın ardından, 1 Temmuz 2012 tarihinden itibaren ana geri ödeme kurumu olan SGK'nın kullandığı e-reçete sistemi tüm ülkeye genişletilmiştir, 15 Ocak 2013'ten beri ise bazı istisnai durumlar dışında e-reçete zorunluluk haline gelmiştir (Akıcı ve Altun, 2013, s. 127). Örneğin e-reçete uygulamasından önce SGK, kağıt reçetelerin belli bir süre içerisinde kuruma teslim edilmesini, reçetenin imzalanıp imzalanmadığının ve ilaçların uygun olup olmadığının kontrol edilmesini zorunlu kılıyordu. Ancak e-reçete uygulamasıyla bu işlemler sistem üzerinden kolaylıkla gerçekleştirilebilmektedir (Bulut vd., 2019, s. 43).

Sistem hasta bilgilerinin kullanımını içermekte ve doktorlar, eczaneler ve hastanelerin kullanımına açıktır. Sistem, sağlık kurumlarının süreçlerine müdahale etmeden bilgi akışını sağlar. Eczaneler, sağlık merkezleri, teşhis ve tedavi merkezleri ile kamu ve özel hastaneler web servisleri aracılığıyla MEDULA'ya entegre edilmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları ile SGK arasında doğru ve pratik iletişimi sağlayan MEDULA sistemi, GSS (Genel Sağlık Sigortası), Merkezi Nüfus İşleri Sistemi (MERNİS) ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte çalışmaktadır (Özata, 2009, s. 444).

Aile hekimleri, MEDULA sistemiyle uyumlu ve özel şirketlerin de sunduğu aile hekimliği bilgi sistemi (AHBS) aracılığıyla SGK tarafından sağlanan kurumsal hekim şifresini alarak e-reçete oluşturabilmektedir. Aile hekimleri bu şifreyi kullanarak MEDULA sistemi üzerinden tüm hastaların raporlarına, raporlu veya raporsuz ilaçlarına, tetkik sonuçlarına, tıbbi bilgilerine ve geri ödeme bilgilerine ulaşabilmektedir. MEDULA sisteminin diğer kurumlarla entegrasyonu da hekime hasta hakkında bilgi sunmaktadır. Bu sayede e-reçete için hekim hastanın kimlik numarasını sisteme girdiğinde, hastanın Mernis sisteminden gelen kimlik bilgileri ekrana çıkmaktadır. Ayrıca hekim, hastanın sosyal güvenliğine ilişkin bilgileri ekranda görebilmektedir. E-reçete süreci sağlık hizmeti verenler, Sosyal Güvenlik Kurumu ve eczanelerin yer aldığı bir sistem içerisinde yürütülmektedir. Hastanın aile hekimine başvurması ile başlayan sağlık hizmeti sunumu sürecinde hekim, SGK'dan aldığı kurumsal şifre ile AHBS'ye giriş yapmaktadır. Hastanın vatandaşlık numarası kullanılarak MEDULA'daki hasta bilgilerine ulaşarak e-reçete oluşturulur. Oluşturulan reçeteye ait kod MEDULA sistemi tarafından sağlanır ve bu kod hekim tarafından hastaya verilir. Hasta daha sonra ilacını dilediği eczaneden temin edebilir. Birincil düzeyde e-reçete sürecinin ilk adımını aile hekimleri oluştururken, reçete kodunu üreterek, ileterek ve kontrol ederek ikinci aşamayı SGK, e-reçete kodunun kullanıcısı olarak sistemin son adımını ise eczaneler oluşturmaktadır (Bulut vd., 2019, s. 43).

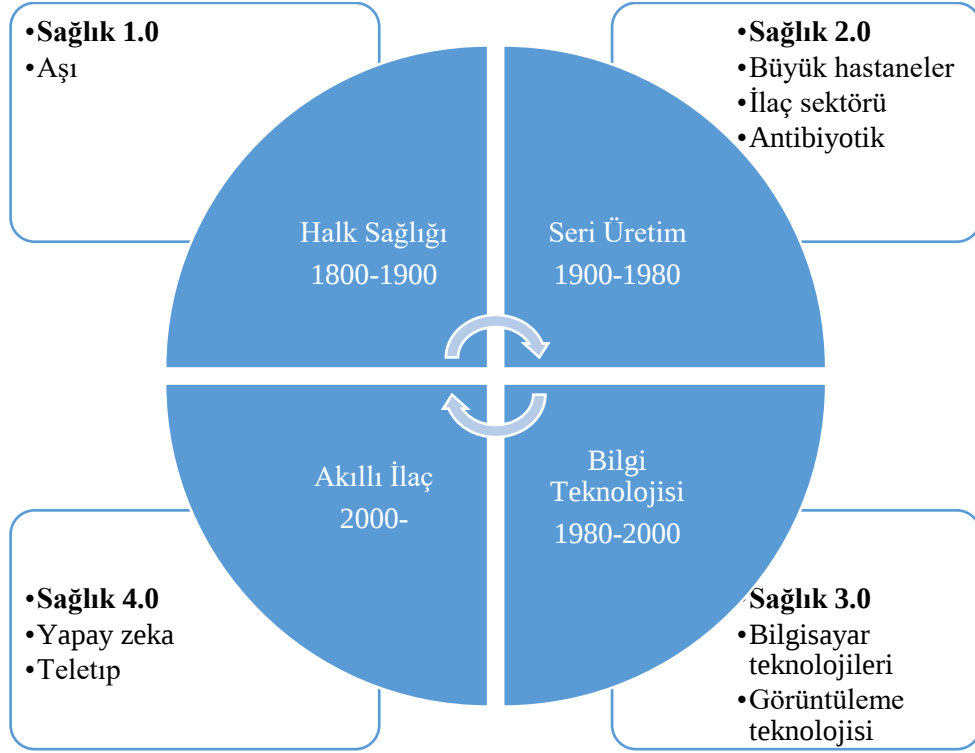
2.8. Dünya'da Sağlıkta Dijital Dönüşüm

Sağlık sistemlerinin hedefleri genellikle sağlık hizmetlerinin yüksek kalitesini, verimliliğini, eşitliğini, karşılanabilirliğini ve erişilebilirliğini içerir. Bu amaçlara erişirken sağlık sistemlerinin performansını etkileyen faktörlerden biri, sağlık hizmetlerinin devam eden dijitalleşme sürecini de içeren teknolojik değişimdir (Ricciardi, 2019, s. 185).

Son yıllarda, önemli ölçüde Covid-19 salgınının etkisiyle, yeni teknolojilerin yalnızca küresel ekonomide değil, toplumlarda da büyük etkisi olmuştur. Günümüzde vatandaşlar dijital teknolojilerin kullanımını iş, eğitim, eğlence, ulaşım, iletişim vb. dahil olmak üzere günlük faaliyetlerine entegre etmişlerdir. Bu, işletmelerin ve toplumların dijital dönüşümü olarak adlandırılan bir süreçtir (Garcia-Perez vd., 2023, s. 1).

Dijital teknolojilerdeki hızlı büyümeye rağmen sağlık sistemlerinin hasta, hastanın sağlığı ve hastalıkları arasındaki ilişkiyi anlamının bu yeni yolunu entegre etmek için hala eksikleri bulunmaktadır (Birnbaum vd., 2015, s. 754). Örneğin, kronik ve farklı hastalıkların tespiti, iyileştirilmesi ve daha iyi yönetimi için dijital olarak etkinleştirilmiş araçların benimsenmesinde bir boşluk olduğu düşünülmektedir. Elektronik tıbbi kayıtlar, hem arz hem de fon sağlayanlar açısından hala rutin bakımın bir parçası olamamıştır (Willie ve Nkomo, 2019, s. 2).

Greaves ve ark. (2018) dijital sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır: Rahatsız bireylerin kontrol altına alınması, rahatsızlığının tespit edilmesi, rahatsızlığının yönetilmesi ve rahatsızlığının engellenmesi, verimliliğini artırmayı amaçlayan multidisipliner bir alandır. Bu sebeple, dijital teknolojilerin sağlık sektöründeki uygulamaları çeşitlilik göstermektedir. Bunlar, doktor randevusu almak gibi esas olarak hastalara yönelik e-hizmetler dahil olmak üzere bilgi teknolojileriyle ilgili olabilir. Bunlar; bekleme listelerinin kontrol edilmesi; evlerinden uygun tıbbi bakıma erişim; aynı sağlık sorunlarına sahip başkalarıyla bilgi paylaşımı ve kişiselleştirilmiş ve nitelikli sağlık bilgilerine erişim (Martínez-Caro vd., 2013, s. 61 ; Tortorella vd., 2021, s. 2). Ek olarak, uzaktan izleme yoluyla önleme stratejilerinden yararlanılarak kronik hastalıklar daha iyi yönetilebilir (Liang vd., 2012, s. 11). Ancak Endüstri 5.0'ın teknolojik gelişimin yeni bir aşaması olarak ortaya çıkmasıyla sağlık alanında teknoloji uygulamaları artık çok daha ileri gidebilir. Bir sonraki endüstriyel devrim olarak kabul edilen Endüstri 5.0'ın amacı, Endüstri 4.0'a oranla kaynak bakımından etkili ve kullanıcının tercih ettiği üretim çözümleri elde etmek için uzmanların etkililiğini verimli, akıllı ve doğru makinelerle işbirliği içinde güçlendirmektir (Maddikunta vd., 2022, s. 2).



Şekil 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Dijital Dönüşümü

Kaynak: (Chen vd., 2020, s. 3)

Sanayi Devrimi, insanlara yeni ekonomi ve yeni salgın modelleri getirerek halk sağlığı çözümlerine odaklanan sağlık 1.0'ı oluşturmuştur. Büyük üretim anlayışının ve teknolojinin ortaya çıkışı sağlık hizmetini 2.0'a getirmiştir. Gelişmiş hastaneler ve gelişmiş tıp öğretimi kurulmuştur, daha kaliteli tedavi için doktorlara uzmanlık eğitimi verilmiştir. Bilgisayarın boyutu küçülmüştür. Bu, bilgisayar tabanlı cihazların ve bilgi teknolojisinin hızla ilerlemesine fırsat sunmuştur ve sağlık hizmetini 3.0'a taşımıştır. Günümüzde akıllı tıbbın başlatılması, yeni beyin ve yeni ellerle sağlık hizmeti 4.0'ın gelişini göstermektedir. İnsanları gelişmiş ve sürekli öğrenmeye büyük değer veren gelişmiş bir dünyaya götürecek olan yapay zeka da dahil olmak üzere önceki teknolojilerin büyük revizyonlarının yapıldığı bir çağdır (Chen vd., 2020, s. 1).

Chen ve arkadaşları (2020) Şekil 2.4.'te, sağlık 1.0 dönemini, sanitasyon, mikrop kontrolü, aşılama ve epidemiyoloji araştırmalarının yapıldığı dönem olarak ifade etmişlerdir. Sağlık 2.0 dönemini ise, büyük hastanelerin olduğu, profesyonelliğin arttığı, kişiye özgü sağlık hizmetlerinin sunulduğu, ilaç sektörünün geliştiği ve antibiyotikğin yer aldığı dönemi kapsadığını belirtmişlerdir. Bilgisayar teknolojilerinin

yer aldığı dönem ise Sağlık 3.0 olarak belirtmişlerdir. Sağlık 4.0 ise yapay zeka ve tele tıp içerisinde barındıran günümüz dönemini kapsamaktadır.

Günümüzde sağlık sektörü, dijital teknolojilerin ve yenilikçi metodolojilerin hızla gelişmesinin getirdiği derin bir dönüşümden geçiyor. Yaygın olarak sağlık teknolojisi olarak adlandırılan sağlık ve teknolojinin bir arada kullanılması yakın zamanda başladı ve sağlık hizmetlerinin sunumunu, erişilebilirliğini ve deneyimini yeniden şekillendirmeye devam edecektir. Sağlık hizmetlerindeki bu dönüşüm, yalnızca geleneksel tıp uygulamalarının yaygınlaşmasını değil aynı zamanda sağlıklı ilgili karmaşık sorunlara yeni çözümlerin geliştirilmesini de içermektedir. Bu dönüşümün temelinde iki temel kavram yer alıyor: Sağlıkta dijital dönüşüm ve inovasyon. Sağlıkta dijital dönüşüm, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık süreçlerinde kullanılmasını, sağlıkta inovasyon ise yenilikçi yaklaşımların sağlık süreçlerinde uygulanmasını ifade etmektedir (Özdemir ve Alakoç Burma, 2023, s. 318).

Dünya, sağlık sistemlerini yeniden şekillendirmek için teknolojiyi giderek daha fazla kullanırken, dijital dönüşüm ve inovasyon arasında dinamik bir etkileşimi teşvik ederken, ülkeler hasta bakımını ve sağlık hizmetleri sonuçlarını iyileştirmek için bu alanlara yönelmektedir (Özdemir ve Alakoç Burma, 2023, s. 318).

Sağlıkta dijital dönüşümün bazı örnekleri; 2016 yılında Ebola salgını sırasında, Ebola tedavi merkezleri için OpenMRS'ye dayalı özel bir elektronik sağlık kaydı geliştirilmiştir (Oza vd., 2017, s. 294). Ruanda, OpenClinic elektronik tıbbi kaydını 2007'de uygulamaya başlamış ve şu anda ülke genelinde 20 hastane ve klinikte kullanılmaktadır (Uwambaye vd., 2017, s. 48). Estonya, sağlık bilgi teknolojisi inovasyonunda önemli ilerlemelerin geniş ölçekte uygulandığı başka bir ülkedir. Hükümet, 2016 yılında blockchain doğrulamasını ulusal elektronik sağlık kaydına uygulamak için bir çaba başlatmıştır. Ayrıca dünyada bunu yapan ilk ülke olmuştur (Angraal vd., 2017, s. 1). Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), NHS Dijital bilgi merkezini kurmuştur (NHS, 2024).

Çin'de, COVID-19 salgınını yönetmek için web tabanlı ve mobil tabanlı sistemlerden bulut tabanlı sistemlere, klinik karar destek sistemleri ve akıllı sistemlere kadar birçok yaklaşım kullanılmaktadır (Jibb vd., 2017, s. 283). Çin, yakın tarihte bir

kişinin sağlık durumunu belirtmek için Sağlık Kodu adlı bir e-Sağlık uygulamasını yaygın olarak uygulamıştır (Kim vd., 2017, s. 257).

İtalya, Avrupa Komisyonu aracılığıyla duyurulan Dijital Ekonomi ve Toplum Endeksi'nde en az gelişmiş dört Avrupa ülkesi arasında yer almaktadır (DESI, 2024). COVID-19 salgınını önlemek ve yönetmek için teknolojinin benimsenmesi İtalya'da dikkate değer bir durum da olmadığı söylenebilir.

2.9. Sağlıkta Dijital Dönüşümün Sunduğu Fırsatlar ve Tehditler

Coronavirüs hastalığı (COVID-19), insanları güvende, bilgili, üretken ve gündemde kontrol etmek için dijitalleşmenin ve sosyal medyanın yüksek oranda kullanıldığı tarihteki ilk salgındır. Bununla birlikte, gündemi kaçırmamak için güvendiğimiz teknoloji, küresel tepkiyi baltalamaya devam eden ve salgını kontrol etmeye özgü tedbirleri riske atan bir veri yayılımını sağlamıştır. İnfodemi, çevrimiçi ve çevrimdışı çok fazla veri bolluğudur. Halk sağlığı müdahalesini körüklemek ve grupların veya bireylerin alternatif gündemlerini değiştirmek için yanlış bilgileri yaymaya yönelik kasıtlı girişimleri içermektedir. Yanlış bilgi ve dezenformasyon insanların ruhsal ve bedensel sağlığına kötü yönde tesir etmektedir. Ayrıca, halk sağlığı önlemlerine yeterince uyulmamasına yol açarak ülkelerin salgını durdurma yeteneğini tehlikeye düşürebilmektedir. Yanlış bilgi insanların ölümüne sebep olur. Güven ve doğru bilgi olmadan, teşhis testleri kullanılmaz hale gelir, aşılama kampanyaları (veya etkili aşıları teşvik eden kampanyalar) hedeflerine ulaşamaz ve virüs büyümeye devam eder. Dahası, dezenformasyon, COVID-19 ile ilgili konularda kamuoyundaki tartışmayı kutuplaştırmaktadır; nefret söyleminin güçlendirilmesi; kavga, gerilim ve insan hakları ihmalleri riskinin artması; ve demokrasinin, insan haklarının ve toplumsal uzlaşmanın geliştirilmesine yönelik uzun vadeli umutları tehdit etmektedir. Bu kapsamda, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Sekreteri, Nisan 2020'de yanlış bilgilerin ve dezenformasyonun yayılmasını önlemek için Birleşmiş Milletler İletişim Müdahalesi girişimini başlatmıştır. BM ayrıca, COVID-19 ile ilgili Nefret Söyleminin Ele Alınması ve Mücadele Edilmesine İlişkin Kılavuz Notu yayınlamıştır (11 Mayıs 2020). Mayıs 2020'deki Dünya Sağlık Asamblesi'nde, Dünya Sağlık Örgütü Üye Devletleri, COVID-19 müdahalesine ilişkin kararı kabul etmiştir. Karar, bilgi salgınını kontrol etmenin, COVID-19 salgınını yönetmenin önemli bir parçası olduğunu kabul ediyor: Üye Devletlere güvenilir

COVID-19 içeriği sağlamaya, yanlış ve dezenformasyona karşı tedbir almaya ve müdahalede dijital teknolojilerden yararlanmaya çağrıda bulunulmuştur. Karar aynı zamanda uluslararası kuruluşlara, dijital alandaki yanlış bilgileri ve dezenformasyonu ele almaları, sağlığa zarar veren zararlı siber faaliyetleri önlemeye çalışmaları ve bilime dayalı verilerin kamuya sunulmasını desteklemeleri yönünde çağrıda bulunmuştur (WHO, 2024). Tüm bunlar bize teknolojinin dezavatajlarını göstermektedir. Özellikle bunu, Covid-19 salgınında görmekteyiz. İnternetteki güvenilir ve güvenilir olmayan bilgilerin dijital ortamlarda yer alması insanların dijital platformlara güvenini azaltmaktadır. Bu konuda güvenilirliğin artırılması için gerekli önlemlerin alınması gerektiği önemli bir konu haline gelmektedir. Ayrıca, bireylerin internetten güvenilir bilgiye ulaşamaması, güvenilir bilgi elde edememesi dijital sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektedir. Çünkü, dijital sağlık okuryazarlığı, internetten güvenilir sağlık bilgilerini bulma ve uygulama becerisini gerektirmektedir (Norman ve Skinner, 2006, s. 506).

Teknoloji giderek hastalar ve doktorlar arasında bilgi eşitliği oluşturmaktadır. Akıllı telefonlar her zamankinden daha fazla veri içeriyor ve birçok kişi tarafından yüksek hızlı izleme ve analiz yapabilen mini tıbbi cihazlar olarak görülüyor. Teknoloji, doktorların gerçekten desteğe ihtiyacı olan hastalarla daha fazla zaman geçirmesine olanak tanıyacak ve diğer bakımların sanal ve yarı özerk bir şekilde halledilebilmesini sağlayacak ölçüde sağlık hizmetlerini demokratikleştirme potansiyeline sahiptir (Topol, 2015, s. 5).

Sağlık sektöründeki kurumlar çoğu zaman dijital odaklı iş modellerini benimseyememektedir. Bunun nedenlerinden biri, geleneksel olarak faaliyet gösterdikleri ulusal çerçevelerin getirdiği kısıtlamalardır. Ancak 2020'den beri, COVID-19 salgını, teknolojilerin sektör tarafından benimsenmesinde bir katalizör görevi görerek ulusal stratejilerin ve uluslararası işbirliklerinin uygulanmasına yön vermektedir (Ienca ve Vayena, 2020, s. 463). Bu durum, dijital odaklı yeni iş modelleri geliştirme ihtiyacından, sektörün dayanıklılığını korumaya ve artırmaya hizmet eden güvenli dijital uygulamaların benimsenmesine kadar birçok soruyu gündeme getirmiştir. Başka bir deyişle dijitalleşme, bilgi ekonomisine geçişle birleştiğinde, sağlık sektörü için, özellikle dijital dönüşüm, dayanıklılık ve kırılganlık açısından yeni tehditler ve zorluklar ortaya çıkarmaktadır (Cobianchi vd., 2020, s. 296).

Çok sayıda bilim insanı sağlık hizmetlerinin dijitalleştirilmesiyle ilgili zorlukları, engelleri ve fırsatları araştırmıştır. Bu süreç boyunca dijital teknolojiler, sağlık hizmetlerini ve yönetimini iyileştirmeye yönelik her girişimde bir zorunluluk haline gelmiştir (Martínez-Caro vd., 2018, s. 268). Tıbbi bakımın artan maliyeti, bireylerin hayat niteliği üstünde çok fazla neticeye sahipken (kronik hastalıklar durumunda daha da yüksek), sürekli nüfus artışı ve yaşlanma, sağlık hizmetleri taleplerini etkilemekte ve yeni ve daha gelişmiş bilimsel çözümlere olan ihtiyacı arttırmıştır (Chiuchisan vd., 2014, s. 533). Dijital sağlık hizmetleri, zamandan tasarruf sağlaması, daha az çaba gerektirmesi ve daha erişilebilir olması nedeniyle daha uygundur. Kısacası, dijital sağlık kullanımının maliyet tasarrufuna ve hasta memnuniyetinin artmasına yol açtığı bulunmuştur (Martínez-Caro vd., 2013, s. 65). Dahası, Covid-19 salgını başlamadan önce bile bilim insanları dijital sağlık stratejilerinin sağlık hizmetlerinin kalitesini yalnızca korumakla kalmayıp iyileştirme fırsatı da sağladığı sonucuna varmışlardır. Dijitalleşmenin, sağlık hizmetlerini daha uygun maliyetli hale getirdiği ve hatta sağlık hizmetlerinin daha dinamik ve teknolojik değişikliklere uyum sağlayabilecek şekilde yeniden keşfedilmesine olanak sağladığı bulunmuştur (Morilla vd., 2017, s. 5).

Ancak siyasi kararlılığa ve önemli yatırımlara rağmen, gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemlerinde dijital teknolojilerin benimsenme oranı geride kalmıştır (Jung vd., 2020, s. 1). Dijital teknolojilerin tanıtılması, çevreyle etkileşim kurma biçimlerinde derin değişiklikler anlamına gelmektedir (Martínez-Caro vd., 2020, s. 2). Bu zorluğun üstesinden gelmek için, önceki araştırmalar dijital teknolojilerin sağlık sektöründe uygulanmasının önündeki engellerin yanı sıra kolaylaştırıcıları da belirlemeye çalışmıştır (Eden vd., 2016, s. 45; McGinn vd., 2011, s. 3; Whittaker vd., 2009, s. 294). Bu çalışmalar, dijital sağlık stratejilerinin ve araçlarının başarısının, kullanıcılar yani hekimler ve hastalar tarafından benimsenmesine ve dolaylı olarak bu stratejilerin uygulanma biçimine bağlı olduğu sonucuna varmıştır.

Bu zorluklara rağmen dijital sağlığın benimsenmesi, COVID-19 salgını sebebiyle 2020'den beri hızlanmıştır. Fiziksel mesafeyi koruma ihtiyacı, dijital aygıtların hastalar ve sağlık personelleri aracılığıyla kullanımını önemli ölçüde kolaylaştırmış ve dijital sağlığın faydalarını tanıma fırsatı sağlamıştır (Manteghinejad ve Javanmard, 2021, s. 2025). Öte yandan, sağlık sektörü, giderek artan hacimlerde

son derece hassas ve gizli verilerin toplanması ve saklanmasıyla sorumlu hale gelirken aynı zamanda bu verilerin tıbbi personel, hastalar ve diğer kuruluşlar arasında paylaşılması da zorunlu hale gelmiştir (Offner vd., 2021, s. 92). Böylece, COVID-19 salgını sadece veri paylaşımı ihtiyacını değil aynı zamanda veriyi koruma gerekliliğine de sebep olmuştur (Fahey ve Hino, 2020, s. 1). Dijital sağlık sistemlerinin böyle bir halk sağlığı acil durumuna yeni çözümler sağlamaya çok uygun olduğu görülmüştür. Örneğin, sağlam gözetim sistemleri, fizyolojik parametrelerin takibi için giyilebilir cihazlar veya COVID-19 ile ilgili bilgilerin kamuya yayılması için etkileşimli sohbet hizmetleri derhal uygulamaya konulmuştur (Kapoor vd., 2020, s. 62). Ancak bu tür iyileştirmeler, halkın dijital sağlık teknolojilerine olan güvenini sağlamak için yalnızca belirli gereksinimlerin (örneğin, güvenilir veri güvenliği protokolleri) karşılanması durumunda mümkün olmuştur (Dubov ve Shoptawb, 2020, s. 7).

Dijital sağlığın gelişmesi dolandırıcılar için kazançlı bir fırsat oluşturmıştır. Dark web'de 1 milyardan fazla hasta sağlık kaydına kolaylıkla erişilebiliyor ve her gün milyonlarca ek kayıt ekleniyor (Pointer, 2020, s. 7). Kişisel tıbbi verilerin hırsızlığı artıyor çünkü kişisel bilgilerin yüksek değeri nedeniyle bu kayıtlar diğer sektörlerin kayıtlarından daha değerlidir (Offner vd., 2021, s. 93). Sağlık hizmetlerinde siber güvenlik, bir sağlık güvenliği sorunu olarak tanımlanmaktadır ancak sağlık sektöründe risk konusunda farkındalık düşüktür (Gordon vd., 2017, s. 707).

2.10. Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik ve Dijital Dönüşüme Dair Literatür

Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve dijital dönüşümle alakalı, yerel ve milletlerarası literatüre ait çalışmalar Tablo 2.2.'de verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik ile ilgili yerel ve milletlerarası literatürde çeşitli çalışmaların olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile alakalı çalışmalarda, sağlık okuryazarlığının üç alt dalının da dikkate alındığı ve bu alt dalların ayrı ayrı öz yeterlilikle olan ilişkisinin araştırıldığı yapılan literatür taramasında görülmüştür. Örneğin; Ishikawa ve Yano (2011) iletişimsel sağlık okuryazarlığını , Inoue vd., (2013) iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığını ve Reisi vd., (2016) ise fonksiyonel , iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığını ele almışlardır. Öz yeterlilik ile alakalı çalışmalarda ise, özellikle diyabet öz yeterliliğinin çalışmalarda daha fazla araştırıldığını görmekteyiz (Osborn vd., 2010; Inoue vd., 2013). Sağlık okuryazarlığı ile öz yeterliliği araştıran

çalışmaların çoğunun örneklem grubunun hastalar olduğu görülmüştür. Bu örneklem grupları genellikle; diyabet hastalarından ve kalp hastalarından oluşmaktadır. Ayrıca, özellikle yaşlı yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelendiği görülmüştür (Wang vd., 2022; Lee vd., 2022; Wu vd., 2022; Dong vd., 2023; Shi vd., 2023).Yapılan çalışmaların çoğunda sağlık okuryazarlığı ile öz yeterliliğin bağlantılı olduğu görülmüştür. Fakat McCleary-Jones (2011), yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik arasında ilişki bulamamıştır.

Yapılan literatür taraması sonucunda sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik arasındaki ilişkide dijital dönüşümün katkısını araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat benzer çalışmaların yapıldığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve dijital dönüşüm değişkenlerinin bir arada ele alınması çalışmayı özgün kılmakta ve literatürdeki bu boşluğu doldurmaktadır. Ayrıca, literatür taraması sonucunda, yapılan benzer çalışmaların çoğunun hastalara yönelik yapıldığı görülmüştür. Bu çalışma 18 yaş üzeri yetişkin bireylere yapılmıştır. Çünkü sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik, sadece hasta bireyleri değil, tüm toplumu ilgilendiren, sağlık sektörü ve hükümetler için öneme sahip değişkenlerdir. Bu da çalışmamızın özgün olduğunu göstermektedir.

Tablo 2.2. Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik ve Dijital Dönüşüme Dair Literatür

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Kurbanoglu (2003)	Üniversite öğrencileri	Araştırmanın sonuçları, öğrenciler bilgi okuryazarlığı için pozitif bir öz yeterlilik algısına sahiptirler. Fakat, yıldan yıla önemli bir değişiklik olmadığını göstermiştir. Öğrencilerin bilgi okuryazarlığı ve bilgisayarlar ile ilgili öz yeterlilik inançlarının ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Heckinger vd., (2004)	Kanser hastaları	Düşük okuryazarlık becerisine sahip hastalar 1) hastalıklarını ve tedavilerini anlamama, 2) endişelerini onkoloğa iletmeme ve 3) kanserle başa çıkmada zorluk çekme açısından artmış risk altında oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç

Gerber vd., (2005)	Diyabetli hastalar	Multimedya derslerine erişim, özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip deneklerde diyabet komplikasyonlarına karşı algılanan duyarlılıkta artışa neden olmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişiler için bilgi erişimini iyileştirmeye yönelik önlemlere rağmen, bu katılımcılar arasında bilgisayarı nispeten daha az kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.
DeWalt vd., (2007)	Diyabetli yetişkinler	Düşük okuryazarlık, tıbbi karar alma sürecine katılma isteğinin azalmasıyla ilişkiliydi. Ancak güven veya öz yeterlilikle ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
Sarkar vd., (2008)	Diyabet hastaları	Sınırlı öz sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, okuryazarlık eksikliği bildirmeyenlere göre telefon desteğine ilgi duymalarının daha yüksek oranda olduğu elde edilmiştir.
Shone vd., (2009)	Astımlı çocuklar	Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynler, bildirilen sağlık hizmeti kullanımının değişmemiş olmasına rağmen, daha fazla endişe duyuyor ve çocuklarının astımından kaynaklanan genel yükün daha fazla olduğunu algılıyorlar sonucuna ulaşılmıştır.
Jensen vd., (2010)	Yaşlı yetişkinler	Düşük sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireylerin İnternet teknolojisini kullanma olasılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, düşük sağlık sayısal becerisine sahip olanların İnternet teknolojisine erişme olasılıklarının daha düşük olduğu elde edilmiştir.
Ishikawa ve Yano (2011)	Diyabet hastaları	Hastanın iletişimsel sağlık okuryazarlığı diyabet öz bakımında öz yeterlik ile pozitif ilişki göstermiştir.
Bostock ve Steptoe (2012)	Yaşlı yetişkinler	İngiltere'deki yaşlı yetişkinlerin üçte birinin temel sağlıkla ilgili yazılı bilgileri okuma ve anlamada zorluk çektiği belirlenmiştir. Daha zayıf anlayış daha yüksek ölüm oranıyla ilişkilendirilmiştir.

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
------------	----------	-------

Ghaddar vd., (2012)	Lise öğrencileri	Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve çevrimiçi sağlık bilgisi soruşturma ile olumlu olarak alakalı olduğu bulunmuştur. Güvenilir bir çevrimiçi sağlık bilgisi kaynağına maruz kalmanın daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle ilişkili olduğu görülmüştür.
White vd., (2013)	18-85 yaş arası hastalar	Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin, daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olanlara göre diyabet bakımı için daha fazla öz yeterlik gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır.
Bohanny vd., (2013)	Diyabet hastaları	Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik ile pozitif ilişkili olduğu elde edilmiştir.
Chen ve Feeley (2014)	Yetişkin bireyler	İletişim faktörlerinin (örneğin bilgi arama) bilişsel yetenekler (örneğin sayısal beceri) ile öz yeterlilik arasındaki bağı kısmen aracılık ettiği kanıtlanmıştır.
Cho vd., (2014)	18 yaş üzeri bireyler	Bireylerin sağlık bilincinin sağlık uygulamalarını kullanmalarını olumlu etkilediği elde edilmiştir.
Levy vd., (2015)	65 yaş üzeri yaşlı yetişkinler	Düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireylerin yalnızca %9,7'si sağlık bilgisi edinmek için İnternet'i kullanırken, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanların %31,9'u İnternet'i kullandığı sonucuna ulaşılmıştır.
Hall vd., (2015)	Yaşlı yetişkinler	Çevrimiçi sağlık bilgilerini kullananlar ve kullanmayanlar arasında İnternet ve teknoloji erişimi açısından önemli farklılıklar görülmüştür. Ancak kullanmayanların büyük bir yüzdesinin İnternet erişimi (%56,3), masaüstü bilgisayarları (%55,9) ve dizüstü bilgisayarları veya netbook'ları (%43,2) vardı. Çevrimiçi sağlık bilgilerini kullananların Bilgisayar Öz Yeterlilik Ölçümü'nde kullanmayanlara göre daha yüksek ortalama puanları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
------------	----------	-------

Reisi vd., (2016)	Diyabet hastaları	Fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı öz yeterlik ile pozitif ilişki göstermiştir.
Zuercher vd., (2017)	Diyabet hastaları	Düşük fonksiyonel sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin öz yeterlik oranlarının daha az olduğu görülmüştür.
Yang vd., (2017)	Üniversite öğrencileri	Tıp alanlarında uzmanlaşan katılımcıların sağlıklarıyla daha fazla ilgilendiklerini ve sıklıkla sağlık bilgisi aradıklarını, daha iyi e-Sağlık okuryazarlığı sergiledikleri sonucu elde edilmiştir.
Della Pelle vd., (2018)	Hasta bakıcıları	Kalp yetmezliği olan yaşlı kişilerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu ve kalp yetmezliği olan hastaların bakıcılarının sağlık okuryazarlığı hakkında daha az şey bildiği kanıtlanmıştır.
Chao vd., (2019)	Diyabet hastaları	Mobil uygulama tabanlı sağlık müdahalesinden sonra genel uyum oranının daha yüksek olduğu keşfedilmiştir.
Dahal ve Hosseinzadeh (2019)	Diyabet hastaları	Sağlık okuryazarlığının; diyabet bilgisinin, fiziksel aktivitenin, öz yeterliliğin artırılmasında rol oynadığı kanıtlanmıştır. Ancak bunun, ayak bakımı ve ilaç uyumu ile olan ilişkisi sonuçsuz kalmıştır.
Lwin vd., (2020)	21 ile 55 yaş arası yetişkin bireyler	İnternet okuryazarlığının yalnızca e-Sağlık kullanımında öz yeterliliği pozitif yönde etkilediğini göstermiştir. Buna karşılık, sağlık bilgisi yönelimi, hem e-Sağlık kullanımındaki öz yeterliliği hem de e-Sağlık bilgileri değerlendirme sıklığını pozitif yönde etkilemiştir.
Fu vd., (2021)	Lisans öğrencileri	Bireylerin sağlık bilgisi okuryazarlığı, öz yeterlilik, bazı sosyo-demografik ve yaşam tarzı özellikleri, bilgi teknolojisi kullanımı ve sağlık durumuyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.
Turan vd., (2021)	Hemşirelik öğrencileri	Hemşirelerin e-Sağlık okuryazarlığı ne kadar yüksekse, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının düzeylerinin de o kadar yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Ahmed vd., (2022)	Sağlık çalışanları	Genel olarak araştırmaya katılanların yarısından azının dijital sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek bilgisayar okuryazarlığı, yüksek lisans ve üzeri, internet kullanımı, aylık gelir ve e-Sağlık konusunda iyi bilgi, e-Sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkili değişkenler olduğu saptanmıştır.
Al-Adhami vd., (2022)	Mülteci göçmenler	Sınırlı sağlık okuryazarlığının, duygusal destek eksikliğinin ve düşük öz yeterliliğin sürekli olarak kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.
Bao vd., (2022)	Üniversite öğrencileri	COVID-19 ile ilgili önleme bilisi, e-Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının birbirini etkilediği tespit edilmiştir.
Berens vd., (2022)	15 yaş üzeri bireyler	Öz yeterliliği daha iyi olan katılımcıların sağlık okuryazarlık puanlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Her iki kavramın da çoğu sosyo-demografik faktör ve fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile alakası vardır.
Cui vd., (2022)	Lisans öğrencileri	Öz yönetim yeteneğinin, E-sağlık okuryazarlığının oluşumunda önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır.
Wang vd., (2022)	Yaşlı insanlar	E-Sağlık okuryazarlığının yaşlı insanlarda sağlığı geliştirme davranışlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ek olarak, e-Sağlık okuryazarlığı sırasıyla öz yeterlilik ve öz bakım yeteneği aracılığıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışlarını dolaylı olarak etkilemiştir.
Lee vd., (2022)	65 yaş ve üzeri yetişkinler	Kırsal bölgelerdeki yaşlı yetişkinlere yönelik dijital okuryazarlık eğitimi, akıllı telefon kullanımını, video kayıt kapasitesini, mutluluğu ve bilişsel işlevi büyük ölçüde artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Sun vd., (2022)	Hemşirelik öğrencileri	Sağlık iletişim niyetinin, e-Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya öz yeterliliği ile etkileşim içerisinde olduğu kanıtlanmıştır. E-Sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi niyetinin alakalı olduğu ve sosyal medya öz yeterliliği, e-Sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi niyeti üstünde aracı bir rol oynadığı görülmüştür.
Taba vd., (2022)	Ergenler (12-17 yaş)	Yirmi bir katılımcının genel olarak çevrimiçi sağlık bilgilerini kullanma konusunda yüksek öz yeterliliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak dijital sağlık okuryazarlıklarının gösterilenden daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Sosyal medyadaki bilgilerin web sitelerine göre daha az güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Wu vd., (2022)	Yaşlı hastalar	E-sağlık okuryazarlığının; öz yeterliliğin ve sosyal desteğin kronik hastalık öz yönetimini etkileyen faktörler olduğu tespit edilmiştir.
Dong vd., (2023)	Yaşlı insanlar	Dijital sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin yaşlı yetişkinlerin sağlık durumu ve sağlık yönetimi üzerinde olumlu etkileri olduğu bulunmuştur.
Shi vd., (2023)	Yaşlı yetişkinler	Yaşlı yetişkinlerin e-sağlık okuryazarlıklarının düşük olduğu görülmüştür.
Shin ve Jeon (2023)	19 yaş üzeri yetişkin bireyler	Daha yüksek dijital okuryazarlık puanları ve sigara içmeme durumu, daha yüksek derecede sağlığı geliştirme davranışıyla ilişkilendirilmiştir.
Wang vd., (2023)	Üniversite öğrencileri	Üniversite öğrencilerinde öz yeterliliğin depresif belirtilerle olumsuz yönde ilişkili olduğunu göstermiştir.
Lee vd., (2023)	Kanser hastaları	Sosyal desteğin, tedavi gören meme kanseri hastaları arasında e-Sağlık okuryazarlığını etkileyen yeni bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Yazar(lar)	Örneklem	Sonuç
Jang (2023)	Yetişkin bireyler	E-sağlık okuryazarlığının, tutumun ve sosyal etkinin teletıp uygulamalarını kullanma niyetini önemli ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Mayukh (2024)	Üniversite öğrencileri	Yeterli e-Sağlık okuryazarı kişilerin dijital sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde değerlendirebilmeleri ve sağlıkları konusunda aşırı kaygılanmaktan kaçınabilmeleri nedeniyle e-Sağlık okuryazarlığının siberkondriyi önlediği elde edilmiştir.
Moore vd., (2024)	Kanser hastası bakıcıları	Hasta bakıcılarının, sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta bakıcıların, bilgi arama ve bakım alan kişinin tercihlerini anlama ile ilgili sağlık okuryazarlığı alanlarında en düşük puanı aldıkları tespit edilmiştir.
Sakellari vd., (2024)	Üniversite öğrencileri	Bilgi arama konusunda üniversite öğrencilerinin, aradıkları bilgiyi tam olarak bulmayı ve buldukları tüm bilgiler arasından seçim yapmayı çok zor bulduklarını belirtmişlerdir.
Zhao vd., (2024)	18 yaş üzeri yetişkin bireyler	Çalışma bulguları, yaş, eğitim düzeyleri, kullanılan teknolojik cihaz sayısı ve sağlık bilgileri için web'in daha fazla kullanılmasının dijital sağlık okuryazarlığı puanlarıyla bağımsız olarak ilişkili olduğunu göstermiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE DİJİTAL DÖNÜŞÜMÜN KATKISI:TRB1 BÖLGESİ ÖRNEĞİ

Sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik değişkenleri arasındaki ilişkide dijital dönüşümün katkısı bu araştırmada incelenmiştir. Araştırmanın uygulama bölümünde, en başta çalışmanın modeli ve hipotezleri verilmiştir. Çalışma sonunda elde edilen verilerin incelenmesi için LISREL ve SPSS paket programları kullanılmıştır. Çalışmada öncelikli olarak yapılan ölçeklerin güvenilirlikleri ve geçerlilikleri araştırılmıştır. Yapısal eşitlik modelinin düzenlenmesiyle çalışmanın modeli denenmiş ve elde edilen çıktılar geçmişteki araştırmalarla birlikte değerlendirilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Son dönemlerde, COVID-19 pandemisinin yayılmasıyla birlikte, sağlık sektöründeki dijital dönüşüm giderek daha önemli hale gelmiştir. Dijital sağlık teknolojileri, hedefe yönelik bir şekilde benimsenir ve uygun maliyetli bir şekilde uygulanırsa, sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin azaltılmasını, sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve vatandaşların refahının artırılmasını mümkün kılar. Dijital sağlık okuryazarlığındaki boşluğu kapatmak özellikle önemlidir çünkü dijital bilgi boşlukları genellikle sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyanları (örneğin yaşlı insanları) ilgilendirmektedir. Bu amaçla, politika yapıcılar, dijital sağlık teknolojilerinin daha geniş bir şekilde yayılmasını desteklemek için vatandaşların dijital becerilerine de dikkat etmelidir (Raimo vd., 2022, s. 1). Bu yüzden, dijital dönüşüm, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek ve maliyetleri azaltmak için en etkili yollardan biri olarak görülmektedir (Saifudin, vd., 2021, s. 108). Dijital sağlık okuryazarlığı, dijital teknolojiyi insan yaşamına, özellikle de sağlık alanına uygularken gereklidir. Çünkü, sağlık programı hedeflerine ulaşılmasını, sağlık hizmeti performansının optimize edilmesini ve sağlıkla ilgili enformasyon ve yanlış bilgilendirmeyi engellemeyi destekleyebilir (Dunn ve Hazard, 2019, s. 295).

Son yıllarda, internet teknolojisinin hızla gelişmesiyle birlikte elektronik cihazlar ve medya, insanların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmasında hayati önem taşıyan taşıyıcılar haline gelmiştir (Hsu vd., 2014, s. 2). İnsanların interneti nasıl kullandıklarını, hangi verilere gereksinimleri olduğunu ve bu verilerin sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için yeterince kullanabilmeleri için bu bilgilerin nasıl düzenlenmesi ve sunulması gerektiğini öğrenmek önemlidir (Benigeri ve Pluye, 2003, s. 383). Bu nedenle, elektronik sağlık bilgi kaynaklarının edinilmesi, bireylerin sağlıklı davranışlar geliştirmelerine ve fiziksel sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olabilir. Sağlık bilgisi arama davranışı sağlık okuryazarlığını olumlu etkilemektedir (Zhou ve Fan, 2019, s. 2456). Sağlık okuryazarlığı, yirmi birinci yüzyılda halk sağlığı hedeflerinden biridir ve sağlık okuryazarlığı iyi olan bireyler sağlıklı bir yaşam tarzına sahiptir (Berkman vd., 2011, s. 98).

Öz yeterliliğin, sağlığı geliştirme davranışlarını sürdürme ve özendirme konusunda etkili olduğu bilinmektedir (Jung vd., 2012, s. 1134). Yüksek öz-yeterlilik düzeyine sahip kişiler, sağlıklı davranışları uygulamak için daha fazla çaba gösterirler (Prochaska ve Velicer, 1997, s. 40). Öz-yeterlilikteki artışların sağlığı teşvik edici davranışların benimsenmesinden ve sürdürülmesinden önce geldiği gösterildiğinden, öz-yeterliliğin geliştirilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Hedef belirleme, sözleşme yapma ve diğer davranışsal teknikler, bireyin davranışı kendi kendine düzenleme konusunda yeterlilik geliştirmesine yardımcı olabilir (Redland ve Stuifbergen, 1993, s. 428).

Günümüzde, hastalar karmaşık bilgi ve tedavi süreçleri ile karşılaşmaktadırlar. Bu karmaşıklığın önlenmesi, hastaların tedavilerini daha iyi yönetebilmelerini ve bu süreçte daha güzel davranış gösterebilmeleri için sağlık okuryazarlıklarının yeterli düzeyde olması gereklidir. Bu da sağlık okuryazarlık kavramının önemini göstermektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlık davranışını gösterebilmek için de öz yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir. Sağlıkla ilgili bir sorunla karşılaşan bireyler eğer öz yeterliliğe sahiplerse bu sorunla nasıl mücadele edeceğini bilirler, fakat öz yeterliliğe sahip olmayan insanlar karşılaştıkları sorunlarla mücadele edemezler.

Dijital dönüşüm, günümüzde sağlık sektöründe, hastalara daha hızlı ve verimli tedavi hizmetlerinin sunulabilmesi açısından önem taşımaktadır. Literatürde sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve dijital dönüşümle alakalı çeşitli çalışmalar bulunmasına

rağmen, bu üç değişkenin birlikte yer aldığı herhangi bir çalışmanın literatürde olmaması çalışmayı hem önemli hale getirmekte hem de özgün kılmaktadır.

Bu çalışmanın kapsayıcı amacı, sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik arasındaki ilişkide dijital dönüşümün katkısını araştırmaktır. Araştırmanın amacına ulaşmak için yetişkin bireylerin, sağlık okuryazarlık, öz yeterlilik ve dijital dönüşüm düzeylerinin ölçülmesi ve ortaya çıkan sonuçların bireysel ve toplumsal katkılarının ve politika tekliflerinin aktarılması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasındaki ilişkiler nelerdir?
- Dijital dönüşümün, sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasındaki ilişkide aracılık etkisi var mıdır?

Araştırma varsayımları;

- Örneklemin evreni yansıttığı,
- Ankete katılan gönüllülerin verdiği cevapların gerçeği yansıttığı,
- Çalışmada kullanılacak olan ölçeklerin ve yöntemin çalışma için yeterli olduğu,
- Çalışmada kullanılacak olan istatistiksel analizlerin çalışmanın hedefi için uygun olduğu varsayılmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Çalışma TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesinde son bir yıl içerisinde en az bir defa il merkezlerinde yer alan hastanelerde tedavi görmüş olan 18 yaş ve üzeri okuryazar yetişkin bireyler ile sınırlandırılmıştır.
- Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler, evren ve örneklem ile sınırlandırılmıştır.
- Çalışmadan elde edilen sonuçlar, ölçekler ve ölçme araçları ile sınırlandırılmıştır.

3.2. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi

Araştırma evreni TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesinde son bir yıl içerisinde en az bir defa il merkezlerinde yer alan hastanelerde tedavi görmüş olan 18 yaş ve üzeri okuryazar yetişkin bireylerden meydana gelmektedir. Çalışmada belirlenen evrenin tamamına erişilmesi çok zordur. Bu nedenle, maliyet ve zaman engeli dolayısıyla evreni temsil edebilecek bir örneklemin alınmasına karar verilmiştir.

Çalışmada, tabakalı örneklem yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem de, çalışma evreni alt tabakalara ayrılmıştır. Bu alt tabakalardan rastgele seçimler yapılmıştır. Böylece, örnekleme girecek birimler seçilmiştir (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 136).

Sosyal bilim araştırmalarında örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında en fazla Cochran tarafından belirlenen aşağıdaki hesaplama tekniği kullanılır (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 129). Çalışmamızın örneklem sayısının belirlenmesinde Cochran tarafından oluşturulan formül kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Örneklem Çıkarım Yöntemi

$n_0 = \frac{t^2 \times s^2}{d^2}$	N:Evren büyüklüğü n:Örneklem büyüklüğü t:Güven düzeyine denk gelen tablo z değeri (0.05 için 1.96, 0.01 için 2.58 ve 0.001 için 3.28) s=Evren için tahmin edilen standart sapma d=Kabul edilebilir sapma toleransı
$n_0 = \frac{1,96^2 \times 0,5^2}{0,05^2} = 384,16$ $n = \frac{384,16}{1 + 384,16 / 826085} = 384,160465$	

Çalışmanın uygulandığı TRB1 bölgesinde yer alan illerin 2023 yılına ait 18 yaş üzeri nüfus verileri ve örneklem büyüklüğü Tablo 3.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Örneklem Büyüklüğü

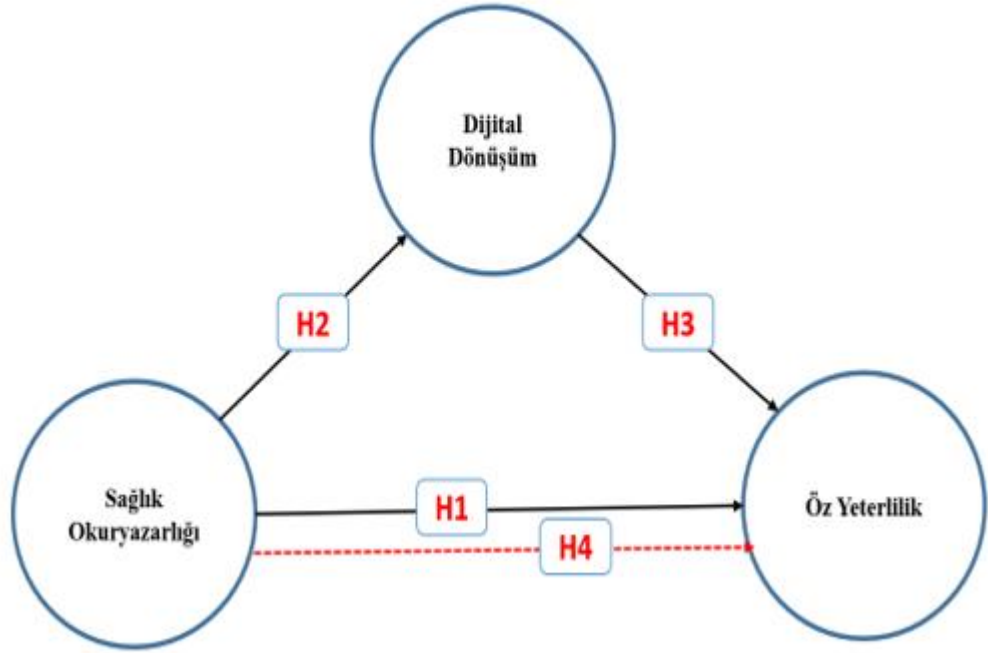
İl	Toplam	Ağırlık	Örneklem
Bingöl	92944	11.25%	68
Elazığ	300663	36.40%	218
Malatya	403607	48.86%	293
Tunceli	28871	3.49%	21
Genel Toplam	826085	100.00%	600

TRB1 alanında yer alan illerin 2023 yılına ait 18 yaş ve üzeri toplam nüfusu 826,085'dir (TÜİK, 2023). Çalışmamız 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylere uygulanacağı için toplam nüfus oranından her ilde bulunan 0-17 yaş arası çocuklar evrenden çıkarılmıştır. Böylece, çalışmanın evreni oluşturulmuştur. TÜİK tarafından 0-17 yaş arası bireyler çocuk olarak nitelenmiştir (TÜİK, 2023). Araştırmada tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. TRB1 Bölgesi dediğimiz Malatya, Elazığ, Bingöl ve Tunceli illeri merkez mahalleleri tespit edilerek, mahalle nüfus oranlarına göre 600 anket dağıtılmıştır. Oranlanan anket sonrasında nüfus oranı yetersiz olan bazı mahallelere sıfır anket uygulanmıştır. Toplamda Malatya ilinde 113 mahalle, Elazığ ilinde 52 mahallede, Bingöl ilinde 19 mahallede ve Tunceli ilinde yedi mahallede anketler gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, tabakalı örneklem yöntemi kullanıldığı için bir mahallede anket yapılırken birinci eve anket yapılmış, ikinci eve anket yapılmamıştır. Çalışmada uygulanan anketler bu şekilde bitirilmiştir.

Araştırmanın verileri Ocak - Mart 2024 tarihleri arasında toplam 600 yetişkin bireye yapılan yüz yüze anket metoduyla toplanmıştır. Elde edilen anketlerin hastanelerin yer aldığı illere göre dağıtılması, Malatya (293 kişi), Elazığ (218 kişi), Bingöl (68 kişi) ve Tunceli (21 kişi) şeklindedir. 600 bireyi kapsayan örneklem büyüklüğünün seçilme sebebi ise örneklemin ana kütleyi temsil yeteneğini sağlamasıdır. Ayrıca hata payını düşürmek için 600 anket uygulanmıştır. Anketler yetişkin bireylere uygulanmıştır. TRB1 Bölgesinin seçilme nedeni ise ulaşılabilirlik açısından bu bölgede çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

3.3.Araştırmanın Modeli

Araştırmanın bu diliminde çalışmanın modeli ele alınmıştır.



Şekil 3.1. Çalışmanın Modeli

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

- H1: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
- H2: Sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
- H3: Dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
- H4: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık rolü vardır.

3.5. Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırmada üç adet ölçek kullanılmıştır. Bu ölçeklerin değerlendirilebilmesi için gereken veriler anket metoduyla yüz yüze konuşma yoluyla elde edilmiştir.

Böylece bu araştırmada sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve dijital dönüşüm olmak üzere üç ölçek kullanılmıştır.

Kullanılan anket formunda, yetişkin bireylere ait tanımlayıcı ifadeler ve araştırmanın hedefine yönelik maddeler yer almıştır. İlk olarak bireylere tanımlayıcı sorular sorulmuştur. İkinci olarak hastalara, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili Duong ve arkadaşları aracılığıyla 2019 da düzenlenen ve Karahan Yılmaz ve Eskici aracılığıyla Türkçe geçerlik ve güvenilirliği tespit edilen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hesaplanan indeks değeri 0-50 arasındadır. Ölçekten yüksek puan alınması yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçek 1 ile 4 arasında farklılık gösteren 4'lü Likert tipi cevap yöntemini kapsamaktadır. Ayrıca ölçekte 12 madde bulunmaktadır.

Hastalara üçüncü olarak öz yeterlilik ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçek, Shwarzer ve Jerusalem (1995) aracılığıyla tasarlanan ve Erci (2006) aracılığıyla Türk kültürüne aktarılan Genel Öz Yeterlilik Ölçeğidir. Ölçek maddeleri 4'lü likert tipinde düzenlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek öz yeterliliği göstermektedir.

Anketin dördüncü bölümünde ise dijital dönüşüm anket formu yer almaktadır. Çömlekçi ve Bozkanat aracılığıyla (2021), dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve bilgiyi teyit etme davranışları adı altında ölçek hazırlanmıştır. Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde düzenlenmiştir ve ölçek on maddeden oluşmaktadır.

Anket sahibi yazarlardan mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır. Anketler için Bingöl Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'nun 30.12.2022 tarih ve 33117789/044/102111 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

3.6. Araştırma Ölçekleri

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Bireylerin sağlık okuryazarlığını ölçmek için Duong ve arkadaşları aracılığıyla 2019'da tasarlanan ve Karahan, Yılmaz ve Eskici yoluyla Türkçe geçerlik ve güvenilirliği tespit edilen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, hesaplanan indeks değeri 0-50 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçek 1 ile 4 arasında değişen 4'lü Likert tipi cevap seçeneklerinden oluşmaktadır.

Öz Yeterlilik Ölçeği: Bireylerin öz yeterlilik düzeyini ölçmek için Shwarzer ve Jerusalem (1995) aracılığıyla geliştirilen ve Erci (2006) yoluyla Türk kültürüne uygulanan Genel Öz Yeterlik Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek maddeleri 4'lü likert şeklindedir. Ölçekten yüksek puan almak yüksek düzeydeki genel öz-yeterliliği göstermektedir.

Dijital Dönüşüm Ölçeği: Bireylerin dijital dönüşüm düzeyini ölçmek için Çömlekçi ve Bozkanat aracılığıyla (2021), dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve bilgiyi teyit etme davranışları üzerine tasarlanmış olan ölçek uygulanmıştır. Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde düzenlenmiştir.

3.7. Araştırma Bulgularının Analiz ve Değerlendirilmesi

TRB1 Bölgesinde yer alan Malatya, Elazığ, Bingöl ve Tunceli illerinden araştırma için veriler toplanmıştır. Toplanan veriler için tanımlayıcı istatistikler, açıklayıcı faktör analizleri ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadıklarını anlamak için çarpıklık ve basıklık testleri uygulanmıştır. Daha sonra ise sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik ve dijital dönüşüm ölçeklerini ele alan araştırma modelinin sınanması için yapısal eşitlik modeli yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar demografik özelliklerle karşılaştırılmıştır. İkilili gruplar arasındaki farkın incelenmesi için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla gruplar için tek yönlü anova testi yapılmıştır. Ayrıca, gruplar arasındaki farkın kaynağının incelenmesi için post hoc testlerinden yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelenmiştir.

3.7.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmanın ana uygulaması için TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesinde son bir yıl içerisinde en az bir defa il merkezlerindeki hastanelerde tedavi görmüş olan 18 yaş ve üzeri okuryazar yetişkin bireylere uygulanan anket çalışmasında uygulanan ölçeklere ait ortalamalar ve standart sapmaları her bir ölçek için aşağıdaki üç tabloda gösterilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait ortalamaları ve standart sapmaları belirten veriler Tablo 3.3.'de verilmiştir.

Tablo 3.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Önerme Kodu	Ortalama	Standart Sapma
SO1	2,49	1,137
SO2	2,55	0,869
SO3	2,57	0,883
SO4	2,55	0,877
SO5	2,59	0,841
SO6	2,57	0,819
SO7	2,57	0,904
SO8	2,60	0,851
SO9	2,55	0,848
SO10	2,57	0,870
SO11	2,55	0,858
SO12	2,60	0,881

Sağlık okuryazarlığı ölçeği tanımlayıcı istatistiklerine göre ankete katılım gösteren bireylerin yanıtladıkları cevapların ortalamasının genel olarak 2,49'den yüksek olduğu görülmüştür. Anket katılımcılarının verdikleri cevaplar açısından SO8 ve SO12 ifadeleri 2,60 ile en üst ortalama sahip maddeler olmuştur.

Öz yeterlilik ölçeğinde yer alan her bir terimin ortalamasını ve standart sapmasını belirten veriler Tablo 3.4.'de verilmiştir.

Tablo 3.4. Öz Yeterlilik Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Önerme Kodu	Ortalama	Standart Sapma
ÖY1	2,40	1,027
ÖY2	2,43	1,028
ÖY3	2,41	0,992
ÖY4	2,40	0,992
ÖY5	2,41	0,987
ÖY6	2,42	1,004
ÖY7	2,37	0,968
ÖY8	2,40	0,997

ÖY9	2,42	0,994
ÖY10	2,45	0,961

Öz yeterlilik ölçeğinde bulunan her bir terimin ortalamasını ve standart sapmasını belirten Tablo 3.4. incelendiğinde tüm ifadelerin ortalamasının 2,37'nin üstünde olduğu tespit edilmiştir. En üst ortalama 2,45 ile ÖY10 maddesine aittir. En az ortalama ise 2,37 ile ÖY7 terimine aittir.

Dijital dönüşüm ölçeğinin herbir maddesine ait ortalamalar ve standart sapmalar Tablo 3.5.'de yer almaktadır.

Tablo 3.5. Dijital Dönüşüm Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Önerme Kodu	Ortalama	Standart Sapma
DD1	2,95	1,476
DD2	2,84	1,298
DD3	2,83	1,273
DD4	2,90	1,436
DD5	2,81	1,303
DD6	2,73	1,290
DD7	2,93	1,439
DD8	2,80	1,319
DD9	2,81	1,306
DD10	2,78	1,306

Tablo 3.5. incelendiğinde dijital dönüşüm ölçeği için katılımcıların yanıtlarının ortalamalarının 2,73'den yüksek olduğu görülmüştür. İfadeler kendi aralarında değerlendirildiğinde DD1 ifadesi 2,95 ile en üst düzeyi göstermiştir. En düşük ortalama ise 2,73 ile DD6 maddesine aittir.

Tablo 3.6. Bireylerin Demografik Nitelikleri

Demografik	Grup	N	%
Cinsiyet	Kadın	292	48,67
	Erkek	308	51,33
Yaş	18 - 25 yaş	98	16,33
	26- 35 yaş	112	18,67
	36-45 yaş	110	18,33
	46- 55 yaş	90	15,00
	56- 65 yaş	104	17,33
	65 yaş üstü	86	14,33
Eğitim	İlköğretim	147	24,50
	Lise	154	25,67
	Üniversite	146	24,33
	Lisansüstü	153	25,50
Medeni_durum	Bekar	250	41,67
	Evli	265	44,17
	Boşanmış	72	12,00
	Dul (Eşi vefat eden)	13	2,17
Meslek	Çalışmıyorum	67	11,17
	Öğrenci	18	3,00
	Kamu Çalışanı	72	12,00
	İşçi	159	26,50
	Özel Sektör	99	16,50
	Emekli	78	13,00
	Ev Hanımı	40	6,67
	Diğer	67	11,17
Hastane	Devlet Hastanesi	452	75,33
	Özel Hastane	148	24,67
İl	Malatya	293	48,83
	Elâzığ	218	36,33
	Bingöl	68	11,33
	Tunceli	21	3,50
	Toplam	600	100,00%

Araştırma da yer alanların %48.67'si kadınlardan ve %51.33'ü ise erkeklerden meydana gelmektedir. Toplamda çalışmada 292 kadın, 308 erkek yer almıştır. Çalışma katılımcılarından 112 kişinin 26 - 35 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Bu yaş grubunun en fazla katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu grubu takiben 36 - 45 yaş grubundan 110 bireyin katılım gösterdiği tespit edilmiştir. En az katılımın ise 90 kişi ile 46 - 55 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Gönüllülerden 154 bireyin lise mezunu olduğu ve %25,67 katılım oranı ile en fazla orana sahip olduğu tespit edilmiştir. %44,17 ile en fazla evli bireylerin katılım gösterdiği, bekarların ise %41,67'lik oranla ikinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir. Gönüllülerin %26,50 sinin en fazla katılım oranı ile işçi olduğu ve bu oranı %16,50 ile özel sektörün takip ettiği görülmüştür. En az katılımın ise %3,00 oranla öğrencilerden oluştuğu tespit edilmiştir. %75,33'lük oranla en fazla devlet hastanelerinin tercih edildiği ve %48,83 ile en fazla Malatya ilinden katılımcının olduğu görülmüştür.

3.7.2. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik, bir ölçme aracının ne seviyede bağıntılı olduğunu ve ölçek maddeleri arasında tutarlılık olup olmadığını kanıtlar (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 331).

Güvenilirlik analizinde, Cronbach alfa katsayısı, ölçeğin kapsadığı maddelerin kendi içinde ne ölçüde tutarlı olduğunu gösterir (Cronbach, 1951, s. 298). Cronbach alfa değerinin güven düzeyleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3.7. Cronbach's Alpha Oranları

Aralık	Güven Seviyesi
Alpha <0.50	Yetersiz Güvenirlilik Seviyesi
0.50≤ Alpha<0.70	Genel Kabul Gören Güvenirlilik
0.70≤ Alpha<0.80	İyi Derecede Güvenilir
0.80≤ Alpha<0.90	Çok İyi Derecede Güvenilir
0.90≤ Alpha<1	Mükemmel Derecede Güvenilir

Kaynak: (Cronbach, 1951, s. 298).

Tablo 3.8. Ölçeklerin Güvenilirlik Sonuçları

Ölçek/Faktör	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Sağlık Okuryazarlığı	0,960	12
Öz Yeterlilik	0,922	10
Dijital Dönüşüm	0,941	10
Dijital teyit	0,911	3
Sosyal Medya	0,906	3
Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme	0,920	4

Anketlerde kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizine bakıldığında 12 maddeden oluşan sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach Alpha değerinin 0,960 olduğu tespit edilmiştir. Öz yeterlilik ölçeğinin güvenilirlik analizine bakıldığında 10 maddeden oluşan öz yeterlilik ölçeğinin Cronbach Alpha oranının 0,922 olduğu tespit edilmiştir. Dijital dönüşüm ölçeğinin üç alt boyutu olan dijital teyit faktörünün Cronbach Alpha değerinin 0,911; sosyal medya faktörünün Cronbach Alpha değerinin 0,906 ve Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme faktörüne ait Cronbach Alpha değerinin 0,920 olarak ölçüldüğü tespit edilmiştir. Dijital dönüşüm ölçeğinin genel toplamına ait Cronbach Alpha katsayısı 0,941 olduğu tespit edilmiştir. Ulaşılan sonuçlara göre kullanılan tüm ölçeklerin çok yüksek güvenilir olduğu görülmüştür.

3.7.3. Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi birbirleriyle ilişkili değişkenleri bir araya getirerek, az sayıda ilişkisiz değişken elde etmeyi sağlayan çok değişkenli istatistiksel analiz tekniğidir (Patır, 2009, s. 69). Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA), araştırmacının ilişkilerin yapısı hakkında net veya nispeten tam bir beklentisinin olmadığı durumlarda kullanılır. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), araştırmacının belirli faktörlerin sayısı ve faktörlerden etkilenen ölçümler hakkında net bir tahmine sahip olduğu durumlarda tercih edilir (Fabrigar ve Wegener, 2012, s. 550).

DFA'da araştırmacı, faktör sayısını ve faktörler ile göstergeler arasındaki ilişkilerin yapısını belirler. AFA'dan farklı olarak DFA, tahmin edilen modelin belirlenmesine ve değerlendirilmesine rehberlik etmek için güçlü bir kavramsal temel

gerektirir; bu nedenle ölçek geliştirme sürecinin daha sonraki aşamaları ve yapı doğrulaması için önerilmektedir (Brown, 2015, s. 9).

Hem Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) hem de Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)'nin temel amacı, daha az sayıda gözlemlenmemiş veya gizli değişken kullanarak, potansiyel olarak çok sayıda gözlemlenen değişken arasındaki ilişkileri modellemektir. Gizli değişkenler faktörlerdir. AFA'da araştırmacının faktör sayısı veya gözlemlenen her değişkenin faktörlerle nasıl ilişkili olduğu hakkında güçlü bir ön teorisi yoktur. DFA'da, faktörler ve gözlemlenen değişkenler arasındaki varsayılan ilişkilerle birlikte faktörlerin sayısı hakkında güçlü bir ön teori vardır (Flora vd., 2012, s. 55).

3.7.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Madde Analizi, Güvenirlik ve

Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

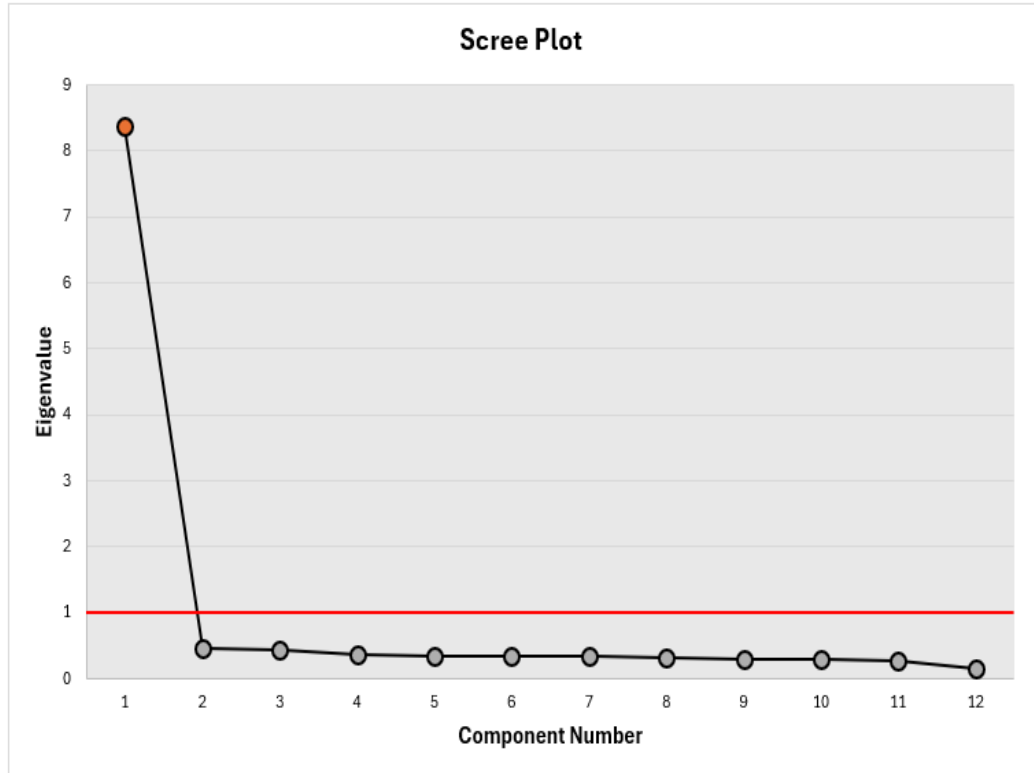
Sağlık okuryazarlığı ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğine ilişkin madde analizi sonuçları, güvenirlik düzeyleri ve açımlayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 3.9.'da verilmiştir.

Tablo 3.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Güvenirlik, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör Yüğü	Madde-Ölçek İlişkisi
SO1	0,928	0,910
SO2	0,832	0,797
SO3	0,812	0,775
SO4	0,824	0,788
SO5	0,822	0,786
SO6	0,832	0,797
SO7	0,835	0,801
SO8	0,825	0,790
SO9	0,823	0,788
SO10	0,833	0,798
SO11	0,824	0,789
SO12	0,826	0,791
Güvenirlik	0,960	

Özdeğer	8,370
Açıklanan Varyans (%)	69,754
KMO: 0,978; Bartlett's Test of Sphericity = $X^2(66)=6206,378$; $p=0.000$	

Tablo 3.9.'a göre, ölçekteki maddelerin diğer maddeler ile olan ilişki değerinin 0,30 oranından düşük olmadığından ölçekten madde eksiltilmesine gerek olmadığına karar verilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha oranının 0,960 olduğu tespit edilmiştir. Bu oran ölçeğin güvenilirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğunu kanıtlamaktadır. KMO değerinin 0,60 oranından yüksek ve Barlett küresellik testinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). 12 maddelik ölçeğin, faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapıda olduğu ve toplam açıkladığı varyans oranının % 69.754 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin tek faktörlü olması nedeniyle herhangi bir döndürme işlemi yapılmamıştır. Ölçeğin açıklanan faktör yapısına daha doğru karar verebilmek için gözlem değerlerin bulunduğu yamaç grafiğinin (Şekil 3.2.) incelenmesi gerekmektedir.



Şekil 3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği

Şekil 3.2.'ye göre, ölçeğin gözlem değerinin 1'in altına düştüğü andaki kırılmanın 1. Faktörden sonra olduğu tespit edilmiştir. 1. faktörden sonra boyutların durağanlaştığı görülmüştür. Bu sonuç ölçeğin tek faktörlü bir yapısının en uygun yapı olduğunu göstermektedir.

3.7.3.2. Öz Yeterlilik Ölçeğinin Madde Analizi, Güvenirlik ve Açıklayıcı

Faktör Analizi Sonuçları

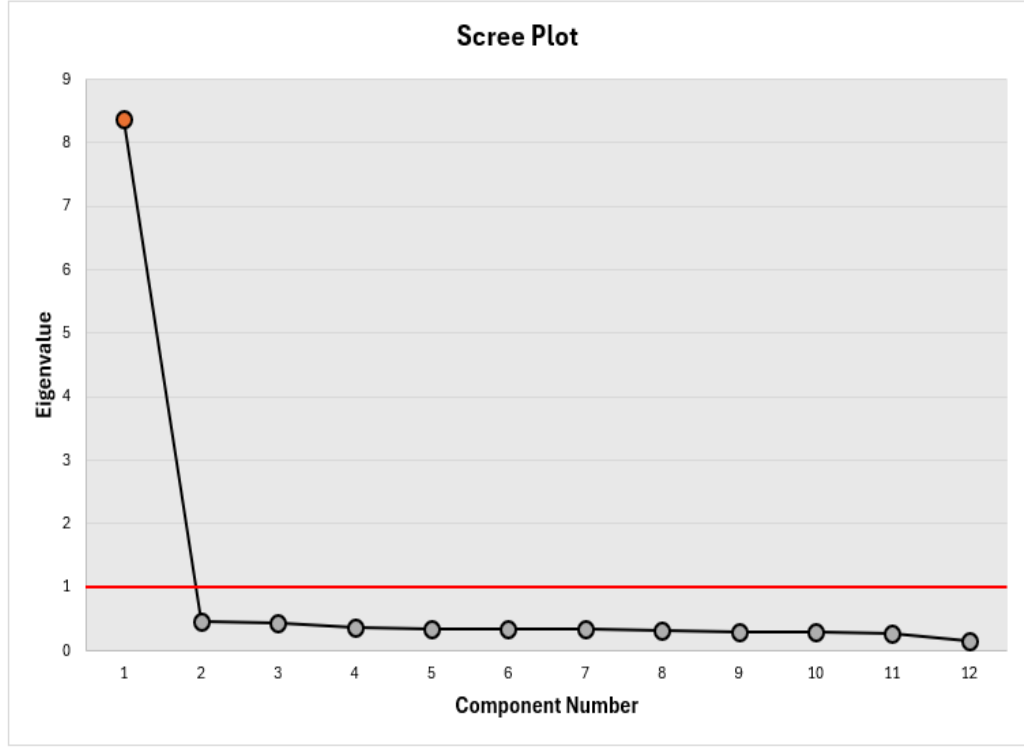
Öz yeterlilik ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğine ilişkin madde analizi sonuçları, güvenirlik düzeyleri ve açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 3.10.'da verilmiştir.

Tablo 3.10. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait Güvenirlik, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör Yüğü	Madde-Ölçek İlişkisi
ÖY1	0,947	0,925
ÖY2	0,751	0,685
ÖY3	0,741	0,673
ÖY4	0,731	0,663
ÖY5	0,768	0,704
ÖY6	0,736	0,668
ÖY7	0,743	0,677
ÖY8	0,758	0,693
ÖY9	0,741	0,674
ÖY10	0,740	0,674
Güvenirlik	0,922	
Özdeğer	5,900	
Açıklanan Varyans (%)	59,004	
KMO: 0,948; Bartlett's Test of Sphericity = X2(45)=3566,679; p=0.000		

Tablo 3.10'a göre, ölçekteki maddelerin diğer maddeler ile olan ilişki oranının 0,30 oranının altında olmadığından, ölçekten madde çekmeye gerek olmadığı düşünülmüştür. Ölçeğin Cronbach Alpha oranının 0,922 olduğu ve bu oran ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. KMO oranının 0,60 oranından yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Aynı zamanda, Bartlett küresellik

testinin $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. 10 maddelik ölçeğin, faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapıda olduğu ve toplam açıkladığı varyans oranının %59.004 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin tek faktörlü olması sebebiyle herhangi bir döndürme yöntemine gerek kalmamıştır. Ölçeğin açıklanan faktör yapısını daha düzgün belirlemek için gözlem oranlarının yer aldığı yamaç şemasına bakılması gerekmektedir (Şekil 3.3.).



Şekil 3.3. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği

Yukarıdaki grafiğe göre ölçeğin gözlem değerinin 1'in altına düştüğü andaki kırılmanın 1. Faktörden sonra olduğu ve birinci faktörden sonra boyutların durağanlaştığı tespit edilmiştir. Erişilen bu sonuca göre ölçeğin tek faktörlü bir yapısının en uygun yapı olduğuna karar verilmiştir.

3.7.3.3. Dijital Dönüşüm Ölçeğinin Madde Analizi, Güvenirlik ve

Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Dijital dönüşüm ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğine ilişkin madde analizi sonuçları, güvenirlik düzeyleri ve açımlayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 3.11.'de verilmiştir.

Tablo 3.11. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait Güvenirlik, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktörler			Madde-Ölçek İlişkisi
	1	2	3	
DD1	0,782			0,751
DD2	0,81			0,722
DD3	0,824			0,737
DD4	0,848			0,815
DD5		0,829		0,703
DD6		0,833		0,701
DD7		0,843		0,769
DD8			0,718	0,871
DD9			0,787	0,759
DD10			0,797	0,758
Güvenirlik	0,920	0,906	0,911	0,941
Özdeğer	3,287	2,711	2,332	
Açıklanan Varyans (%)	32,869	27,107	23,324	83,300
KMO: 0,919; Bartlett's Test of Sphericity = $X^2(45)=5321,542$; $p=0.000$				

Ölçekteki ifadelerin diğer ifadelerle olan ilişkisinin 0,30'dan düşük olmaması icap etmektedir (Büyüköztürk, 2009, s. 4). Yukarıdaki tabloya bakıldığında, ifadelerin diğer ifadelerle olan ilişki oranının 0,30'dan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle ölçekten ifade eksiltmeye gerek olmadığına karar verilmiştir. Aynı zamanda, ölçeğin Cronbach Alfa oranının 0,941 olduğu ve bu oran ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunun kanıtıdır.

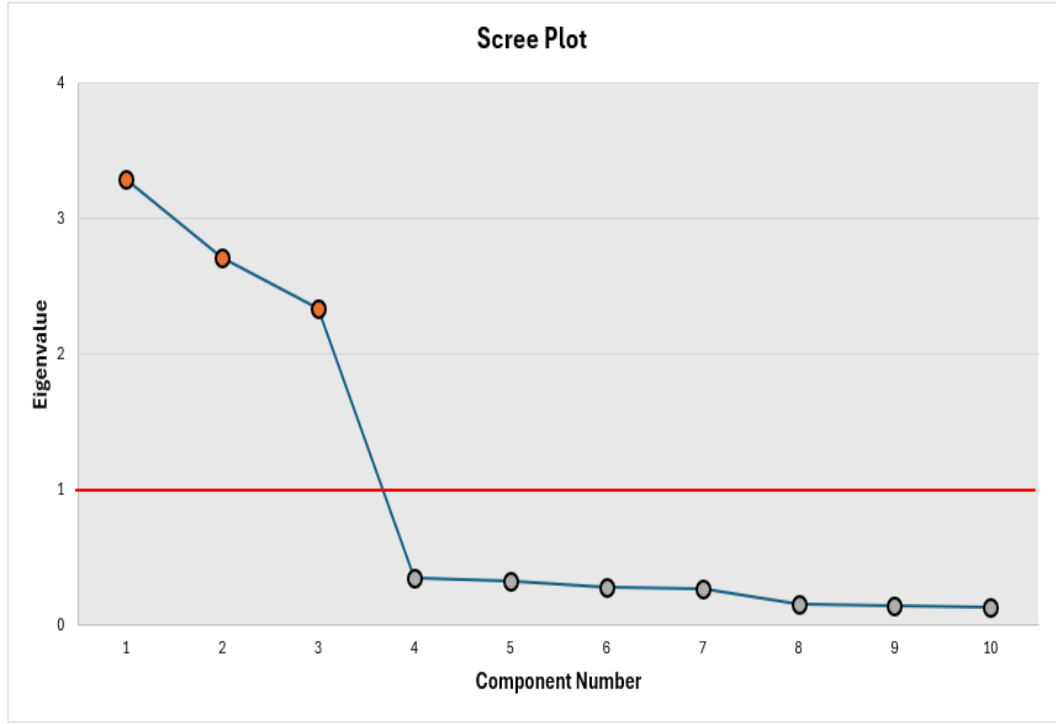
Faktör analizi yapmak için birtakım şartların sağlanması gerekmektedir. Bu şartlardan birincisi verideki sayının faktör analizi uygulanabilmesi için yeterli sayıda olup olmadığını belirlemektir. Bu hedef doğrultusunda, KMO ve değişkenler arasındaki ilişkinin varlığının araştırılması için Barlett Küresellik testleri incelenmiştir (Tabachnick ve Fidel, 2007, s. 1). Tablo 3.11.'de KMO değerinin 0,60 oranından yüksek ve Barlett küresellik testinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Ulaşılan sonuçlara göre örneklem verilerinin faktör analizi için yeterli olduğu ve ulaşılan verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğinde kanıtıdır (Kan ve Akbaş, 2005, s. 5).

Ölçekten bir maddenin durmasını belirlemek için faktör yük oranının 0,45 değerinden büyük bir değere sahip olması icap etmektedir (Büyüköztürk, 2009, s. 3). Ayrıca, maddelerin örtüşmesi araştırılarak bir faktöre yüklenme hususları da göz önüne alınmalıdır. 10 maddelik ölçeğin, faktör analizi sonucunda 3 faktörlü bir yapıda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, açıkladığı varyans oranının toplamı %83.300 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin tek faktörden fazla olması sebebiyle “varimax” dik döndürme işlemi yapılmıştır. Uygulanan döndürme sonrasında, Faktör 1’in yalnız başına 3.287’lik öz değer ile ölçeğin %32.869’unu açıklamakta olup faktör altındaki maddeler araştırıldığında faktöre “**Dijital Teyit**” ismi konmuş olup faktörün güvenirlik oranının $\alpha=0.920$ ile yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Faktör 2’nin yalnız başına 2.711’lik öz değer ile ölçeğin %27.107’sini açıklamakta olup faktör altındaki ifadeler araştırıldığında faktöre “**Sosyal Medya**” ismi konmuş olup faktörün güvenirlik oranının $\alpha=0.906$ ile yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Faktör 3’ün yalnız başına 2.332’lik öz değer ile ölçeğin %23.324’ünü açıklamakta olup faktör altındaki ifadeler araştırıldığında faktöre “**Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme**” ismi konmuş olup faktörün güvenirlik oranının $\alpha=0.911$ ile yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Ölçeğin açıklanan faktör yapısının doğruluğunu daha iyi tespit edebilmek için gözlem değerlerin yer aldığı yamaç grafiğinin (Şekil 3.4.) incelenmesi gerekmektedir.



Şekil 3.4. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği

Şekil 3.4.'e göre, ölçeğin gözlem oranının 1'in altına düştüğü andaki kırılmanın 3. faktörden sonra olduğu ve üçüncü faktörden sonra boyutların durağanlaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç ölçeğin üç faktörlü bir yapısının en iyi yapı olduğunun kanıtıdır.

3.7.3.4. Model Uyumu ve Uyum İstatistikleri

Yapısal eşitlik modelinin uygunluğunun incelenmesinde kullanılan birbirinden farklı uyum iyiliği ölçütleri vardır. Bu ölçütler arasında en çok kullanılanlarından bazıları Tablo 3.12.'de verilmiştir.

Tablo 3.12. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiliği

Ki-kare	Genel model uyumu ki-kare değeri ile değerlendirilir. Örnek ile modele yerleştirilen kovaryans matrisleri arasındaki tutarsızlığı test eder. 0,05 seviyesinde çok da anlamlı olmayan bir değer alır ($P > 0.05$ anlamsız olmalı) (Kline, 2023, s. 5)
GFI - Uyum iyiliği istatistiği	Popülasyonun öngörülen kovaryansının sağladığı varyansın oranını tahmin eder. 0 ile 1 arasında değişir. Genellikle yaygın

	olarak önerilen eşik 0,90'dır ancak küçük örnekler ve daha düşük faktör yükleri için 0,95'ten fazla olmalıdır (Miles ve Shevlin, 2007, s. 870).
AGFI - Düzeltilmiş uyum iyiliği istatistiği	GFI'dan türetilmiştir. GFI'yi serbestlik derecesine göre ayarlamaya çalışır. Örneğin, karelerin toplamı yerine (GFI'de kullanılan) ortalama kareler kullanılır. Ayrıca 0 ile 1 arasında değişir. Genellikle yaygın olarak önerilen eşik değeri 0,90'dır (Shi ve Maydeu-Olivares, 2020, s. 440).
RMSEA - Yaklaşımın ortalama karekök hatası	En iyi bilgilendirici uyum indeksi olarak kabul edilir. İyi bir model uyumunun RMSEA değerinin 0,07 veya daha düşük olması gerekir (Shi ve Maydeu-Olivares, 2020, s. 441).
RMSR -Artıkların karelerinin ortalaması	Örnek kovaryans matrisinin ve önerilen kovaryans modelinin artıklarının ortalamasının karekökü alınarak elde edilir. Daha uygun bir model uyumu için 0'a yakın olması gerekir (Shi ve Maydeu-Olivares, 2020, s. 441).
RMSR (SRMR) - Standartlaştırılmış	RMSR'nin karşılaştığı sorunu çözer ve kolayca yorumlanabilir. Aralık 0 ile 1 arasındadır. Uyulan artıkların, artıkların standart hatasına bölünmesiyle hesaplanır. Değer ne kadar düşük olursa model o kadar iyi uyum sağlar. 0,05 veya daha düşük bir eşik değeri yaygın olarak kabul edilmektedir (Shi ve Maydeu-Olivares, 2020, s. 441).
NFI- Normlaştırılmış uyum indeksi	Bu indeks, modelin ki-kare değeri ile aynı boş model veya bağımsızlık modelini karşılaştırarak modeli değerlendirir (Bentler ve Bonett, 1980:588). 0,90 ve üzeri bir oran uygun bir model uyumunu kanıtlar. Bazı çalışmalar > 0,95'i önermektedir (Hu ve Bentler, 1999, s. 40)
NNFI - Normlaştırılmamış uyum indeksi	NNFI'nin oluşturduğu sorunu çözer. Daha basit modelleri teşvik eder ve karmaşık modelleri caydırır. Örneklem büyüklüğünün düşük olmasından etkilenmez. 0,90 ve üzeri bir oran uygun bir model uyumunu kanıtlar (Hair Jr ve diğerleri, 2020, s. 105).

CFI- Karşılaştırmalı uyum indeksi	Göstergelerden ziyade gizli faktörlerden bahseder. 0,90 (küçük örneklerde >0,95) ve üzeri bir eşik değeri, iyi bir model uyumunu gösterir (Hair Jr ve diğerleri, 2020, s. 105).
RFI – Göreceli uyum indeksi	Normal aralık 0 ile 1 arasında olsa da aralığın dışına da çıkar. Çoğunlukla 1'e yakın bir oran daha uygun bir model uyumunu kanıtlar (Hu ve Bentler, 1999, s. 40).

Tablo 3.13. Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İyiliği Değerleri

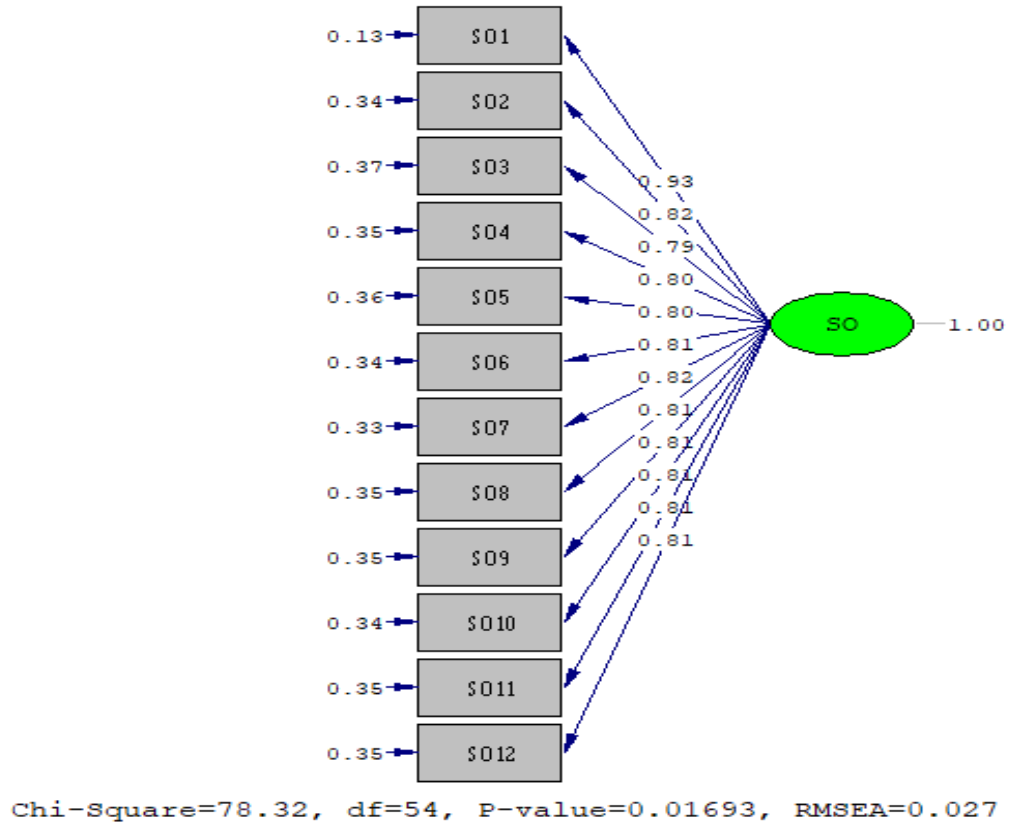
Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri
X^2/df	$0 \leq X^2/df \leq 2$	$2 < X^2/df \leq 5$
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI < 0.95$
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI < 0.95$
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI < 0.90$
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.95 \leq NNFI < 0.97$
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI < 0.95$
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	$0.05 < RMR \leq 0.10$
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 < SRMR \leq 0.10$

Kaynak: (Kline, 2023, s. 5; Soleimani vd., 2016, s. 286; Collier, 2020, s. 66)

3.7.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi

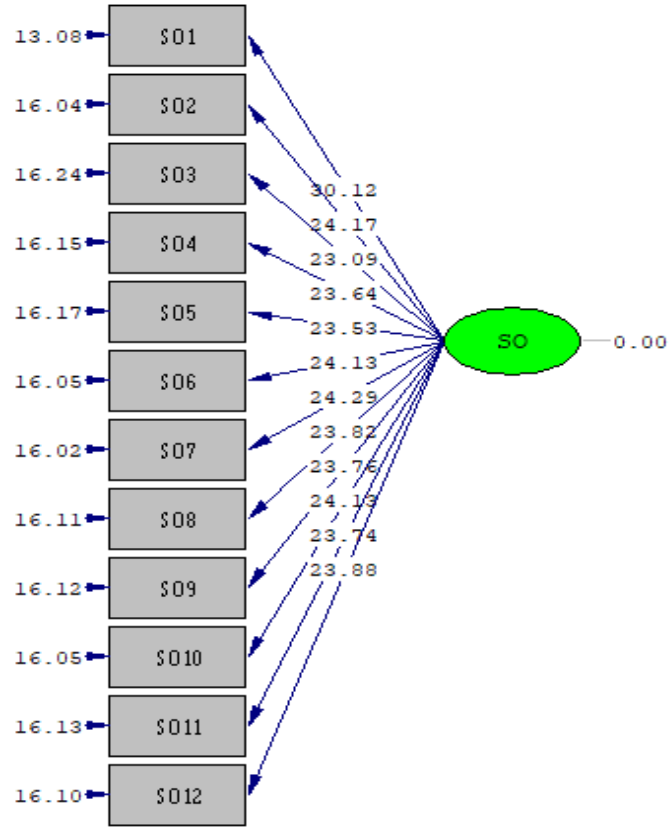
Sonuçları

Ölçeğin açıklanan faktör yapısının doğruluğunu tespit edebilmek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin DFA'sına ait path şeması Şekil 3.5.'te verilmiştir.



Şekil 3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait DFA Path Diyagramı

Şekil 3.5.'e göre, sağlık okuryazarlığı ölçeği ölçme aracının DFA bulgularına göre, maddelere ait faktör yük oranlarının 0,79–0,93 arasında olduğu görülmüştür. Path şemasına ait t oranları Şekil 3.6.'da gösterilmiştir.



Chi-Square=78.32, df=54, P-value=0.01693, RMSEA=0.027

Şekil 3.6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği DFA Path Diyagramına Ait T

Oranları

Şekil 3.6.'ya göre, ölçekteki bütün maddelere ait t oranının 2.58'den yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, bütün maddelere ait faktör yüklerinin ölçek boyutlarına olan etkisinin % 99 güven aralığında anlamlı olduğu tespit edilmiştir. DFA sonucu erişilen uyum indekslerine ait sonuçlar Tablo 3.14'te verilmiştir.

Tablo 3.14. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Uyum İyiliği Oranları

Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum İndeksleri	Elde Edilen Bulgular	Sonuç
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	1,450	Mükemmel
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	0,027	Mükemmel
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	0,98	Mükemmel

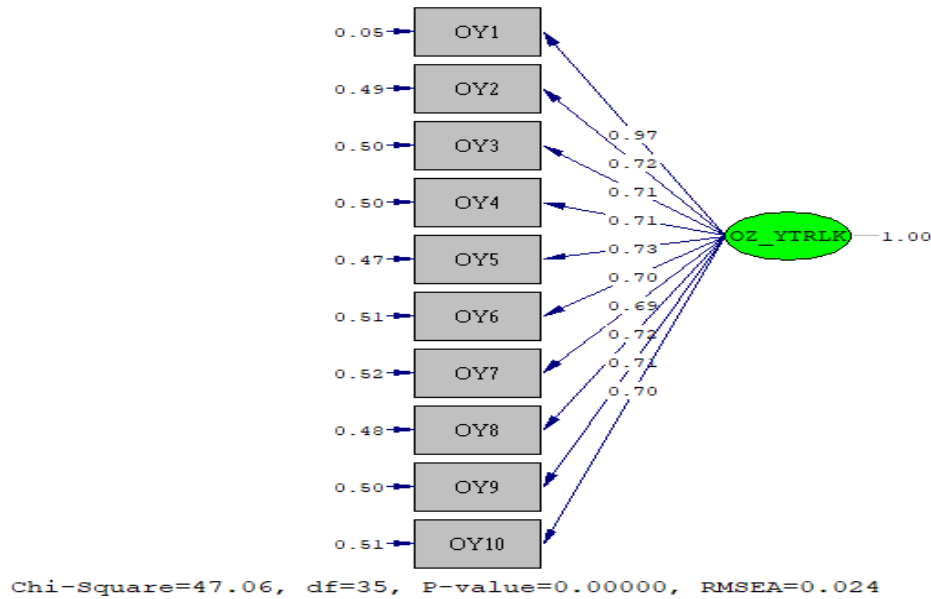
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0,97	Mükemmel
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	0,014	Mükemmel
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	0,010	Mükemmel

Kaynak: (Kline, 2023, s. 5; Soleimani vd., 2016, s. 286; Collier, 2020, s. 66)

Analiz sonucu elde edilen uyum kriterleri değerlerine göre X^2 değerinin df değerine olan oranının 1.450 ile mükemmel uyum düzeyinde olduğu görülmüştür. RMSEA değerinin ise 0,027 ile mükemmel uyum düzeyinde olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, diğer uyum oranlarının da mükemmel uyum oranları içerisinde olduğu görülmüştür. Ulaşılan sonuçlar açıklanan faktör yapısının doğrulandığını kanıtlamaktadır.

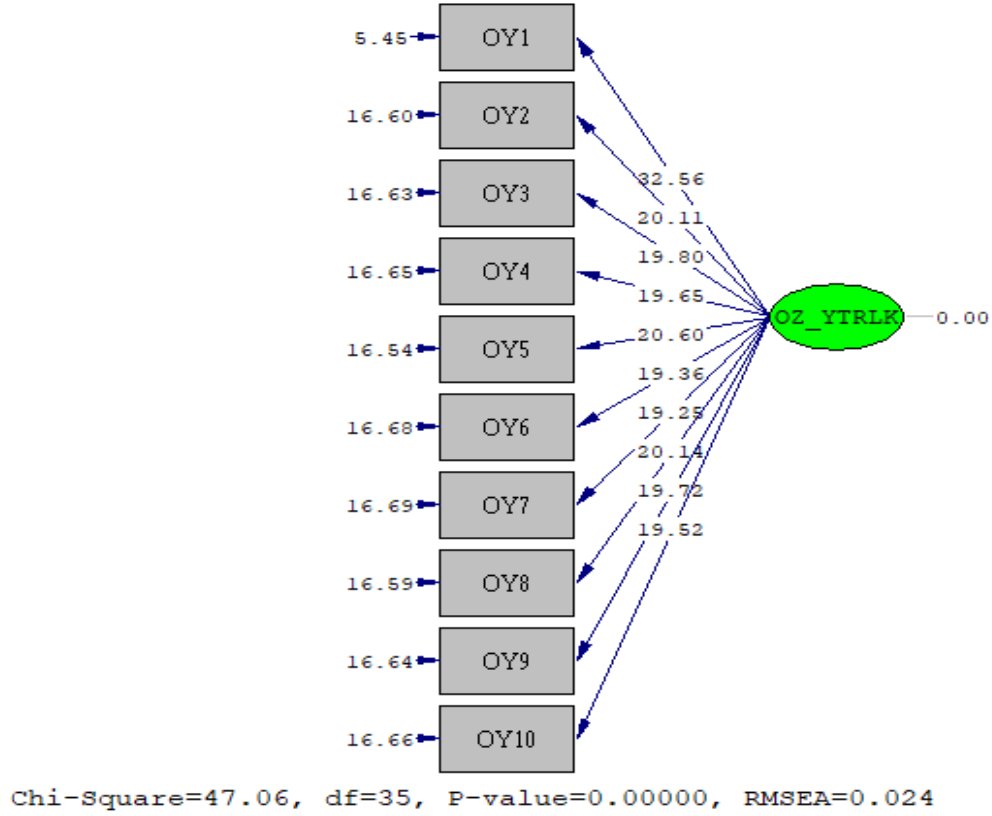
3.7.3.6. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeğin açıklanan faktör yapısının doğruluğunu tespit edebilmek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin DFA'sına ait path şeması Şekil 3.7.'de sunulmuştur.



Şekil 3.7. Öz Yeterlilik Ölçeğine Ait DFA Path Grafiği

Şekil 3.7.'ye göre öz yeterlilik ölçeğinin DFA sonuçlarına göre, maddelere ait faktör yük oranlarının 0,69–0,97 arasında olduğu görülmüştür. Path grafiğine ait t oranları Şekil 3.8.'de verilmiştir.



Şekil 3.8. Öz Yeterlilik Ölçeği DFA Path Grafiğine Ait T Oranları

Şekil 3.8.'e göre, ölçekteki bütün maddelere ait t oranının 2.58'den yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle bütün maddelere ait faktör yüklerinin ölçek boyutlarına olan etkisinin % 99 güven aralığında anlamlı olduğu kanıtlanmıştır. DFA sonucu erişilen uyum indekslerine ait sonuçlar Tablo 3.15.'te sunulmuştur.

Tablo 3.15. Öz Yeterlilik Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum İndeksleri	Elde Edilen Bulgular	Sonuç
X^2/df	$0 \leq X^2/df \leq 2$	1,345	Mükemmel
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	0,024	Mükemmel
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	0,98	Mükemmel

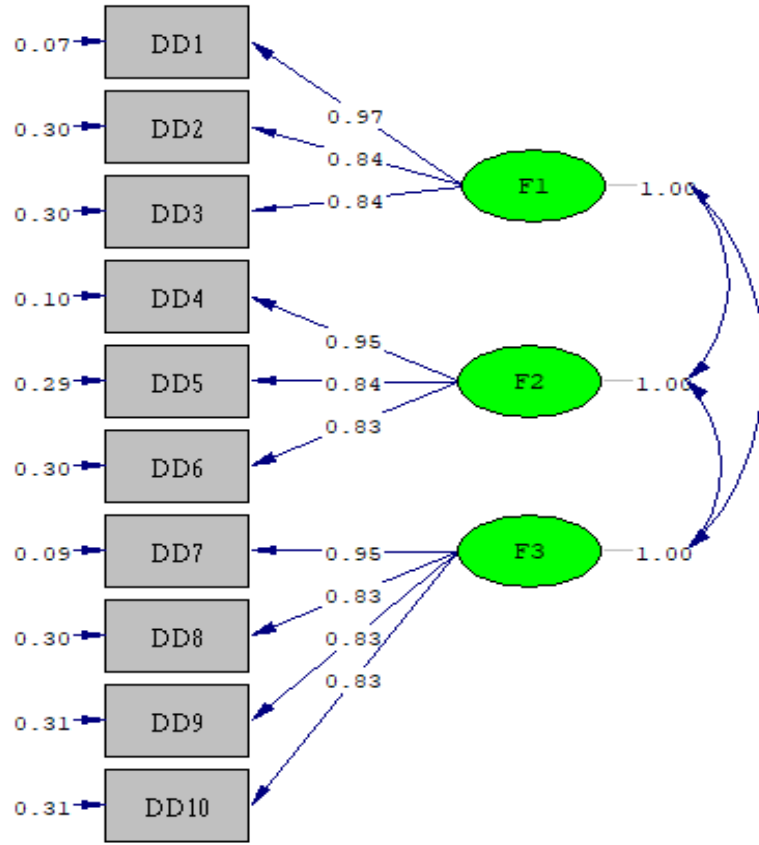
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0,98	Mükemmel
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	0,018	Mükemmel
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	0,017	Mükemmel

Kaynak: (Kline, 2023, s. 5; Soleimani vd., 2016, s. 286; Collier, 2020, s. 66)

Elde edilen sonuçlara göre uyum kriterleri değerleri incelendiğinde X^2 değerinin df değerine olan oranının 1.345 ile RMSEA değerinin ise 0,024 ile mükemmel uyum aralığında olduğu sonucu elde edilmiştir. Aynı zamanda diğer uyum oranlarının da mükemmel ve kabul edilebilir uyum değerleri arasında yer aldığı kanıtlanmıştır. Erişilen bu sonuç açıklanan faktör yapısının ispatlandığını ifade etmektedir.

3.7.3.7. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

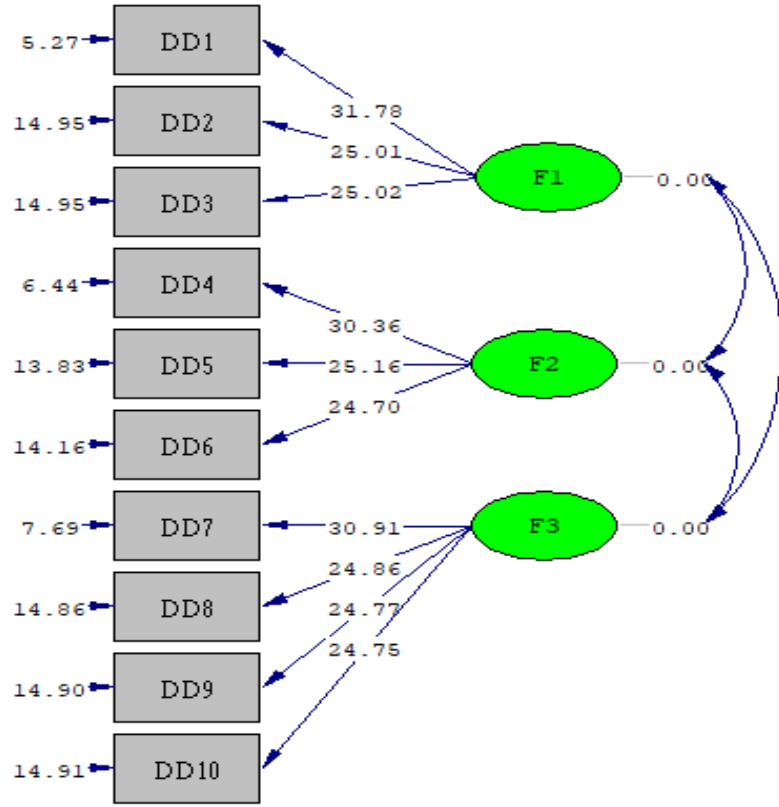
Ölçeğin açıklanan faktör yapısının doğruluğunu tespit edebilmek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin DFA'sına ait path şeması Şekil 3.9.'da sunulmuştur.



Chi-Square=54.04, df=32, P-value=0.00876, RMSEA=0.034

Şekil 3.9. Dijital Dönüşüm Ölçeğine Ait DFA Path Diyagramı

Şekil 3.9. incelendiğinde dijital dönüşüm ölçeği aracının DFA sonuçlarına göre, maddelere ait faktör yük oranlarının 0,83–0,97 arasında olduğu görülmüştür. Bu oranlar faktör yükleri sınırları için onay verilen değerlerdir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki korelasyonların anlamlı olduğu görülmüştür ($t > 2,58$). Path şemasına dair t oranları Şekil 3.10.'da verilmiştir.



Chi-Square=54.04, df=32, P-value=0.00876, RMSEA=0.034

Şekil 3.10. Dijital Dönüşüm Ölçeği DFA Path Şemasına Ait T Oranları

Şekil 3.10.'a göre, ölçekteki tüm maddelere ait t oranının 2.58'den büyük olduğu ve bu sebeple bütün maddelere ait faktör yüklerinin ölçek boyutları üstündeki etkilerinin %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. DFA sonucu erişilen uyum indekslerine ait sonuçlar Tablo 3.16.'da yer almaktadır.

Tablo 3.16. Dijital Dönüşüm Ölçeği Uyum İyiliği Oranları

Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum İndeksleri	Elde Edilen Bulgular	Sonuç
X^2/df	$0 \leq X^2/df \leq 2$	1,689	Mükemmel
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	0,034	Mükemmel
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	0,98	Mükemmel
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0,97	Mükemmel
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel

NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	0,029	Mükemmel
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	0,016	Mükemmel

Kaynak: (Kline, 2023, s. 5; Soleimani vd., 2016, s. 286; Collier, 2020, s. 66)

Doğrulamalı Faktör Analizi sonucu erişilen uyum kriterleri oranları incelendiğinde X^2 değerinin df değerine olan oranının 1.689 ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0,034 ile mükemmel uyum düzeyinde olduğu, diğer uyum oranlarının da mükemmel ve kabul edilebilir uyum oranları içerisine yer aldığı görülmüştür. Erişilen bu sonuç açıklanan faktör yapısının ispatlandığını göstermektedir.

3.7.4. Verilerin Dağılımı, Betimsel Bulgular ve Normallik Analizi

Araştırmanın bu kısmında araştırma sonucu ulaşılan verilerin dağılımları ve ölçme araçlarından katılımcıların aldıkları puanlara göre düzeylerine yer verilmiştir.

Tablo 3.17. Araştırma Verilerinin Normallik Analizi

Değişkenler	Merkezi Eğilim		Basıklık-Çarpıklık	
	Ort.	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Sağlık Okuryazarlığı	26,03	34,72	-0,10	-1,79
Öz Yeterlilik	24,11	23,00	0,07	-1,44
Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme	2,87	3,00	-0,01	-1,43
Sosyal Medya	2,81	2,67	0,14	-1,43
Dijital Teyit	2,83	3,00	0,03	-1,53
Dijital Dönüşüm	2,84	3,05	-0,11	-1,56

Normallik dağılımına göre basıklık ile çarpıklığın ± 2 arasında olması verilerin normal dağılımdan geldiğini gösterir.(George ve Mallery, 2010, s. 2). Bu açıklama göz önünde bulundurulursa, Tablo 3.17.'ye göre verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3.18. Araştırma Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular

Değişkenler	Min.	Max.	Madde Sayısı	Likert Yapısı	Ort.	s.s	Düzey
Sağlık Okuryazarlığı	5,6	45,8	12,0	4'lü	26,03	12,37	Orta
Öz Yeterlilik	11,0	39,0	10,0	4'lü	24,11	7,63	Orta
Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme	1,0	5,0	3,0	5'li	2,87	1,25	Orta
Sosyal Medya	1,0	5,0	3,0	5'li	2,81	1,23	Orta
Dijital Teyit	1,0	5,0	4,0	5'li	2,83	1,21	Orta
Dijital Dönüşüm	1,1	4,7	10,0	5'li	2,84	1,09	Orta

Likert biçiminde geliştirilen ölçeklerden elde edilen puanlar sonucu katılımcıların yanıtlarının seviyelerinin hesaplanmasında 0,8 puan aralığı ($4/5=0,80$) uygulanmıştır. Bu sebeple Likert yapıdaki ölçeğin başlangıç puanı olan 1 puanın üzerine 0,8'lik puan aralığı eklenerek her ölçüm seviyesine uygun düşen aralık hesaplanmaktadır. Bu hususta 1-1,80 aralığı “çok düşük”, 1,81-2,6 aralığı “düşük”, 2,61-3,4 aralığı “orta”, 3,41-4,2 aralığı “yüksek” ve 4,21-5,0 aralığı “çok yüksek” düzeyi ifade etmekte ve eğer ölçek toplam puan ile hesaplanıyorsa o zaman bu aralıklar madde sayısı ile çarpılması gerekmektedir (Durmaz, 2020, s. 1). Bu durumda; katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin 26.03 ± 12.37 ile orta düzeyde, öz yeterliliklerinin 24.11 ± 7.63 ile orta düzeyde ve dijital dönüşüm düzeylerinin 2.84 ± 1.09 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

3.7.5. Korelasyon Analizi

Korelasyon, değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü, derecesini ve yönünü ölçer. Bir korelasyon analizinin nihai sonucu bir korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı değerleri -1 ile +1 arasında değişir. +1'lik bir korelasyon katsayısı, iki değişkenin pozitif yönde mükemmel şekilde ilişkili olduğunu, -1 olan bir korelasyon katsayısı, iki değişkenin negatif yönde mükemmel bir şekilde ilişkili olduğunu gösterirken, sıfır korelasyon katsayısı, incelenen iki değişken arasında doğrusal bir ilişki olmadığını göstermektedir (Gogtay ve Thatte, 2017, s. 78).

Araştırmanın bu bölümünde araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılmasında pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon değişkenler arasındaki ilişkinin seviyesi, korelasyon katsayısının 0-0.29 arasında olması durumunda zayıf; 0.30-0.64 arasında olması durumunda orta; 0.65-0.84 arasında olması durumunda güçlü; 0.85-1 arasında olması durumunda da çok güçlü şeklinde yorumlanabilir (Ural ve Kılıç, 2006, s. 244).

Tablo 3.19. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişki Sonuçları

No	Değişkenler	1	2	3	4	5	6
1	Sağlık Okuryazarlığı	1	,719**	,732**	,552**	,595**	,703**
2	Öz Yeterlilik		1	,625**	,494**	,532**	,618**
3	Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme			1	,715**	,733**	,911**
4	Sosyal Medya				1	,599**	,851**
5	Dijital Teyit					1	,898**
6	Dijital Dönüşüm						1
**p<0.01; Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.							

Tablo 3.19. incelendiğinde araştırmaya dâhil olan katılımcıların sağlık okuryazarlıkları ile öz yeterlilikleri arasında pozitif yönlü güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.719$; $p<0.01$). Katılımcıların sağlık okuryazarlıkları ile dijital dönüşüm seviyeleri arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır ($r=0.703$; $p<0.01$). Katılımcıların öz yeterlilikleri ile dijital dönüşüm seviyeleri arasında pozitif yönlü orta güçlükte anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.618$; $p<0.01$).

3.7.6. Regresyon Analizi

Doğrusal regresyon analizi, bir bağımsız ve bağımlı değişken arasındaki ilişkinin incelenmesini içerir. Çoklu doğrusal regresyon, tek değişkenli doğrusal regresyonla aynı mantığı izler; ancak çoklu regresyonda, birden fazla bağımsız değişken vardır ve bağımsız değişkenler arasında doğrusallık olmaması gerekir (Montgomery vd., 2021, s. 1).

Tablo 3.20. Regresyon Analizi Model Özeti

Model	R	R Kare	Ayarlanmış R Kare	Tahmini Standart Sapma
1	0,736 ^a	0,541	0,540	5.17062
a. Bağımsız Değişken: Dijital Dönüşüm, Sağlık Okuryazarlığı				
b. Bağımlı Değişken: Öz Yeterlilik				

Regresyon analizi model özetine göre “R kare” değeri bağımlı değişkenin yüzde kaçlık miktarının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını kanıtlar. R Kare, modelin açıklama gücünü gösterir. Analiz neticesinde R^2 değerinin 0,541 olduğu görülmüştür. Bu oran araştırıldığında çalışmada bağımlı değişken olan öz yeterlilik değişkeninin %54'lük kısmının modele dahil edilen 2 adet bağımsız değişken (sağlık okuryazarlığı ve dijital dönüşüm) tarafından açıklanabildiğini göstermektedir.

Tablo 3.21. Regresyon Analizi - ANOVA^a

Model	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p değeri
1 Regresyon	18875,393	2	9437,697	353,005	0,000 ^b
Kalıntı (Residual)	15960,992	597	26,735		
Toplam	34836,385	599			
a. Bağımlı Değişken: Öz Yeterlilik					
b. Bağımsız Değişken: Dijital Dönüşüm, Sağlık Okuryazarlığı					

Araştırma modelinin bir bütün olarak anlamlı olup olmadığını ölçmek için verilen ANOVA tablosu incelendiğinde 353,005 olan F değeri regresyon modelinin istatistiksel olarak her düzeyde anlamlı olduğunu ($p=,000$) kanıtlamaktadır.

Tablo 3.22. Regresyon Analizi-Katsayı Tablosu

Faktörler	Beta	t değeri	p değeri
Sabit		17,878	0,000
Sağlık Okuryazarlığı	0,561	14,423	0,000
Dijital Dönüşüm	0,224	5,747	0,000

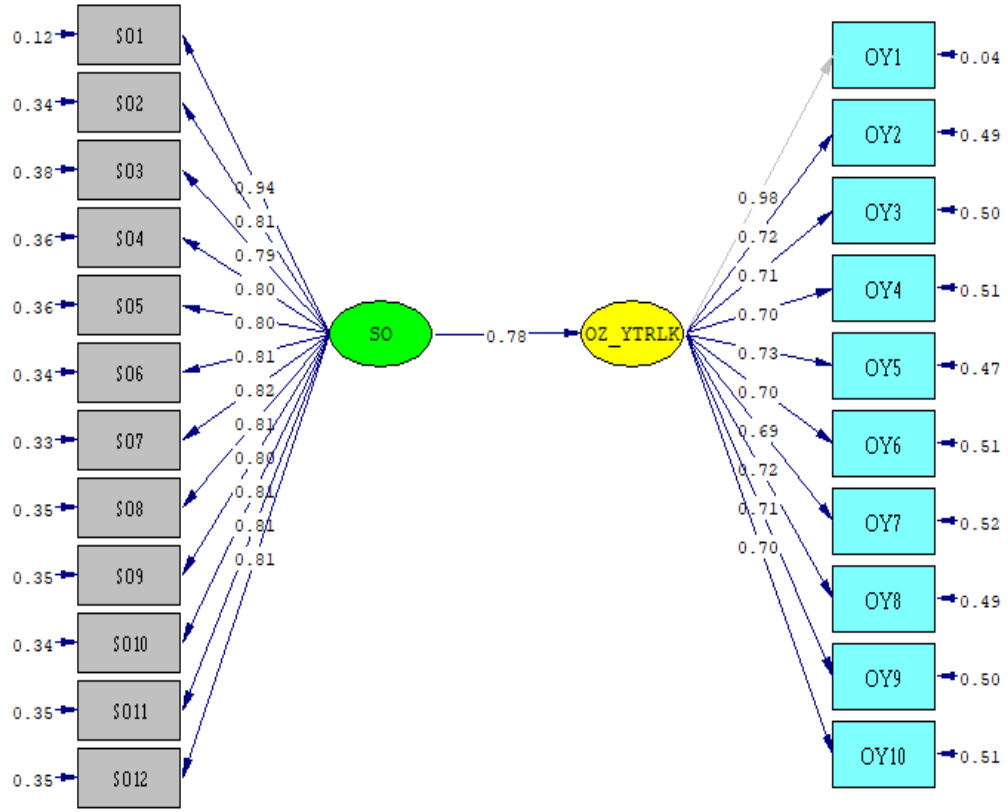
Tablo 3.22.'de yer alan bağımsız değişkenlerin (SO ve DD) her biri için p oranlarının 0,05 anlamlılık düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu bilgiler ışığında araştırmada bağımsız değişken olan “Sağlık Okuryazarlığı” ile modele dahil edilen bağımsız değişken “Dijital Dönüşüm” arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modele anlamlı bir katkı sağladığı elde edilmiştir. Modelde, Dijital Dönüşüm değişkenindeki 1 birimlik artışın Öz Yeterlilik üzerinde 0,224 birim artışa ve Sağlık Okuryazarlığındaki 1 birimlik artışın Öz Yeterlilik üzerinde 0,561 birimlik bir artışa sebep olduğu görülmüştür.

Uygulanan regresyon analizi, yapısal eşitlik modellemesindeki sonuçlarla paralellik göstermiş olup araştırmanın iki hipotezi olan "H1: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır" hipotezi ile "H3: Dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır." hipotezleri kabul edilmiştir.

3.7.7. Araştırmanın Birinci Modeline Ait Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları

Uyum iyiliği, kurulan Yapısal Eşitlik Modelinin veri durumunu iyi yansıtır yansıtmadığının bir göstergesi olduğundan, zayıf bir uyum iyiliği, sonuçları güvenilmez hale getirir. Bu nedenle, uyum iyiliği indeksleri aracılığıyla model değerlendirmesi, Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) sonuçları yorumlanırken yapılması gereken birincil işlemdir (Kang ve Ahn, 2021, s. 160).

Araştırmanın birinci modelinde araştırmanın birinci hipotezi test edilmiş olup araştırmanın birinci modeli için kurulan YEM analizi yol grafiği ve analiz sonuçlarına ait istatistik değerleri Şekil 3.11.'de verilmiştir.



Chi-Square=265.70, df=208, P-value=0.00420, RMSEA=0.022

Şekil 3.11. Sağlık Okuryazarlığının Öz Yeterlilik Üzerindeki Etkisine Ait

YEM Modeli

Şekil 3.11.'e göre, çalışmanın birinci modeline ilişkin Ki-kare değeri $\chi^2 = 265.70$, sd = 208, p = 0.000 seviyesinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranına bakıldığında ($\chi^2/sd = 1.277$) 3 değerinden düşük olması mükemmel uyuma sahip olduğunu kanıtlar. Yapısal modele ait uyum iyiliği sonuçlarına bakıldığında RMSEA = 0.022, RMR = 0.022, SRMR = 0.012, GFI = 0.96, AGFI = 0.95 ve CFI = 0.99, NFI= 0.99 ve NNFI= 0.99 değerlerini aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bu sonuçlar, kurulan yapısal modelin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunun kanıtıdır.

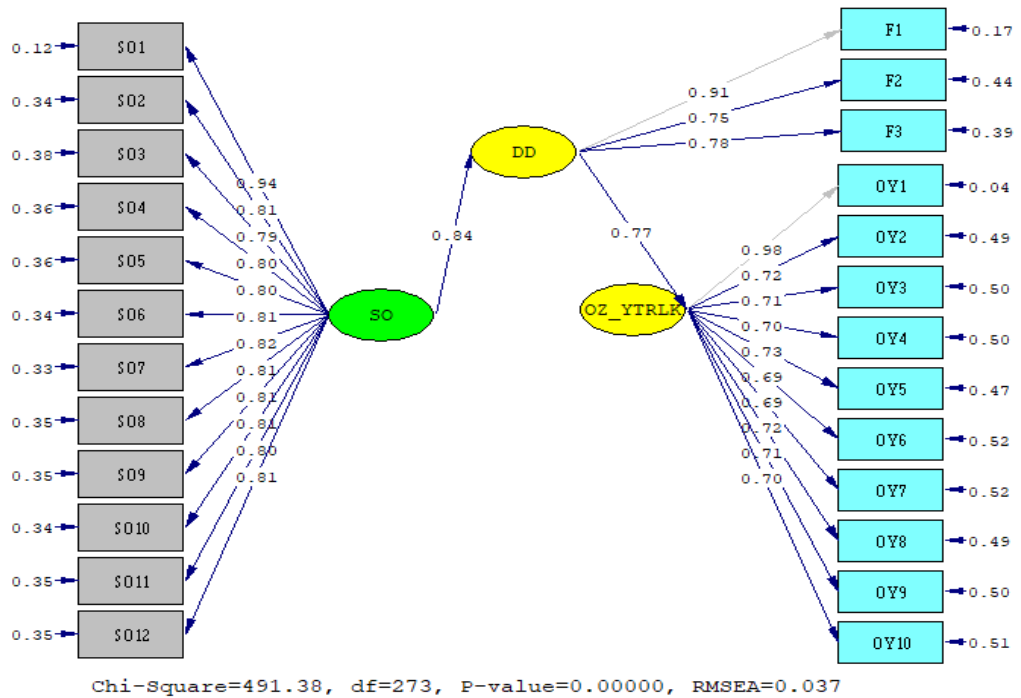
Tablo 3.23. Araştırmanın Birinci Hipotezlerine Ait YEM Sonuçları

Hipotezler	Yollar	S.P.T	t	Sonuç
H ₁ : Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	(SO)→(OZ_YTRLK)	0,78	22.07**	Doğrulandı
**P<0.01; S.P.T: Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri				

Tablo 3.23.'e göre, araştırmanın birinci hipotezi olan sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki pozitif etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kanıtlanmıştır ($\beta=0.78$; $t=22.07>2.58$). Elde edilen bu sonuç, katılımcıların sağlık okuryazarlıklarında bir birimlik artış öz yeterliliklerinde 0.78'lik bir artışa neden olacağını kanıtlamaktadır.

3.7.8. Araştırmanın İkinci Modeline Ait Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları

Araştırmanın ikinci modelinde araştırmanın ikinci ve üçüncü hipotezleri test edilmiştir. Araştırmanın ikinci modeli için kurulan YEM analizi yol şeması ve analiz sonuçlarına ait istatistik değerleri Şekil 3.12.'de verilmiştir.



Şekil 3.12. Çalışmanın İkinci Modeline Ait YEM Modeli

Şekil 3.12.'ye göre, ikinci modelin Ki-kare değeri $\chi^2=491.38$, $sd = 273$, $p = 0.000$ seviyesinde anlamlı olduğu görülmüştür. Ki-kare oranının serbestlik derecesine oranına bakıldığında ($\chi^2/sd = 1.800$) 3 değerinden düşük olması mükemmel uyuma sahip olduğunu kanıtlar. Yapısal modele ait uyum iyiliği oranlarına bakıldığında $RMSEA = 0.037$, $RMR = 0.052$, $SRMR = 0.049$, $GFI = 0.94$, $AGFI = 0.93$ ve $CFI = 0.99$, $NFI = 0.99$ ve $NNFI = 0.99$ değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Tespit edilen bu sonuçlar oluşturulan yapısal modelin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu kanıtlamaktadır.

Tablo 3.24. Araştırmanın Diğer Hipotezlerine Ait YEM Sonuçları

Hipotezler	Yollar	S.P.T	t	Sonuç
H₂: Sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	(SO)→(DD)	0,84	22,23**	Doğrulandı
H₃: Dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	(DD)→(OZ_YTRLK)	0,77	23,00**	Doğrulandı
**P<0.01; S.P.T: Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri				

Tablo 3.24.'e göre, araştırmanın ikinci hipotezi olan sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerindeki pozitif etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0.84$; $t=22.23>2.58$). Bu sonuç, katılımcıların sağlık okuryazarlıklarında bir birimlik artışın dijital dönüşümlerinde 0.84'lük bir artışa neden olacağını kanıtlamaktadır.

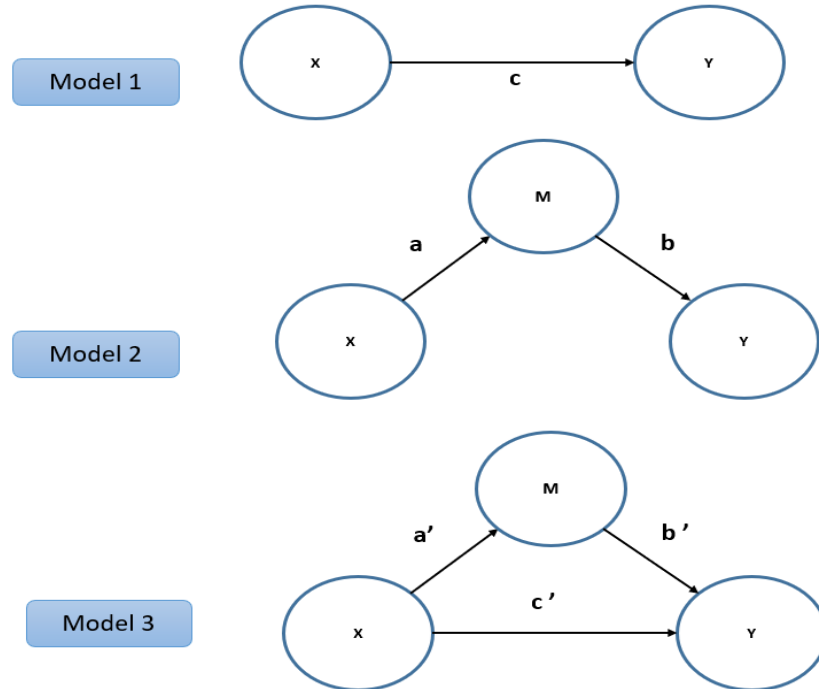
Çalışmanın üçüncü hipotezi olan dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerindeki pozitif etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0.77$; $t=23.00>2.58$). Bu sonuç, katılımcıların dijital dönüşüm düzeylerinde bir birimlik artışın öz yeterlilik düzeylerinde 0.77'lik bir artışa neden olacağını kanıtlamaktadır.

3.7.9. Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular

Çalışmanın dördüncü hipotezi olan sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık rolünü belirlediğimiz modele ait YEM analizi sonuçları Şekil 3.14.'te sunulmuştur.

Yapısal modellerde bir değişkenin aracılık rolü farklı metotlarla tespit edilebilir. Bu yöntemlerden en yaygın olarak kullanılanı ve bilineni Baron ve Kenny'nin (1986) tekniğidir. Bu sebeple bu çalışmada da Baron ve Kenny'nin tekniği kullanılmıştır. Baron ve arkadaşına göre bir değişkenin aracılık rolü 3 kademeli bir modelle tespit edilebilir. Bu model aşağıda Şekil 3.1.3'te sunulmuştur. Bu modele göre, birinci modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi verilmiştir. Yine ikinci modelde bağımsız değişkenin aracı, aracı değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi verilmiştir. Üçüncü modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin araştırıldığı modelde aracı değişkeninde ilave edildiği modeldir. Baron ve Kenny'ye göre aracılık etkisine bakabilmek için model 1 ve 2'deki a, b ve c yollarının anlamlı olması zorunluluğu söz konusudur. Aynı zamanda, eğer aracılık etkisinin ele alındığı üçüncü modelde c yolunun beta oranı birinci modeldeki c değerine göre eksilmiş ise ve anlamlılığını kaybetmemişse o zaman kısmi aracılıktan sözedilir. Eğer anlamlılığını kaybetmiş ise tam aracılıktan sözedilebilir.

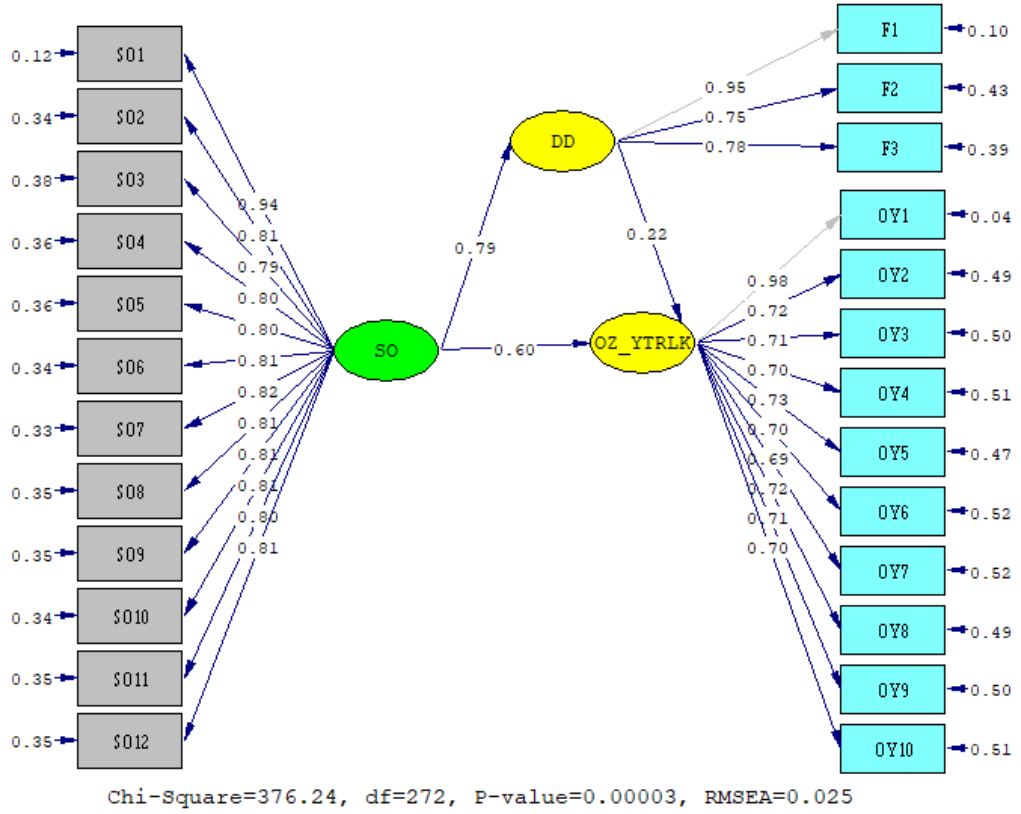
Araştırma amacına uygun olarak oluşturulan modeller için çizilen yollar Şekil 3.13.'te sunulmuştur.



Şekil 3.13. Aracılık Etkisinin İncelenmesi için Oluşturulan Model

Şekil 3.13.'e göre aracılık modelinin incelenmesi için gerekli olan yollara ait model sonuçlarından model bir ve model iki sırasıyla Şekil 3.11. ve Şekil 3.12.'de yukarıda gösterilmiştir.

Aracılık etkisine karar verilecek olan son modele (Model 3'e) ait sonuçlar Şekil 3.14.'te gösterilmiştir.



Şekil 3.14. Sağlık Okuryazarlığın Öz Yeterlilik Üzerindeki Etkisinde Dijital Dönüşümün Aracı Rolüne Ait Path Diyagramı

Şekil 3.14. incelendiğinde, çalışmanın aracılık modeline ilişkin Ki-kare oranı $\chi^2 = 376.24$, $sd = 272$, $p = .000$ seviyesinde anlamlı olduğu görülmüştür. Ki-kare oranının serbestlik derecesine oranı araştırıldığında ($\chi^2/sd = 1.383$) 3 ten düşük olması mükemmel uyuma sahip olduğunu kanıtlamaktadır. Yapısal modele ait uyum iyiliği oranları Tablo 3.25.'te verilmiştir. Tablo 3.25. incelendiğinde $RMSEA = .025$, $RMR = .022$, $SRMR = .020$, $GFI = .95$, $AGFI = .94$, $CFI = .99$, $NFI = .99$ ve $NNFI = .99$ değerlerini aldığı tespit edilmiştir. Bu oranlar kurulan yapısal modelin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu kanıtlamaktadır. Aracılık modeline ait yol katsayıları Tablo 3.26'da verilmiştir.

Tablo 3.25. Yapısal Modele Ait Uyum İyiliği Oranları

Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum İndeksleri	Elde Edilen Bulgular	Sonuç
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	1,383	Mükemmel
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	0,025	Mükemmel
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	0,95	Mükemmel
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0,94	Mükemmel
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	0,99	Mükemmel
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	0,022	Mükemmel
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	0,020	Mükemmel

Tablo 3.26. Araştırmanın Aracılık Hipotezine Ait Etki Oranları

Yol	Etki Katsayıları		
	Standarize β	t	p
SO → DD	0.79	21,43	0,001**
DD → OZ_YTRLK	0.22	4,50	0,001**
SO → OZ_YTRLK	0.60	11,75	0,001**
**p<0.01			

Şekil 3.14. ve Tablo 3.26. incelendiğinde aracılık etkisinin incelenmesi için sağlık okuryazarlığın dijital dönüşüm üzerinde 0.79'luk etkisinin % 99 güven seviyesinde anlamlı olduğu ve dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerindeki etki yolunun 0.22 olduğu ve etkisinin % 99 güven seviyesinde anlamlı olduğu kanıtlanmıştır. Baron ve Kenny'ye göre aracılıktan sözdebilmek için aracı değişkenin olmadığı bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin verildiği ilk modele bakılması gerekmektedir. (Şekil 3.11) Birinci model sonucunda sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinin 0.78 ($t=22.07>2.58$) olduğu kanıtlanmıştır. Aracı değişkenin modele eklenmesi neticesinde Şekil 3.14'deki model incelendiğinde sağlık okuryazarlığın öz yeterlilik üzerindeki etkisinin 0.60 ($t=11.75>2.58$) olduğu belirlenmiştir. Normalde sağlık okuryazarlığın öz yeterlilik üzerindeki etkisinin 0.78 iken aracı değişken olan dijital dönüşüm modele eklendiğinde bu etkinin anlamlılığını sürdürdüğü ama 0.60'a düştüğü belirlendiği için kısmı aracılıktan bahsedilir.

3.7.10. Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Çalışmanın bu aşamasında çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların demografik özelliklerle karşılaştırılması için ikili gruplar arasındaki farkın araştırılması için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla gruplar için tek yönlü anova testi uygulanmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların demografik özelliklerle karşılaştırılmasına ait sonuçlar Tablo 3.27 ve Tablo 3.28’de verilmiştir.

Tablo 3.27. Ölçeklerin Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması-1

Demografik	Grup	Sağlık Okuryazarlığı		Öz Yeterlilik	
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.
Cinsiyet	Kadın	26,00	12,22	23,94	7,69
	Erkek	26,07	12,52	24,26	7,57
	t	-0,069		-0,521	
	p	0,945		0,603	
Yaş	18-25 yaş	18,30	10,01	19,65	6,60
	26-35 yaş	25,97	12,43	23,79	7,40
	36-45 yaş	31,09	11,20	26,11	7,18
	46-55 yaş	27,05	12,17	24,28	7,82
	56-65 yaş	26,47	12,37	25,67	7,75
	65 yaş üstü	26,89	12,48	24,94	7,33
	F	12,709		10,036	
	P	0,001**		0,001**	
Eğitim	İlköğretim	10,95	1,60	17,11	4,17
	Lise	17,35	4,10	20,69	6,18
	Üniversite	36,23	0,96	28,21	5,94
	Lisansüstü	39,54	1,57	30,34	5,10
	F	5.069,05		198,18	
	P	0,001**		0,001**	
Medeni Durum	Bekar	25,94	12,53	23,42	7,75
	Evli	26,48	12,33	24,71	7,51
	Boşanmış	25,19	12,11	24,82	7,70
	Dul	23,40	12,11	21,08	5,77
	F	0,428		2,141	
	P	0,733		0,094	
Meslek	Çalışmıyorum	14,28	5,36	17,67	4,84
	Öğrenci	23,92	11,91	24,28	6,99
	Kamu Çalışanı	36,65	4,99	29,50	5,12
	İşçi	23,99	12,47	23,11	7,67
	Özel Sektör	27,86	12,33	25,01	7,91
	Emekli	25,84	12,39	24,81	7,23
	Ev Hanımı	27,99	12,41	23,98	7,75
	Diğer	28,17	11,90	24,99	7,37

	F	22,001		14,838	
	P	0,001**		0,001**	
Hastane	Devlet Hastanesi	25,60	12,36	23,83	7,69
	Özel Hastane	27,36	12,32	24,93	7,41
	t	-1,499		-1,522	
	p	0,134		0,128	
İl	Malatya	25,74	12,33	23,75	7,70
	Elazığ	26,62	12,47	24,61	7,72
	Bingöl	26,14	12,58	24,06	7,18
	Tunceli	23,68	11,45	23,86	7,21
	F	0,471		0,538	
	P	0,703		0,656	

**P<0.01; *p<0.05; t:Bağımsız Örneklem t-testi; F:Tek Yönlü Anova Testi

Tablo 3.28. Ölçeklerin Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması- 2

		Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme		Sosyal Medya		Dijital Teyit		Dijital Dönüşüm	
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.
Demografik	Grup								
Cinsiyet	Kadın	2,84	1,24	2,78	1,21	2,83	1,23	2,82	1,09
	Erkek	2,91	1,26	2,84	1,26	2,83	1,18	2,86	1,09
	t	-0,678		-0,575		-0,007		-0,431	
	p	0,498		0,566		0,994		0,667	
Yaş	18-25 yaş	2,19	1,14	2,36	1,13	2,32	1,16	2,29	1,04
	26-35 yaş	2,92	1,31	2,87	1,30	2,85	1,25	2,88	1,15
	36-45 yaş	3,22	1,18	2,95	1,22	3,03	1,13	3,06	1,00
	46-55 yaş	2,98	1,23	2,89	1,25	2,98	1,07	2,95	1,04
	56-65 yaş	2,91	1,18	2,88	1,20	2,88	1,22	2,89	1,07
	65 yaş üstü	3,00	1,18	2,91	1,22	2,92	1,28	2,94	1,07
	F	8,540		3,279		4,615		6,573	
	P	0,001**		0,006**		0,001**		0,001**	
Eğitim	İlköğretim	1,61	0,70	1,86	0,92	1,80	0,81	1,76	0,72
	Lise	2,40	1,19	2,50	1,16	2,49	1,20	2,47	1,05
	Üniversite	3,78	0,73	3,34	1,01	3,52	0,90	3,55	0,67
	Lisansüstü	3,70	0,70	3,53	1,05	3,50	0,91	3,57	0,60
	F	222,05		82,17		111,53		188,61	
	P	0,001**		0,001**		0,001**		0,001**	
Medeni Durum	Bekar	2,80	1,22	2,73	1,24	2,73	1,20	2,75	1,08
	Evli	2,95	1,25	2,89	1,25	2,94	1,22	2,93	1,09
	Boşanmış	2,86	1,31	2,81	1,18	2,79	1,16	2,82	1,10
	Dul	2,85	1,39	2,62	1,06	2,73	1,30	2,73	1,14
	F	0,602		0,841		1,483		1,228	

	P	0,614		0,472		0,218		0,299	
Meslek	Çalışmıyorum	2,08	1,13	2,16	1,13	2,26	1,14	2,18	1,05
	Öğrenci	2,61	1,32	2,54	1,30	2,57	1,24	2,57	1,16
	Kamu Çalışanı	3,75	0,73	3,44	1,01	3,36	0,95	3,50	0,64
	İşçi	2,64	1,24	2,69	1,22	2,63	1,21	2,65	1,09
	Özel Sektör	2,98	1,21	2,82	1,28	2,96	1,19	2,92	1,08
	Emekli	2,98	1,26	2,88	1,20	2,88	1,28	2,91	1,11
	Ev Hanımı	2,93	1,31	2,80	1,15	2,94	1,26	2,90	1,13
	Diğer	3,04	1,19	3,06	1,25	3,08	1,10	3,06	1,00
	F	11,478		6,415		5,851		9,588	
	P	0,001**		0,001**		0,001**		0,001**	
Hastane	Devlet Hastanesi	2,84	1,25	2,83	1,26	2,78	1,21	2,81	1,10
	Özel Hastane	2,99	1,24	2,77	1,15	2,97	1,18	2,92	1,05
	t	-1,338		0,509		-1,664		-1,022	
	p	0,182		0,611		0,097		0,307	
İl	Malatya	2,86	1,27	2,77	1,24	2,76	1,19	2,79	1,11
	Elazığ	2,94	1,24	2,90	1,23	2,90	1,24	2,91	1,08
	Bingöl	2,81	1,24	2,76	1,23	2,90	1,24	2,84	1,06
	Tunceli	2,59	1,12	2,57	1,25	2,83	0,99	2,68	1,01
	F	0,619		0,799		0,611		0,620	
	P	0,603		0,495		0,608		0,602	
**P<0.01; *p<0.05; t:Bağımsız Örneklem t-testi; F:Tek Yönlü Anova Testi									

Tablo 3.27. ve Tablo 3.28. incelendiğinde;

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı (F:12.709; p<0.01), öz yeterlilik (F:10.036; p<0.01), Geleneksel sağlık bilgisi edinme (F:8.540; p<0.01), Sosyal Medya (F:3.279; p<0.01), dijital teyit (F:4.615; p<0.01) ve dijital dönüşüm (F:6.573; p<0.01) seviyelerinin yaş gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu kanıtlanmıştır. Gruplar arasındaki farkın sebebinin araştırılması için post hoc testlerinden yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde yaş grubu 18-25 aralığında olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm seviyelerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu kanıtlanmıştır (EK 3.).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı (F:5069,054; p<0.01), öz yeterlilik (F:198,18; p<0.01), geleneksel sağlık bilgisi edinme (F:222,05 p<0.01), sosyal medya (F:82,17; p<0.01), dijital teyit (F:111,53; p<0.01) ve dijital dönüşüm (F:188,61; p<0.01) düzeylerinin eğitim düzeylerine göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu kanıtlanmıştır. Gruplar arasındaki farkın sebebinin araştırılması için post hoc testlerinden yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde eğitim durumu

ilköğretim olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin diğer eğitim gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu kanıtlanmıştır (EK 4.).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı (F:22,001; $p<0.01$), öz yeterlilik (F:14,838; $p<0.01$), geleneksel sağlık bilgisi edinme (F:11,478; $p<0.01$), sosyal medya (F:6,415; $p<0.01$), dijital teyit (F:5,851; $p<0.01$) ve dijital dönüşüm (F:9,588; $p<0.01$) seviyelerinin meslek gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu kanıtlanmıştır. Gruplar arasındaki farkın sebebinin araştırılması için post hoc testlerinden yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde çalışmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm seviyelerinin diğer meslek gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu kanıtlanmıştır (EK 5.).

3.7.11. Regresyon Modelleri

Araştırmanın bu kısmında araştırma modelleri regresyon analizleriyle de test edilmiş ve sonuçlarına yer verilmiştir.

Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin (yordamasının) test edilmesi için regresyon analizi yapılması gereklidir. Regresyon analizlerinin varsayımları incelendiğinde;

- Verilerin dağılımının normal olması (Tablo 3.17.'de incelendi).
- Bağımsız ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin olması (Tablo 3.19.'da incelendi).
- Değişkenler arasında oto korelasyon ve çoklu bağıntı sorunlarının olmaması için durbin watson ve VIF değerleri incelenmiştir (Tablo 3.29.).

Regresyon modeli için oto korelasyon durumlarının kontrolü için “Durbin Watson” değerine bakılmış ve bu değer alt sınırının 1, üst sınırın ise 3 olması gerekliliğinden yapılan regresyon analizi sonucunda bu değer alt ve üst sınırlar arasında olması nedeniyle modellerde oto korelasyon olmadığı tespit edilmiştir (Field, 2005). Bağımsız değişkenin birden fazla olması durumunda bağımlı değişkene olan etkilerinin değerlendirilmesi için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Çoklu doğrusal modelde “çoklu bağıntı” olup olmadığına karar verirken VIF değerine bakılmış ve bu VIF değerinin 10’dan düşük olması (10’dan büyük olmaması)

nedeniyle çoklu bağıntı probleminin olmadığına dair bir göstergedir (Field, 2005). Tüm bu bilgiler doğrultusunda kurulan regresyon modellerinin gerekli olan varsayımlarını karşıladığı gözlemlenmiştir.

3.7.11.1. Aracılık Modeli

Aracılık etkisinde bağımsız değişken aracı değişkeni etkilerken, aracı değişken bağımlı değişkeni etkilemektedir. Nedensel Adım Yaklaşımı'na göre, aracılığı belirlemek için modeldeki bağımsız, aracı ve bağımlı değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olması icap etmektedir. Aracı değişkenin analize eklenmesiyle bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki etki anlamsız oluyorsa tam aracılık, etkide düşüş varsa kısmi aracılık etkisinden bahsedilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 285). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı bağımsız değişken, öz yeterlilik bağımlı değişken, dijital dönüşüm ise aracı değişken olarak belirlenmiştir. Aşağıda Tablo 3.29'da aracılık etkisine ait hiyerarşik regresyon sonucu verilmiştir.

Tablo 3.29. Sağlık Okuryazarlığının Öz Yeterlilik Üzerindeki Etkisinde Dijital Dönüşümün Aracılık Etkisi (Hiyerarşik Regresyon)

Değişkenler	Dijital Dönüşüm	Öz Yeterlilik
	β	β
Model 1		
1.Sağlık Okuryazarlığı	0,062**	
F	582,86	
R ²	0,494	
Düzeltilmiş R ²	0,493	
Durbin Watson:1,944		
Model 2		
1. Sağlık Okuryazarlığı		0,443**
F		638,77
R ²		0,517
Düzeltilmiş R ²		0,516
Durbin Watson:1,888		
Model 3		
1. Sağlık Okuryazarlığı		0,346**
2.Dijital Dönüşüm		1,567**
F		353,01
R ²		0,542
Düzeltilmiş R ²		0,540
Durbin Watson:1,905 VIF:1,975		
*p<0.05, **p<0.01		

Tablo 3.29’da ilk olarak, sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisi incelenmiştir. İnceleme sonucunda, sağlık okuryazarlığı, öz yeterliliği anlamlı ve pozitif ($\beta = .443$, $p < 0.01$) etkilemektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının öz yeterliliğin tek başına %51.6’sını açıkladığı ($R^2: 0.516$) belirlenmiştir. Bu sonuca göre, “H1: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.” hipotezi kabul edilmiştir. İkinci olarak sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerindeki etkisi incelenmiştir. İnceleme sonucunda, sağlık okuryazarlığı dijital dönüşümü anlamlı ve pozitif ($\beta = 0.062$, $p < 0.01$) etkilemektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının tek başına dijital dönüşümün %49.3 oranında açıkladığı ($R^2: 0.493$) belirlenmiştir. Bu sonuca göre, “H2: Sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerinde anlamlı bir etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir. Üçüncü olarak dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerindeki etkisi incelenmiştir. İnceleme sonucunda, dijital dönüşüm öz yeterliliği anlamlı ve pozitif ($\beta = 1.567$, $p < 0.01$) etkilemektedir. Bu sonuca göre, “H3: Dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Son olarak, sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracı etkisi incelenmiştir. İnceleme sonucunda, 3. Modelde aracı değişken modele dahil edildiğinde sağlık okuryazarlığının öz yeterliliği anlamlı ve pozitif yönde ($\beta = 0.346$, $p < 0.01$) etkilemektedir. Bu sonuca göre, “H4: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık rolü vardır.” hipotezi kabul edilmiştir. Dijital dönüşümün analize dahil edilmesinden sonra sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisi 0.443’den 0.346’ya düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ve dijital dönüşümün öz yeterliliğin %54’ünü açıkladığı ($R^2: 0.540$) belirlenmiştir.

Aracılık etkisine daha doğru karar vermek amacıyla sobel testide incelenmiştir. Sobel testi hesaplanırken¹ hesaplama programından faydalanılmıştır. Hesaplama $a*b / (\text{Karekök } b^2 * SEa^2 + a^2 * SE^2)$ formülü uygulanmıştır.

Tablo 3.30. Sobel Testi Sonucu

Yol	Test İstatistiği	Standart Hata	Z	p
SOY==>DİJ-DNSM==>ÖZ-YET	0,0969	0,0174	5,5861	0.001**

¹ <https://quantpsy.org/sobel/sobel.htm> Erişim Tarihi:01/07/2024

Tablo 3.30’da ki sobel testi sonuçlarına göre, dijital dönüşümün dolaylı etkilerinin anlamlı olduğu kanıtlanmıştır ($p=0.001<0.01$). Bu sonuçta sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık rolü olduğuna ispattır.

3.7.11.2. Demografik Özelliklerin Regresyon Modeline Eklenmesi

Araştırmanın bu kısmında bağımsız ve aracı değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin olduğu modele demografik özelliklerde eklenerek incelenmiştir. Demografik özellikler eklenirken bağımlı değişkenin demografik özelliklere göre farklılıkları incelenmiş demografik özelliklerden anlamlı farklılığı olan ve p değeri 0.250’nin altında olan değişkenler regresyon modeline bağımsız değişken olarak eklenmiştir. Kategorik değişkenlerin bağımsız değişken olarak modele eklenmesinde her bir demografik özellik dummy değişken olarak dönüşümü yapılmış ve dummy değişkenler olarak modele eklenmiştir. Model sonucu tablo 3.31’de verilmiştir.

Tablo 3.31. Regresyon Modeli

Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	Beta	S.H	t	p	Tolerance	VIF
B ₀	Sabit	8,834	0,875	10,092	0,001**		
X ₁	Sağlık Okuryazarlığı	0,329	0,028	11,946	0,001**	0,374	2,671
X ₂	Dijital Dönüşüm	1,487	0,274	5,419	0,001**	0,486	2,056
Yaş (X ₃)	26-35 yaş	0,639	0,824	0,776	0,438	0,421	2,377
	36-45 yaş	0,854	0,86	0,993	0,321	0,392	2,554
	46-55 yaş	0,718	0,849	0,845	0,399	0,471	2,124
	56-65 yaş	2,967	0,887	3,344	0,001**	0,384	2,604
	65 +	2,047	0,962	2,129	0,034	0,381	2,622
Eğitim Durumu (X ₄)	Lise	0,272	0,53	0,513	0,608	0,808	1,238
Medeni Durum (X ₅)	Evli	0,843	0,454	1,855	0,064	0,851	1,175
	Boşanmış	1,431	0,694	2,062	0,040*	0,851	1,175
	Dul	-2,478	1,491	-1,662	0,097	0,919	1,088
Meslek (X ₆)	Öğrenci	3,081	1,421	2,168	0,031*	0,737	1,357
	Kamu Çalışanı	2,023	1,031	1,962	0,049*	0,386	2,593
	İşçi	0,533	0,844	0,632	0,528	0,312	3,206
	Özel Sektör	0,828	0,905	0,915	0,361	0,384	2,605
	Emekli	0,217	1,066	0,204	0,838	0,337	2,965
	Ev Hanımı	-0,585	1,111	-0,526	0,599	0,564	1,773
	Diğer	0,524	0,965	0,543	0,587	0,469	2,133

Hastane Tipi (X ₇)	Özel Hastane	0,314	0,488	0,643	0,521	0,979	1,022
**p<0.01; *p<0.05; Durbin Watson:1,918 R ² :0,553; F:40,027; F(p):0,001<0.01							
Bağımsız Değişkenler (X): Sağlık Okuryazarlığı, Dijital Dönüşüm, Yaş, Eğitim Durumu, Medeni Durum, Meslek, Hastane Tipi; Bağımlı Değişken (Y):Öz Yeterlilik							
Not: Eğitim durumunda Üniversite ve Lisansüstü değişkenlerinin VIF değeri sırasıyla 22.261 ve 28.866 çıktığından çoklu bağıntı nedeniyle modelden çıkarılmıştır.							
Referans Değerler: Yaş: 18 - 25 yaş, Eğitim Durumu: İlköğretim, Medeni Durum: Bekar, Meslek: Çalışmıyorum, Hastane: Devlet Hastanesi							

Tablo 3.31 incelendiğinde;

Bağımsız değişkenlerin öz yeterliliğin %55.3'ünü açıkladığı belirlenmiştir (R²:0.553). Katılımcıların sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (β :0.329, $p<0.01$), dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (β :1.487, $p<0.01$), 56-65 yaş aralığının referans değerine göre öz yeterlilik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (β :2.967, $p<0.01$), boşananların referans değerine göre öz yeterlilik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu (β :1.431, $p<0.05$), öğrenci olanların (β :3.081, $p<0.05$) ve kamu çalışanı olanların (β :2.023, $p<0.05$) referans değerine göre öz yeterlilik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilirken diğer değişkenlerin öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ispatlanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak analiz soncunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra elde edilen bulguların ilgili literatür çalışmalarıyla karşılaştırması yapılarak yorumlanmıştır. Son olarak, elde edilen bulgular ışığında bazı önerilerde bulunulmuştur.

Sonuçlar

Araştırma, yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ile dijital dönüşümlerinin öz yeterlilikleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) bölgesindeki hastanelerde son bir yıl içerisinde en az bir kez il merkezlerinde bulunan hastanelerde tedavi görmüş olan 18 yaş ve üzeri okuryazar yetişkin bireylerden anket metoduyla veriler toplanmıştır. Araştırma da üç adet ölçek kullanılmıştır. Araştırmada, gerekli izinler alındıktan sonra araştırmaya katılım sağlamayı kabul eden 600 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır.

İlk olarak ölçeklerin, güvenilirlik ve geçerlilikleri tespit edilmiştir. Anketlerin güvenilirlik ve geçerliliklerinin uygun olduğuna karar verilmiştir. Daha sonra, veriler için tanımlayıcı istatistikler, açıklayıcı faktör analizleri ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Ölçeklere ait ortalamalar ve standart sapmalar incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği tanımlayıcı istatistiklerine göre ankete katılanların verdikleri cevapların ortalamasının genel olarak 2,49'den yüksek olduğu tespit edilmiştir. Anket katılımcılarının verdikleri cevaplar açısından SO8 ve SO12 ifadeleri 2,60 ile en yüksek ortalamaya sahip ifadeler olmuştur. Öz yeterlilik ölçeğinde ise tüm ifadelerin ortalamasının 2,37'den yüksek olduğu tespit edilmiştir. En yüksek ortalamaya 2,45 ile ÖY10 ifadesi sahip olmuştur. En düşük ortalama ise 2,37 ile ÖY7 ifadesine ait olduğu bulunmuştur. Dijital dönüşüm ölçeği için anket katılımcılarının verdikleri cevapların ortalamalarının 2,73'den yüksek olduğu görülmüştür. İfadeler kendi aralarında değerlendirildiğinde DD1 ifadesi 2,95 ile en yüksek ortalamaya sahip ifade olmuştur. En düşük ortalama ise 2,73 ile DD6 ifadesine ait olduğu tespit edilmiştir.

Bu aşamadan sonra araştırma kapsamında anket yardımı ile elde edilen veriler doğrultusunda, ölçeklerin madde analizi, güvenilirlik analizi ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ardından faktör sayısı veya gözlemlenen her değişkenin faktörlerle nasıl ilişkili olduğu hakkında bilgi almak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

İlk aşamada ölçeklerin madde analizi, güvenirlik analizi ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Dijital dönüşüm ölçeğinin, faktör analizi sonucunda 3 faktörlü bir yapıda olduğu ve yüksek düzeyde güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda, toplam varyansın %83.300'ünü açıkladığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin, faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapıda olduğu ve toplam varyansın %69.754'ünü açıkladığı, yüksek düzeyde de güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak, öz yeterlik ölçeğinin, faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapıda olduğu ve toplam varyansın %59.004'ünü açıkladığı ve yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizinden sonra ölçeklerin açıklanan faktör yapısının doğruluğunu tespit edebilmek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır ve uyum kriterleri değerlerine bakılmıştır. Modelin genel olarak iyi uyum sonuçlarını verdiği görülmüştür. Bu sonuçlar açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir. Ayrıca, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin, öz yeterliliklerinin ve dijital dönüşüm düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma da korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizi sonucuna göre araştırmaya dâhil olan katılımcıların sağlık okuryazarlıkları ile öz yeterlilikleri ve sağlık okuryazarlıkları ile dijital dönüşüm düzeyleri arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların öz yeterlilikleri ile dijital dönüşüm düzeyleri arasında ise pozitif yönlü orta güçlükte anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma hipotezlerinin test edilmesi ve araştırma modelini test etmek için YEM analizi yapılmıştır. Araştırma modeli üç aşama da test edilmiştir. YEM analizi sonuçları şu şekildedir:

- Araştırmanın birinci modelinde araştırmanın birinci hipotezi test edilmiştir. Araştırmanın birinci modeline ilişkin Ki-kare değeri anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesinin 3 değerinin altında olduğu tespit edilmiştir. 3 değerinin altında olması mükemmel uyuma sahip olduğunu gösterir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indekslerine bakıldığında, kurulan yapısal modelin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermiştir. Araştırmanın birinci hipotezine ait YEM sonuçlarına göre, araştırmanın birinci hipotezi olan sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik

üzerindeki pozitif etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yani H1 hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen bu sonuç, katılımcıların sağlık okuryazarlıklarında 1 birimlik artışın öz yeterliliklerinde 0.78’lik bir artışa neden olacağını göstermektedir.

- Araştırmanın ikinci modelinde araştırmanın ikinci hipotezi test edilmiştir. İkinci modelin Ki-kare değeri anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesinin 3 değerinin altında olduğu tespit edilmiştir. Üç değerinin altında olması mükemmel uyuma sahip olduğunu gösterir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indekslerine bakıldığında, kurulan yapısal modelin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğu görülmüştür. Araştırmanın ikinci hipotezi olan sağlık okuryazarlığın dijital dönüşüm üzerindeki pozitif etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ve H2 hipotezi kabul edilmiştir. Bu sonuç, katılımcıların sağlık okuryazarlıklarında 1 birimlik artışın dijital dönüşümlerinde 0.84’lük bir artışa neden olacağını göstermektedir.

- Çalışmanın üçüncü hipotezi olan dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerindeki pozitif etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yani H3 hipotezi kabul edilmiştir. Bu sonuç, katılımcıların dijital dönüşüm düzeylerinde 1 birimlik artışın öz yeterlilik düzeylerinde 0.77’lik bir artışa neden olacağını ifade etmektedir.

- Araştırmada aracılık etkisi incelenmiştir. Aracılık etkisi sonuçlarına göre, araştırmanın aracılık modeline ilişkin Ki-kare değeri anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde, serbestlik derecesinin 3 değerinin altında olması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermiştir. Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde, kurulan yapısal modelin kabul edilebilir ve mükemmel uyuma sahip olduğu görülmüştür. Araştırmada, aracılık etkisinin incelenmesi için sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerinde 0.79’luk etkisinin %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu ve dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerindeki etki yolunun 0.22 olduğu ve etkisinin %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür. Normalde sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinin 0.78 iken aracı değişken olan dijital dönüşüm modele dahil

edildiğinde bu etkinin anlamlılığını devam ettirdiği ama 0.60'a düştüğü belirlendiği için kısmı aracılık etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar demografik özelliklerle karşılaştırılmıştır. İkili gruplar arasındaki farkın incelenmesi için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla gruplar için tek yönlü anova testi yapılmıştır. Ayrıca, gruplar arasındaki farkın kaynağının incelenmesi için post hoc testlerinden yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçları şu şekildedir:

- Katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin yaş gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş grubu 18-25 Aralığında olan katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin eğitim düzeylerine göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Eğitim durumu ilköğretim olan katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin diğer eğitim gruplarına göre daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin meslek gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Çalışmayan katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha düşük seviyede olduğu görülmüştür.
- Araştırmada, araştırma modelleri regresyon analizleriyle de test edilmiş ve sonuçlarına yer verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık etkisi hiyerarşik regresyon analizi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları şu şekildedir:

- İlk olarak, sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre, sağlık okuryazarlığı, öz yeterliği anlamlı ve pozitif etkilemektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının öz yeterliğin tek başına %51.6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre, "H1: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır." hipotezi kabul edilmiştir.
- İkinci olarak sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre, sağlık okuryazarlığı dijital dönüşümü anlamlı ve pozitif etkilemektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının tek başına dijital dönüşümün %49.3 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre, "H2:Sağlık okuryazarlığının dijital dönüşüm üzerinde anlamlı bir etkisi vardır." hipotezi kabul edilmiştir.
- Üçüncü olarak dijital dönüşümün öz yeterlik üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre, dijital dönüşüm öz yeterliği anlamlı ve pozitif etkilemektedir. Bu sonuca göre, "H3: Dijital dönüşümün öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi vardır." hipotezi kabul edilmiştir.
- Son olarak, sağlık okuryazarlığının öz yeterlik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracı etkisi analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre, aracı değişken modele dahil edildiğinde sağlık okuryazarlığı öz yeterliği anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir. Bu sonuca göre, "H4: Sağlık okuryazarlığının öz yeterlik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık rolü vardır." hipotezi kabul edilmiştir. Dijital dönüşümün analize dahil edilmesinden sonra sağlık okuryazarlığının öz yeterlik üzerindeki etkisi 0.443'den 0.346'ya düştüğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ve dijital dönüşümün öz yeterliğin %54'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Aracılık etkisine daha doğru karar vermek amacıyla sobel testide uygulanmıştır. Sobel testi sonuçlarına göre, dijital dönüşümün dolaylı etkilerinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçta sağlık okuryazarlığının öz yeterlik üzerindeki etkisinde dijital dönüşümün aracılık rolü olduğunu kanıtlamaktadır.

Araştırmada son olarak, bağımsız ve aracı değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin olduğu modele demografik özelliklerde eklenerek incelenmiştir. Demografik özellikler eklenirken bağımlı değişkenin demografik özelliklere göre farklılıkları incelenmiş demografik özelliklerden anlamlı farklılığı olan ve p değeri 0.250'nin altında olan değişkenler regresyon modeline bağımsız değişken olarak eklenmiştir. Kategorik değişkenlerin bağımsız değişken olarak modele eklenmesinde her bir demografik özellik dummy değişken olarak dönüşümü yapılmış ve dummy değişkenler olarak modele eklenmiştir. İnceleme sonuçları şu şekildedir:

- Bağımsız değişkenlerin öz yeterliğin %55.3'ünü açıkladığı,
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığının öz yeterlik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu,
- Dijital dönüşümün öz yeterlik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu,
- 56-65 yaş aralığının referans değerine göre öz yeterlik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu,
- Boşananların referans değerine göre öz yeterlik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu,
- Öğrenci olanların ve kamu çalışanı olanların referans değerine göre öz yeterlik üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenirken diğer değişkenlerin öz yeterlik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarının daha önce yapılan çalışmalar ile karşılaştırılması yapıldığında literatürdeki farklı çalışmalarla tutarlılık gösterdiği görülmüştür. (Ishikawa ve Yano 2011; Ghaddar vd., 2012; Bohanny vd., 2013; Cho vd., 2014; Levy vd., 2015; Reisi vd., 2016; Zuercher vd., 2017; Dahal ve Hosseinzadeh, 2019; Lwin vd., 2020; Fu vd., 2021; Al-Adhami vd., 2022; Wang vd., 2023; Zhao vd., 2024; Mayukh 2024). Bu çalışmalar aşağıda mevcut çalışmayla birlikte detaylı olarak karşılaştırmalı bir biçimde incelenmiştir.

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı, dijital dönüşüm ve dijital dönüşümün alt faktörleri olan dijital teyit, sosyal medya ve geleneksel sağlık bilgisi edinme faktörlerinin öz yeterliği olumlu etkilediği sonucu elde edilmiştir. Bu sonucun daha önceki çalışmalarla tutarlılık gösterdiği görülmüştür. Wu ve arkadaşları (2022)

yaptıkları çalışmalarında, e-sağlık okuryazarlığının; öz yeterliliğin ve sosyal desteğin kronik hastalık öz yönetimini etkileyen faktörler olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da Wu ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmaya paralel olarak, sağlık okuryazarlığının, dijital dönüşümün, dijital teyitin, sosyal medyanın ve geleneksel sağlık bilgisi edinmenin öz yeterliği etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Berens ve arkadaşları (2022) yaptıkları çalışmalarında, öz yeterlik ve sağlık okuryazarlığının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Öz yeterliliği daha iyi olan katılımcıların sağlık okuryazarlık puanlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Her iki kavramın da çoğu sosyo-demografik faktör ve fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Bu çalışmada da Berens ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmaya paralel olarak, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik, dijital dönüşüm, dijital teyit, sosyal medya ve geleneksel sağlık bilgisi edinme faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların sağlık okuryazarlık, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin yaş, eğitim durumu ve meslek gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde bu araştırmada kullanılan değişkenleri farklı değişkenlerle ele alan benzer çalışmalar ve bu çalışmaların elde ettikleri sonuçları şu şekildedir:

Ishikawa ve Yano (2011), diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, hastanın iletişimsel sağlık okuryazarlığının diyabet öz bakımında öz yeterlik ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ghaddar vd., (2012), lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve çevrimiçi sağlık bilgisi arama ile pozitif olarak ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Güvenilir bir çevrimiçi sağlık bilgisi kaynağına maruz kalmanın daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bohanny vd., (2013), diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Cho vd., (2014), 18 yaş üzeri bireyler ile yaptıkları çalışmalarında, bireylerin sağlık bilincinin sağlık uygulamalarını kullanmaları üzerinde doğrudan bir etkisi olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Levy vd., (2015), 65 yaş üzeri yaşlı yetişkinler ile yaptıkları çalışmalarında, düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireylerin yalnızca %9,7'si sağlık bilgisi edinmek için interneti kullanırken, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanların %31,9'u interneti kullandığı sonucuna ulaşmışlardır. Reisi vd., (2016), diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığının öz yeterlik ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Zuercher vd., (2017), düşük fonksiyonel sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin öz yeterlik puanlarının daha düşük olduğu sonucunu bulmuşlardır. Dahal ve Hosseinzadeh (2019), sağlık okuryazarlığının; diyabet bilgisinin, fiziksel aktivitenin, öz yeterliliğin ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğunu bulmuştur. Lwin vd., (2020), internet okuryazarlığının e-Sağlık kullanımında öz yeterliliği pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda, sağlık bilgisi yöneliminin, hem e-Sağlık kullanımındaki öz yeterliliği hem de e-Sağlık bilgileri değerlendirme sıklığını pozitif yönde etkilediğini bulmuşlardır. Fu vd., (2021), bireylerin sağlık okuryazarlığının, öz yeterlilik, bazı sosyo-demografik özellikler ve yaşam tarzı özellikleri ile, bilgi teknolojisi kullanımı ve sağlık durumuyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Al-Adhami vd., (2022), mülteci göçmenler ile yaptıkları çalışmalarında, göçmenlerin, sınırlı sağlık okuryazarlığının, duygusal destek eksikliğinin ve düşük öz yeterliğin sürekli olarak kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Wang vd., (2023), üniversite öğrencilerinde öz yeterliğin depresif belirtilerle olumsuz yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. E-sağlık okuryazarlığının, öz yeterlik ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Zhao vd., (2024), 18 yaş üzeri yetişkin bireyler ile yaptıkları çalışmalarında, yaş, eğitim düzeyleri, kullanılan teknolojik cihaz sayısı ve sağlık bilgileri için web'in daha fazla kullanılmasının dijital sağlık okuryazarlığı puanlarıyla bağımsız olarak ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Mayukh (2024), daha yüksek e-Sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde değerlendirebilmeleri ve sağlıkları konusunda aşırı kaygılanmaktan kaçınabilmeleri nedeniyle e-Sağlık okuryazarlığının siberkondriye karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yukarıda değinilen çalışmalarda da görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı öz yeterliliğin en önemli öncüsüdür. Çünkü bu çalışma sonucunda, sağlık okuryazarlığı ve dijital dönüşümün öz yeterliliğin %54'ünü

açıkladığı belirlenmiştir. Geriye kalan oranı ise farklı değişkenler tarafından açıklanmaktadır. Bu açıdan, bu çalışma, elde edilen bulgular ışığında sağlık hizmetleri literatürünü genişleterek literatüre katkı sağlamıştır.

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığının, dijital teyit, sosyal medya ve geleneksel sağlık bilgisi edinme faktörlerini içeren dijital dönüşümü ve öz yeterlilik düzeyini, literatürdeki çalışmalara paralel olarak, olumlu etkilediği görülmüştür. Ayrıca, bireylerin sağlık okuryazarlıklarında ve dijital dönüşümlerindeki artışın öz yeterliliklerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, sağlık alanında yapılan önceki çalışmaları desteklemektedir.

Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları, sağlık alanında çalışanlar için önemli çıkarımlar sunmaktadır. Araştırma da, bireylerin sağlık okuryazarlıkları ile öz yeterlikleri arasında, sağlık okuryazarlıkları ile dijital dönüşümleri arasında ve son olarak öz yeterlikleri ile dijital dönüşümleri arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan sağlık hizmeti sunucularının, sağlık okuryazarlığını, dijital dönüşümü ve öz yeterliği önemsemeleri gerekmektedir. Bunun yanında sağlık politika belirleyicilerinin de bu konuyu dikkate almaları gerekmektedir. Araştırma sonucunda, yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık ve dijital dönüşümlerindeki artışın öz yeterlik düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hastalıklar hakkında daha az bilgi sahibi olduklarını ve kendi bakımlarını daha az yapabildiklerini göstermiştir (Gazmararian vd. 2003, s. 267). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin, acil servisleri daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (Baker vd., 2004, s. 219). Acil servislerin daha fazla kullanılması demek sağlık harcamalarının da artması demektir. Toplumun sağlık okuryazarlık ve öz yeterlik düzeyleri arttırılarak acil servislerin kullanım oranları düşürülebilir. Bu bağlamda sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve sürdürülebilirliğin sağlanması için yeni politikaların geliştirilmesi ve halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması gerektiği görülmüştür.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında yapmış olduğu çalıştay sonrası yapılan açıklamada; Türkiye’de ilaç israfının büyük boyutlarda olduğu ve ilacın sağlık harcamaları içinde büyük paya sahip olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda ilaçların

reçete edilmesinde, kullanılmasında yaygın ve ciddi yanlışlıkların yapıldığı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006). Tüm bu sebepler toplumun sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilik düzeylerinin düşük olmasından ve dijital platformları kullanma becerilerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlıklarını ve öz yeterliklerini arttırmaya yönelik eğitimsel ve politik çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bunlara ek olarak, bireylerin sağlıkla alakalı dijital platformlara erişimleri sağlanmalı ve dijital platformları kullanma becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma sonucunda, yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık, öz yeterlik ve dijital dönüşüm düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak şu önerilerde bulunmaktadır:

- Sağlık okuryazarlığının arttırılabilmesi için, sağlık okuryazarlığına katkı için, Sağlık Bakanlığınca doğru bilgiler paylaşılmalıdır.
- İnternette doğru sağlık okuryazarlığı kamu spotları paylaşılmalıdır.
- Bireylerin dijital araçları kullanma yeterlikleri geliştirilmelidir.
- Toplumun infodemi konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu açıdan, insanların doğru ve güvenilir bilgiye erişebilmeleri için gerekli önlemler alınmalıdır. Yanlış bilgilerin hızla yayılmasının önüne geçilmelidir.

Bu çalışmada, yaş grubu 18-25 aralığında olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç bizlere üniversiteye giden genç nüfusun sağlık okuryazarlıklarının düşük olduğunu ve öz yeterlik düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu konuda şunlar önerilebilir:

- Akademik olarak, sağlık okuryazarlığı konularıyla ilgili ve kendine yetme ile ilgili sempozyumlar düzenlenmelidir.
- Her ilin sağlık okuryazarlık düzeyini düzenli bir şekilde tespit ve takip eden aile hekimliğinin bilgilerine başvurularak, toplum bilinçlendirilmelidir.
- Eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılara sağlık okuryazarlığı için bilinçlendirme toplantıları yapılmalıdır.

- Eğitim düzeyi ilköğretim olan bireylere yönelik halk eğitimleri ve sağlık bakanlığı aracılığıyla, bireylerin sağlıklarıyla ilgili dijital platformları kullanma becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler, programlar ve projeler üretmeye teşvik edilmelidir.
- Aile sağlığı merkezi aracılığıyla, eğitim düzeyi ilköğretim olan bireylere evde eğitim kapsamında, dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik eğitimler verilebilir.

Bu çalışmada, çalışmayan ya da işsiz olan kesimin, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik, geleneksel sağlık bilgisi edinme, sosyal medya, dijital teyit ve dijital dönüşüm düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha düşük seviyede olduğu görülmüştür.

- Bu açıdan, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaya yönelik, politika, araştırma, eğitim ve uygulama alanlarından paydaşlar bir araya gelerek çalışmalar yapılmalıdır.
- Toplumun tamamının faydalanabileceği şekilde sağlıkla ilgili dijital platformlara erişimde internet kullanımında, dijital aygıtları kullanma ve internet erişimi teşvik edilmelidir.
- Toplumun sağlık okuryazarlık, öz yeterlik ve dijital dönüşüm düzeylerini arttırabilmek için, her ilde sağlıkla ilgili bireylerin dijital ihtiyaçlarını gidermelerine yardımcı olacak aile hekimliği eğitim uygulaması gündeme alınmalıdır. Böylece, yaşlı ve hasta insanların doğru bilgi alması ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı alanında çalışan profesyoneller için geniş bir iş birliğini teşvik etmek gerekmektedir. Düzenli olarak bireylerin sağlık okuryazarlık ve öz yeterlik düzeylerinin tespit ve takibi yapılmalıdır. Elde edilen sonuçlar değerlendirilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abacıgil, F., Beşer, E., Baran Deniz, E., Erata, M., Harlak, H., Karakaya, K.,...ve Tüzün, H. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması.
- Ahmed, M. H., Guadie, H. A., Ngusie, H. S., Teferi, G. H., Gullslett, M. K., Hailegebreal, S., ... ve Mengiste, S. A. (2022). Digital Health Literacy During The COVID-19 Pandemic Among Health Care Providers İn Resource-Limited Settings: Cross-Sectional Study. *JMIR Nursing*, 5(1), e39866.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü 'Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu'*. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara. s:11-14.
- Akıcı, A., ve Altun, R. (2013). Elektronik (E) Reçete Uygulaması ve Akılcı İlaç Kullanımına Katkısı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 125-133.
- Al Sayah F., Majumdar S., Egede L. ve Johnson J. (2015). Associations Between Health Literacy And Health Outcomes İn A Predominantly Low-Income African American Population With Type 2 Diabetes. *Journal Of Health Communication*, 20(5), 581–588.
- Al-Adhami, M., Berglund, E., Wångdahl, J., ve Salari, R. (2022). A Cross-Sectional Study Of Health And Well-Being Among Newly Settled Refugee Migrants İn Sweden–The Role Of Health Literacy, Social Support And Self-Efficacy. *Plos One*, 17(12), e0279397.
- Angraal, S., Krumholz, H. M., ve Schulz, W. L. (2017). Blockchain Technology: Applications İn Health Care. *Circulation: Cardiovascular Quality And Outcomes*, 10(9), e003800.
- Ardell, D. B. (1977). *High-Level Wellness: An Alternative To Doctors, Drugs, And Disease*. Union Institute and University.

- Ayat, M. ve Sharifi, M. (2016). Maturity Assessment of Hospital Information Systems Based on Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)— Private Hospital Cases in Iran. *International Journal of Communications, Network and System Sciences*, 9(11).
- Baker, D. W. (2006). The Meaning And Measure Of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 878-883.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D. & Peel, J. (2004). Health Literacy And Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, XIX, 3: 215-220.
- Bandura A. (1995). *Self-Efficacy In Changing Societies*. New York, NY: Cambridge University.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism In Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations Of Thought And Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency In Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175.
- Bandura, A. (1990). Perceived Self-Efficacy In The Exercise Of Control Over AIDS Infection. *Evaluation And Program Planning*, 13(1), 9-17.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise Of Control*. Macmillan. s.5
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review Of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Bandura, A. (2008). An Agentic Perspective On Positive Psychology. *Positive Psychology: Exploring The Best In People*, 1, 167-196.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84 (2), 191-215.

- Bao, X., Chen, D., Shi, L., Xia, Y., Shi, Z., ve Wang, D. (2022). The Relationship Between COVID-19-Related Prevention Cognition And Healthy Lifestyle Behaviors Among University Students: Mediated By E-Health Literacy And Self-Efficacy. *Journal of Affective Disorders*, 309, 236-241.
- Baron, M. ve Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction İn Social Psychological Research: Conceptual, Strategic And Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Baydaş, A., & Yalman, F. (2021). Sağlık Hizmetlerinin Etkin Yönetilmesi Açısından Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (22), 791-824.
- Benigeri, M. ve Pluye, P. (2003). Shortcomings Of Health Information On The Internet. *Health Promotion International*. 18(4). 381–386.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance Tests And Goodness Of Fit İn The Analysis Of Covariance Structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588.
- Berens, E. M., Pelikan, J. M., ve Schaeffer, D. (2022). The Effect Of Self-Efficacy On Health Literacy İn The German Population. *Health Promotion International*, 37(1),85.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., ve Crotty, K. (2011). Low Health Literacy And Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals Of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- BİLSAM (Bilgi Yolu Eğitim Kültür ve Sosyal Araştırmalar Merkezi) (2011). *Malatya Vizyon 2023. Malatya İl Gelişim Raporu*. BİLSAM Araştırma Raporları 2. BİLSAM Yayınları, s:67-68.
- Binay, Ş., ve Yiğit, R. (2016). Relationship Between Adolescents' Health Promoting Lifestyle Behaviors and Self-Efficacy. *Journal of Pediatric Research*, 3, 180-186.

- Birnbaum, F., Lewis, D. M., Rosen, R., ve Ranney, M. L. (2015). Patient Engagement And The Design Of Digital Health. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 22(6), 754.
- Blom, A. W., Donovan, R. L., Beswick, A. D., Whitehouse, M. R., & Kunutsor, S. K. (2021). Common Elective Orthopaedic Procedures And Their Clinical Effectiveness: Umbrella Review Of Level 1 Evidence. *BMJ*, 374.
- Bohanny W., Wu S. F., Liu C. Y., Yeh S. H., Tsay S. L. ve Wang T. J. (2013). Health Literacy, Self-Efficacy, And Self-Care Behaviors İn Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners*, 25(9), 495–502.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association Between Low Functional Health Literacy And Mortality İn Older Adults: Longitudinal Cohort Study. *BMJ*, 344.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis For Applied Research*. Guilford Publications.
- Bulut S, Yıldız A. ve Kaya S.(2019). Evaluation Of Transition To Electronic Prescriptions İn Turkey: Perspective Of Family Physicians. *International Journal of Health Policy and Management*. 8(1):40–48.
- Büyüköztürk, Ş. (2009). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Ceylan, B. (2024). Malatya’da Yaşayan 18-55 Yaş Arası Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Turkey Health Literacy Journal*, 5(1), 4-11.
- Chakravorty, T., Jha, K., ve Barthwal, S. (2018). Digital Technologies As Enablers Of Care-Quality And Performance: A Conceptual Review Of Hospital Supply Chain Network. *IUP Journal of Supply Chain Management*, 15(3), 7-25.
- Chao, D. Y., Lin, T. M., ve Ma, W. Y. (2019). Enhanced Self-Efficacy And Behavioral Changes Among Patients With Diabetes: Cloud-Based Mobile Health Platform And Mobile App Service. *JMIR Diabetes*, 4(2), e11017.

- Chen, C., Loh, E. W., Kuo, K. N., & Tam, K. W. (2020). The Times They Are A-Changin'—Healthcare 4.0 Is Coming!. *Journal Of Medical Systems*, 44(2), 40.
- Chen, J.Z.; Hsu, H.C.; Tung, H.J.ve Pan, L.Y. (2012). Effects Of Health Literacy To Self-Efficacy And Preventive Care Utilization Among Older Adults. *Epidemiology, Clinical Practice And Health*. 13 (1). 70-76.
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Numeracy, Information Seeking, And Self-Efficacy In Managing Health: An Analysis Using The 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Health Communication*, 29(9), 843-853.
- Chew, L. D., Bradley, K. A., ve Boyko, E. J. (2004). Brief Questions To Identify Patients With Inadequate Health Literacy.
- Chinn, D. ve McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing A Tool To Measure Functional, Communicative And Critical Health Literacy In Primary Healthcare Settings. *Patient Education And Counseling*, 90(2), 247-253.
- Chiuchisan, I., Costin, H. N. ve Geman, O. (2014). Adopting The Internet Of Things Technologies In Health Care Systems. In *2014 International Conference And Exposition On Electrical And Power Engineering (EPE)*, pp. 532-535. IEEE.
- Cho, J., Park, D., & Lee, H. E. (2014). Cognitive Factors Of Using Health Apps: Systematic Analysis Of Relationships Among Health Consciousness, Health Information Orientation, Ehealth Literacy, And Health App Use Efficacy. *Journal Of Medical Internet Research*, 16(5), e125.
- Cho, Y., Lee, S., Arozullah, A., Crittenden, K. (2008). Effects Of Health Literacy On Health Status And Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*. 66 (8), 1809-1816.
- Chung, M. H., Chen, L. K., Peng, L. N., ve Chi, M. J. (2015). Development And Validation Of The Health Literacy Assessment Tool For Older People In Taiwan: Potential Impacts Of Cultural Differences. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 61(2), 289-295.

- Cobianchi, L., Dal Mas, F., Peloso, A., Pugliese, L., Massaro, M., Bagnoli, C., ve Angelos, P. (2020). Planning The Full Recovery Phase: An Antifragile Perspective On Surgery After COVID-19. *Annals of Surgery*, 272(6), e296.
- Collier, J. E. (2020). Applied Structural Equation Modeling Using AMOS: Basic To Advanced Techniques.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha And The İnternal Structure Of Tests. *Psychometrika*.16. 297-334.
- Cui, P., Xia, F., Liu, J., ve Su, X. (2022). The Improvement Path Of E-Health Literacy Of Undergraduates İn Jilin Province Based On The Structural Equation Model. In *Proceedings of the 11th International Conference on Computer Engineering and Networks* (pp. 595-603). Springer Singapore.
- Çömlekçi, M.F. ve Bozkanat, E. (2021). İnfodemide Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi* 41(1). 103–125.
- Dahal, P. K., ve Hosseinzadeh, H. (2019). Association Of Health Literacy And Diabetes Sef-Management: A Systematic Review. *Australian Journal Of Primary Health*, 25(6), 526-533.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid Estimate Of Adult Literacy İn Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Değer, M. S., & Zoroğlu, G. (2019, October). Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanseri Bilgi Yükünün İncelenmesi. In 3. *International 21. National Public Health Congress*.
- Değer, M. S., & Zoroğlu, G. (2021). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Kanseri Bilgi Yüğü İlişkisi. *Anatolian Clinic The Journal Of Medical Sciences*, 26(1), 108-117.
- Della Pelle, C., Orsatti, V., Cipollone, F., ve Cicolini, G. (2018). Health Literacy Among Caregivers Of Patients With Heart Failure: A Multicentre Cross-Sectional Survey. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(3-4), 859-865.

- Deniz, S., Bentli, R., Kalkanlı, M. T., Fırıncı, B., Yalınız, F., Demir, E., ... & Akbaba, M. (2020). Malatya İlinde Çalışan Öğretmenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(1), 28-36.
- DeWalt, D. A., Boone, R. S., & Pignone, M. P. (2007). Literacy And İts Relationship With Self-Efficacy, Trust, And Participation İn Medical Decision Making. *American Journal Of Health Behavior*, 31(1), S27-S35.
- Dixon, A., Robinson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N.ve Magee, H. (2010). Patient Choice: How Patients Choose And How Providers Respond. *The Kings Fund*. London. s:1.
- Donev, D. (2000). Human Health–Definition, Concept And Content. How The Disease Occurs And The Natural Course Of Disease. Modern Concept And Definition Of Healthcare. *Contemporary Diagnostics And Therapy İn Medicine*. Skopje: Faculty Of Medicine, 5-19.
- Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H., ve Liu, C. (2023). Effectiveness Of Digital Health Literacy Interventions İn Older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. *Journal Of Medical Internet Research*, 25, e48166.
- Downing, S. (2011). On Course: Strategies For Creating Success İn College And İn Life. (No Title).
- Dubov, A., ve Shoptawb, S. (2020). The Value And Ethics Of Using Technology To Contain The COVID-19 Epidemic. *The American Journal of Bioethics*, 20(7), W7-W11.
- Dunn, P. ve Hazzard, E. (2019). Technology Approaches to Digital Health Literacy. *International Journal of Cardiology*, 293, 294-296.
- Duong, TV., Aringazina, A., Kayupova, G., Nurjanah, P. T.V., Pham K.M, et al. (2019). Development And Validation Of A New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) For The General Public İn Six Asian Countries. *HLRP*. 3(2), 90-102.

- Durmaz, Y. (2020). *Vakıf Üniversitelerinde Okuyan Öğrencilerin Kişilik Özelliklerinin İçgüdüsel Satın Alma Davranışları Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Dünya Sağlık Örgütü (1982). *2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı*. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, s:17.
- Eden, K. B., Totten, A. M., Kassakian, S. Z., Gorman, P. N., McDonagh, M. S., Devine, B. ve Hersh, W. R. (2016). Barriers And Facilitators To Exchanging Health Information: A Systematic Review. *International Journal Of Medical Informatics*, 88, 44-51.
- Ege, Ş. D., & Hayran, O. (2022). Kurumsal Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi İçin Ölçek Geliştirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 243-256.
- Erci, B. (2006). Reliability And Validity Of The Turkish Version Of Generalized Perceived Self-Efficacy Scale, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2), 58.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *İstatistikçiler Dergisi*. 2. s. 95-104.
- Ertan, İ.M. (2012). *Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı*. 1. Baskı. İstanbul. Legal Hukuk Kitapları Serisi, s:204
- European Commission. (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013: White Paper*. OOEPEC.
- EUROSTAT.https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care Erişim Tarihi:03.10.2024
- Evans, R. S. (2016). Electronic Health Records: Then, Now, And In The Future. *Yearbook Of Medical Informatics*, 25(1), 48-61.
- Fabrigar, L. R., & Wegener, D. T. (2012). Structural Equation Modeling. In *Applied Multivariate Statistics For The Social Sciences* (pp. 549-594). Routledge.
- Fahey, R. A., ve Hino, A. (2020). COVID-19, Digital Privacy, And The Social Limits On Data-Focused Public Health Responses. *International Journal of Information Management*, 55, 102181.

- Field, A. P. (2005). Is The Meta-Analysis Of Correlation Coefficients Accurate When Population Correlations Vary?. *Psychological Methods*, 10(4), 444.
- FKA (Fırat Kalkınma Ajansı) (2010). *TRB1 2010-2013 Bölge Planı*, Fırat Kalkınma Ajansı, Malatya.
- FKA (Fırat Kalkınma Ajansı) (2014). *TRB1 Bölge Planı 2014-2023*. Fırat Kalkınma Ajansı, Malatya, s:33-34.
- FKA (Fırat Kalkınma Ajansı), <https://fka.gov.tr/malatya-tanitim> Erişim Tarihi:30/12/2023
- Flora, D. B., LaBrish, C., & Chalmers, R. P. (2012). Old And New Ideas For Data Screening And Assumption Testing For Exploratory And Confirmatory Factor Analysis. *Frontiers In Psychology*, 3, 55.
- Friedrich, J., Münch, A. K., Thiel, A., Voelter-Mahlknecht, S., & Sudeck, G. (2023). Occupational Health Literacy Scale (OHLS): Development And Validation Of A Domain-Specific Measuring Instrument. *Health Promotion International*, 38(1), daac182.
- Fu, S., Chen, X., ve Deng, S. (2021). Relating Health Information Literacy Self-Efficacy To Information Technology Use And Health Status: A Large-Scale Study Of Chinese Undergraduates. *The Canadian Journal Of Information And Library Science*, 44(1), 38-69.
- Garbers, S.; Schmitt, K.; Rappa, AM.ve Chiasson, MA. (2009). Functional Health Literacy İn Spanish-Speaking Latinas Seeking Breast Cancer Screening Through The National Breast And Cervical Cancer Screening Program. *International Journal Of Women's Health*. 1, 21– 29.
- Garcia-Perez, A., Cegarra-Navarro, J. G., Sallos, M. P., Martinez-Caro, E. ve Chinnaswamy, A. (2023). Resilience İn Healthcare Systems: Cyber Security And Digital Transformation. *Technovation*, 121, 102583.
- Gazmararian, J., Williams, M., Peel, J., Bakerd, D. (2003). Health Literacy And Knowledge Of Chronic Disease. *Patient Education and Counseling*. 51 (3). 267-275.

- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Gerber, B. S., Brodsky, I. G., Lawless, K. A., Smolin, L. I., Arozullah, A. M., Smith, E. V., ... & Eiser, A. R. (2005). Implementation And Evaluation Of A Low-Literacy Diabetes Education Computer Multimedia Application. *Diabetes Care*, 28(7), 1574-1580.
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent Health Literacy: The Importance Of Credible Sources For Online Health Information. *Journal Of School Health*, 82(1), 28-36.
- Goddard, R. D., & Goddard, Y. L. (2001). A Multilevel Analysis Of The Relationship Between Teacher And Collective Efficacy In Urban Schools. *Teaching And Teacher Education*, 17(7), 807-818.
- Gogtay, N. J., & Thatte, U. M. (2017). An Introduction To Meta-Analysis. *J. Assoc. Physicians India*, 65, 78-85.
- Gordon, W. J., Fairhall, A., ve Landman, A. (2017). Threats To Information Security Public Health Implications. *New England Journal of Medicine*, 377(8), 707-709.
- Greaves, F., Joshi, I., Campbell, M., Roberts, S., Patel, N., ve Powell, J. (2018). What Is An Appropriate Level Of Evidence For A Digital Health Intervention?. *The Lancet*, 392(10165), 2665-2667.
- Green, J., Lo Bianco, J., & Wyn, J. (2007). Discourses In Interaction: The Intersection Of Literacy And Health Research Internationally. *Literacy And Numeracy Studies*, 15(2), 19-37.
- Gümüş, T. (2010). *Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü*. 1. Baskı. İstanbul. On İki Levha Yayıncılık, 344-346.
- Gürbüz, S. ve şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara. Seçkin Yayıncılık. S:160-331.
- Güven, M., & Aslan, M. (2020). Bilgi teknolojilerinin çalışanların performansına ve motivasyonuna etkisi: TRB1 bölgesindeki KOBİ'lerde bir uygulama. *Bingöl üniversitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi dergisi*, 4(1), 35-54.

- Haghdoost, A. A., Rakhshani, F., Aarabi, M., Montazeri, A., Tavousi, M., Solimanian, A., ... ve Iranpour, A. (2015). Iranian Health Literacy Questionnaire (IHLQ): An Instrument For Measuring Health Literacy In Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6).
- Hair Jr, J. F., Howard, M. C., & Nitzl, C. (2020). Assessing Measurement Model Quality In PLS-SEM Using Confirmatory Composite Analysis. *Journal Of Business Research*. 109, 101-110.
- Hall, A. K., Bernhardt, J. M., Dodd, V., & Vollrath, M. W. (2015). The Digital Health Divide: Evaluating Online Health Information Access And Use Among Older Adults. *Health Education & Behavior*, 42(2), 202-209.
- Häyrynen, K., Saranto, K., ve Nykänen, P. (2008). Definition, Structure, Content, Use And Impacts Of Electronic Health Records: A Review Of The Research Literature. *International Journal Of Medical Informatics*, 77(5), 291-304.
- Health Literacy, Australia.
(2006): [https://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/4233.0Main%20Features22006](https://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/4233.0>Main%20Features22006) Erişim Tarihi:28.01.2024
- Heckinger, E. A., Bennett, C. L., Davis, T., & Wolf, M. S. (2004). Health Literacy And Cancer Care: Do Patients Really Understand. *Journal Of Clinical Oncology*, 22(14_suppl), 6045-6045.
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., van der Heide, I., ... & Rademakers, J. (2015). *Study On Sound Evidence For A Better Understanding Of Health Literacy In The European Union*. Brussels: European Commission.
- Hibbard, J. H., Peters, E., Dixon, A., & Tusler, M. (2007). Consumer Competencies And The Use Of Comparative Quality Information: It Isn't Just About Literacy. *Medical Care Research and Review*, 64(4), 379-394.
- Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Life Stress, Hassles, and Self-Efficacy in Aging: A Replication and Extension 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(6), 574-592.

Hsu, W., Chiang, C. ve Yang, S. (2014). The Effect Of Individual Factors On Health Behaviors Among College Students: The Mediating Effects Of Ehealth Literacy. *Journal Of Medical Internet Research*. 16 (12). 2

<https://quantpsy.org/sobel/sobel.htm> Erişim Tarihi:23.09.2024

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria For Fit Indexes In Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.

Ienca, M., ve Vayena, E. (2020). On The Responsible Use Of Digital Data To Tackle The COVID-19 Pandemic. *Nature Medicine*, 26(4), 463-464.

Inoue M., Takahashi M. ve Kai I. (2013). Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy In Diabetes Management: A Cross-Sectional Study Of Primary Care In Japan. *BMC Family Practice*, 14, 1-9.

Intarakamhang, U., ve Kwanchuen, Y. (2016). The Development And Application Of The ABCDE-Health Literacy Scale For Thais. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594.

Ishikawa H. ve Yano E. (2011). The Relationship Of Patient Participation And Diabetes Outcomes For Patients With High Vs. Low Health Literacy. *Patient Education And Counseling*, 84(3), 393–397.

Jang, M. (2023). Why Do People Use Telemedicine Apps in the Post-COVID-19 Era? Expanded TAM with E-Health Literacy and Social Influence. In *Informatics* (Vol. 10, No. 4, p. 85). MDPI.

Jensen, J. D., King, A. J., Davis, L. A., & Guntzviller, L. M. (2010). Utilization Of Internet Technology By Low-Income Adults: The Role Of Health Literacy, Health Numeracy, And Computer Assistance. *Journal Of Aging And Health*, 22(6), 804-826.

Jibb, L. A., Cafazzo, J. A., Nathan, P. C., Seto, E., Stevens, B. J., Nguyen, C., ve Stinson, J. N. (2017). Development Of A Mhealth Real-Time Pain Self-Management App For Adolescents With Cancer: An Iterative Usability Testing Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(4), 283-294.

- Jordan, J. E., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R. ve Osborne, R. H. (2013). The Health Literacy Management Scale (Helms): A Measure Of An İndividual's Capacity To Seek, Understand And Use Health Information Within The Healthcare Setting. *Patient Education And Counseling*, 91(2), 228-235.
- Jung, J., Yu, J. ve H. Kang, H. (2012). Effects Of Virtual Reality Treadmill Training On Balance And Balance Self-Efficacy İn Stroke Patients With A History Of Falling. *Journal of Physical Therapy Science*. 24 (11). 1133-1136.
- Jung, S. Y., Lee, K., Lee, H. Y., ve Hwang, H. (2020). Barriers And Facilitators To İmplementation Of Nationwide Electronic Health Records İn The Russian Far East: A Qualitative Analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 143, 104244.
- Kalaycı Oflaz, N. (2021). *Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*. Aktif Yayınevi. 1. Basım. İstanbul. s:3
- Kan, A., & Akbaş, A. (2005). Lise Öğrencilerinin Kimya Dersine Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2).
- Kang, H. Ve Ahn, J.W. (2021). Model Setting and Interpretation of Results in Research Using Structural Equation Modeling: A Checklist with Guiding Questions for Reporting. *Asian Nursing Research*. 15 (3). P. 157-162.
- Kang, S. J., Lee, T. W., Paasche-Orlow, M. K., Kim, G. S., ve Won, H. K. (2014). Development And Evaluation Of The Korean Health Literacy Instrument. *Journal Of Health Communication*, 19(sup2), 254-266.
- Kanitez, N. A. (2019). Central Physician Appointment System (MHRS) Problems And Solution Proposal İn Spesific Outpatient Clinics. *Journal of Turkish Society for Rheumatology*, 11(1), 42.
- Kapoor, A., Guha, S., Das, M. K., Goswami, K. C., ve Yadav, R. (2020). Digital Healthcare: The Only Solution For Better Healthcare During COVID-19 Pandemic?. *Indian Heart Journal*, 72(2), 61-64.

- Karahan Yılmaz, S. ve Eskici, G. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 19-25.
- Kemaloğlu, Ş. (2022). Sağlık Sektörü Harcamalarının Makroekonomik Göstergeler Üzerindeki Etkisinin Analizi: Avrupa'nın Önde Gelen 5 Ülkesi Ve Türkiye Üzerine Bir Analiz. *Yüksek Lisans Tezi*. MEF Üniversitesi.
- Kesgin, M. T., Pehlivan, S., & Uymaz, P. (2020). Study of validity and reliability of the Mental Health Literacy Scale in Turkish/Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Gecerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(S2), 5-14.
- Kim, H., Lee, H., Park, J. I., Choi, C. H., Park, S. Y., Kim, H. J., ve Ye, S. J. (2017). Smartphone Application For Mechanical Quality Assurance Of Medical Linear Accelerators. *Physics in Medicine & Biology*, 62(11), 257.
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health Literacy: A Prescription To End Confusion.
- Klassen, R. M., & Usher, E. L. (2010). Self-Efficacy In Educational Settings: Recent Research And Emerging Directions. *The Decade Ahead: Theoretical Perspectives On Motivation And Achievement*, 16, 1-33.
- Klewes, J., Popp, D., ve Rost-Hein, M. (2017). Digital Transformation And Communications: How Key Trends Will Transform The Way Companies Communicate. *Out-thinking Organizational Communications: The Impact of Digital Transformation*, 7-31.
- Kline, R. B. (2023). *Principles And Practice Of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications.
- Koçak, O., Tiryaki, D. (2011). Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Yıl:10, Sayı:19, ss.51-84.
- Köksal, M.O. ve Akgül, B. (2023). The Role Of Digital Health Technologies In Disaster Response. *The Lancet*. 401(10388), 1566-1567.

- Kurbanoglu, S. (2003). Self-Efficacy: A Concept Closely Linked To Information Literacy And Lifelong Learning. *Journal Of Documentation*, 59(6), 635-646.
- Lawrance, L., & McLeroy, K. R. (1986). Self-Efficacy And Health Education. *Journal Of School Health*, 56(8), 317-321.
- Lee Y. J., Shin S. J., Wang R. H., Lin K. D., Lee Y. L. ve Wang Y. H. (2016). Pathways Of Empowerment Perceptions, Health Literacy, Self-Efficacy, And Self-Care Behaviors To Glycemic Control In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Patient Education And Counseling*, 99(2), 287–294.
- Lee, B. E., Uhm, J. Y., ve Kim, M. S. (2023). Effects Of Social Support And Self-Efficacy On Ehealth Literacy In Korean Women Undergoing Breast Cancer Treatment: A Secondary Analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 100267.
- Lee, E. H., Lee, Y. W., Lee, K. W., Nam, M., & Kim, S. H. (2018). A New Comprehensive Diabetes Health Literacy Scale: Development And Psychometric Evaluation. *International Journal Of Nursing Studies*, 88, 1-8.
- Lee, H., Lim, J. A., ve Nam, H. K. (2022). Effect Of A Digital Literacy Program On Older Adults' Digital Social Behavior: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12404.
- Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Rozier, R. G., & Vann Jr, W. F. (2012). The Relationship Of Oral Health Literacy And Self-Efficacy With Oral Health Status And Dental Neglect. *American Journal Of Public Health*, 102(5), 923-929.
- Lee, LL.; Avis, M.; Arthur, A. (2007). The Role Of Self-Efficacy In Older People's Decisions To Initiate And Maintain Regular Walking As Exercise – Findings From A Qualitative Study. *Preventive Medicine*. 45 (1). 62– 65.
- Lee, SY.; Tsai, TI.; Tsai, YW.; Kuo, KN. (2010). Health Literacy, Health Status, And Healthcare Utilization Of Taiwanese Adults: Results From A National Survey. *BMC Public Health*. 10, 614– 622.

- Levy, H., Janke, A. T., & Langa, K. M. (2015). Health Literacy And The Digital Divide Among Older Americans. *Journal Of General Internal Medicine*, 30, 284-289.
- Li, Y. (2014). Introduction Of 2012 Chinese Residents Health Literacy Monitoring Program. *Chin J Health Educ*, 30(6), 563-565.
- Liang, X., Barua, M., Chen, L., Lu, R., Shen, X., Li, X., ve Luo, H. Y. (2012). Enabling Pervasive Healthcare Through Continuous Remote Health Monitoring. *IEEE Wireless Communications*, 19(6), 10-18.
- Locke, E. A., ve Latham, G. P. (1990). *A Theory Of Goal Setting And Task Performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lwin, M. O., Panchapakesan, C., Sheldenkar, A., Calvert, G. A., Lim, L. K., ve Lu, J. (2020). Determinants Of Ehealth Literacy Among Adults In China. *Journal of Health Communication*, 25(5), 385-393.
- Maddikunta, P. K. R., Pham, Q. V., Prabadevi, B., Deepa, N., Dev, K., Gadekallu, T. R. ve Liyanage, M. (2022). Industry 5.0: A Survey On Enabling Technologies And Potential Applications. *Journal of Industrial Information Integration*, 26, 100257.
- Manteghinejad, A., ve Javanmard, S. H. (2021). Challenges And Opportunities Of Digital Health In A Post-COVID19 World. *Journal Of Research In Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 26. 2021-2026.
- Martínez-Caro, E., Cegarra-Navarro, J. G., García-Pérez, A., ve Fait, M. (2018). Healthcare Service Evolution Towards The Internet Of Things: An End-User Perspective. *Technological Forecasting And Social Change*, 136, 268-276.
- Martínez-Caro, E., Cegarra-Navarro, J. G., ve Alfonso-Ruiz, F. J. (2020). Digital Technologies And Firm Performance: The Role Of Digital Organisational Culture. *Technological Forecasting and Social Change*, 154, 119962.
- Martínez-Caro, E., Cegarra-Navarro, J. G., ve Solano-Lorente, M. (2013). Understanding Patient E-Loyalty Toward Online Health Care Services. *Health Care Management Review*, 38(1), 61-70.

- Matsumoto, M., ve Nakayama, K. (2017). Development Of The Health Literacy On Social Determinants Of Health Questionnaire In Japanese Adults. *BMC Public Health*, 17(1), 1-11.
- Mayukh, N. (2024). The Influence of eHealth Literacy and Self-Efficacy on Online Health Information-Seeking Behaviour among University Students: Cyberchondria as a Mediator. *Journal of Communication, Language and Culture*, 4(1), 40-60.
- McCleary-Jones V. (2011). Health Literacy And Its Association With Diabetes Knowledge, Self-Efficacy And Disease Self-Management Among African Americans With Diabetes Mellitus. *The Association Of Black Nursing Faculty Journal*, 22(2), 25-32.
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, N. D., Squire, C., Schillinger, D., ... ve Hibbard, J. (2010). Measuring Health Literacy: A Pilot Study Of A New Skills-Based Instrument. *Journal Of Health Communication*, 15(S2), 51-71.
- McGinn, C. A., Grenier, S., Duplantie, J., Shaw, N., Sicotte, C., Mathieu, L. ve Gagnon, M. P. (2011). Comparison Of User Groups' Perspectives Of Barriers And Facilitators To Implementing Electronic Health Records: A Systematic Review. *BMC Medicine*, 9(1), 1-10.
- Meldgaard, M., Gamborg, M., ve Maindal, H.T. (2022). Health Literacy Levels Among Women In The Prenatal Period: A Systematic Review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 34. 2.
- Milam, L. A., Cohen, G. L., Mueller, C., & Salles, A. (2019). The Relationship Between Self-Efficacy And Well-Being Among Surgical Residents. *Journal Of Surgical Education*, 76(2), 321-328.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2007). A Time And A Place For Incremental Fit Indices. *Personality And Individual Differences*, 42(5), 869-874.
- Miller, DP.; Brownlee, CD.; McCoy, TP.; Pignone, MP (2007). The Effect Of Health Literacy On Knowledge And Receipt Of Colorectal Cancer Screening: A Survey Study. *BMC Family Practice*. 8 (16), 1- 7.

- Montgomery, D. C., Peck, E. A., & Vining, G. G. (2021). *Introduction To Linear Regression Analysis*. John Wiley & Sons.
- Moore, C., Gallagher, P., & Dunne, S. (2024). Health Literacy, Ehealth Literacy And Their Association With Burden, Distress, And Self-Efficacy Among Cancer Caregivers. *Frontiers In Psychology*, 15, 1283227.
- Morilla, M. D., Sans, M., Casasa, A., ve Giménez, N. (2017). Implementing Technology In Healthcare: Insights From Physicians. *BMC Medical Informatics And Decision Making*, 17, 1-9.
- Moscone F., Siciliani, L., Tosetti, E., Vittadini, G. (2020). Do Public And Private Hospitals Differ In Quality? Evidence From Italy. *Regional Science and Urban Economics*. V:83. s:5.
- Murray, T. S., Hagey, J., Willms, D., Shillington, R., ve Desjardins, R. (2008). Health Literacy In Canada: A Healthy Understanding.
- Nakagami, K., Yamauchi, T., Noguchi, H., Maeda, T., ve Nakagami, T. (2014). Development And Validation Of A New Instrument For Testing Functional Health Literacy In J Apanese Adults. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 201-208.
- Nejatian, M., Tehrani, H., Momeniyan, V., & Jafari, A. (2021). A Modified Version Of The Mental Health Literacy Scale (MHLS) In Iranian People. *BMC psychiatry*, 21, 1-11.
- Neter, E., ve Brainin, E. (2012). Ehealth Literacy: Extending The Digital Divide To The Realm Of Health Information. *Journal Of Medical Internet Research*, 14(1), 19.
- NHS, <https://digital.nhs.uk/> Erişim Tarihi:26.01.2024
- Niu, Z., Willoughby, J., & Zhou, R. (2021). Associations Of Health Literacy, Social Media Use, And Self-Efficacy With Health Information–Seeking Intentions Among Social Media Users In China: Cross-Sectional Survey. *Journal Of Medical Internet Research*, 23(2), e19134.

- Norman, C. D., ve Skinner, H. A. (2006). Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health In A Networked World. *Journal Of Medical Internet Research*, 8(2), 506.
- Nutbeam D. (2000). Health Literacy As A Public Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promotion International*. 15 (3), 259-267.
- OECD (2023), "Health Care Financing In Times Of High Inflation", OECD, Paris, <https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf>. Erişim Tarihi: 02.10.2024
- OECD, (2023), *Health Statistics*, https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/component-65.html#indicator-d1e31014-f5d024543f E.T.:02.10.2024
- OECD. (2023). *Health Spending*. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/component-54.html#indicator-d1e28843-76ae5f452f Erişim Tarihi: 02.10.2024
- Offner, K. L., Sitnikova, E., Joiner, K., ve MacIntyre, C. R. (2021). Towards Understanding Cybersecurity Capability In Australian Healthcare Organisations: A Systematic Review Of Recent Trends, Threats And Mitigation. *Health Security Intelligence*, 35(4), 92-121.
- Osborn, C. Y., Cavanaugh, K., Wallston, K. A., ve Rothman, R. L. (2010). Self-Efficacy Links Health Literacy And Numeracy To Glycemic Control. *Journal Of Health Communication*, 15(S2), 146-158.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., ve Buchbinder, R. (2013). The Grounded Psychometric Development And Initial Validation Of The Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 1-17.
- Oza, S., Jazayeri, D., Teich, J. M., Ball, E., Nankubuge, P. A., Rwebembera, J. ve Fraser, H. S. (2017). Development And Deployment Of The Openmrs-Ebola Electronic Health Record System For An Ebola Treatment Center In Sierra Leone. *Journal Of Medical Internet Research*, 19(8), 294.

- Özata, M.(2009). Sağlık Bakanlığı Ve Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Yürütülen E-Sağlık Projelerinin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*.444-464.
- Özdemir, A.A. ve Alakoç Burma,Z. (2023). Geleceğin Sağlık Hizmetleri için Sağlıkta Dijital Dönüşüm ve İnovasyon: Türkiye Küresel İnovasyon Endeksi 2018-2022 Arası Zaman Serisi Analizi . *Açta İnfológica* , 7 (2), 317-332 .
- Özdemir,H.; Alper,Z.; Uncu,Y. ve Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464–477.
- Öztekin, Z. (2001). *Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri*. Yeni Türkiye. Sağlık Özel Sayısı-I. Ankara. s: 295.
- Paakkari L. Ve Okan O. (2020). COVID-19: Health Literacy Is An Underestimated Problem. *Lancet Public Health*. 5(5), 249-250.
- Pajares, F. (1997). Current Directions İn Self-Efficacy Research. *Advances İn Motivation And Achievement*, 10(149), 1-49.
- Pan American Health Organization
http://saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=326&Itemid=1027&lang=en Erişim Tarihi:30.01.2023
- Parker, R. (2009). Measuring Health Literacy: What? So What? Now What. In *Measures Of Health Literacy: Workshop Summary* (pp. 91-98). Washington, DC: National Academies Press.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., ve Nurss, J. R. (1995). The Test Of Functional Health Literacy İn Adults: A New Instrument For Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal Of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Parviainen, P., Tihinen, M., Kääriäinen, J., ve Teppola, S. (2017). Tackling The Digitalization Challenge: How To Benefit From Digitalization İn Practice. *International Journal Of Information Systems And Project Management*, 5(1), 63-77.
- Patır, S. (2009). Faktör Analizi İle Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 69-86.

- Patır, S., & Yıldız, M. S. (2008). İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Öğrencilerinin Sayısal Derslerdeki Başarısızlık Nedenleri Ve Çözüm Önerileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), 293-315.
- Pleasant, A., ve Kuruville, S. (2008). A Tale Of Two Health Literacies: Public Health And Clinical Approaches To Health Literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159.
- Pointer, P. (2020). The Rise Of Telemedicine: How To Mitigate Potential Fraud. *Computer Fraud & Security*, 2020(6), 6-8.
- Posawang, P., & Vatcharavongvan, P. (2024). Development Of Health Literacy Assessment Scale For Thai Stroke Patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 31(4), 336-344.
- Prochaska, J.O. ve Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model Of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*. 12 (1). 38-48.
- Raimo, N., Turi, İ.D., Albergo, F., Vitolla, F. (2022). The Drivers Of The Digital Transformation İn The Healthcare Industry: An Empirical Analysis İn Italian Hospitals. *Technovation*.
- Redland, A. ve Stuijbergen, A.K. (1993). Strategies For Maintenance Of Health Promoting Behaviors. *Nurs Clin North Am*. 28(2), 428
- Redmond, B. F. (2010). Self-Efficacy Theory: Do I Think That I Can Succeed İn My Work. *Work Attitudes And Motivation*.
- Reisi M., Mostafavi F., Javadzade H., Mahaki B., Tavassoli E. ve Sharifirad G. (2016). Impact Of Health Literacy, Self-Efficacy, And Outcome Expectations On Adherence To Self-Care Behaviors İn Iranians With Type 2 Diabetes. *Oman Medical Journal*, 31(1), 52–59.
- Ricciardi, W. (2019). Assessing The İmpact Of Digital Transformation Of Health Services: Opinion By The Expert Panel On Effective Ways Of Investing İn Health (EXPH). *European Journal of Public Health*, 29(4), 185-769.
- Rootman, I. (2006). Health literacy: Where are the Canadian doctors?. *CMAJ*, 175(6), 606-606.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies For Internal Versus External Control Of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- Roy, S. C. (1984). *Introduction To Nursing: An Adaptation Model* (Vol. 84, No. 10, p. 1331). LWW.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience And Protective Mechanisms. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sağlık Bakanlığı (2004). Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak,s:10.
- Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı (2012).
<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf? tag1=732DB6BBC0692DEE6FC458B05035CFCDB14F1F97>
Erişim Tarihi:27.01.2024
- Sağlık Bakanlığı 2022 Faaliyet Raporu.
<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/45199/0/2022-faaliyet-raporupdf.pdf? tag1=A972367F71B5F050EA1DDC0E1AD110DEDF904131>
Erişim Tarihi:08.05.2023
- Sağlık Bakanlığı. (2006). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Sonuç Raporu. *Akılci İlaç Kullanımı Çalıştayı*. 22–23 Aralık 2006
- Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2020).
<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> Erişim Tarihi:27.01.2024
- Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> Erişim Tarihi:23.01.2024
- Saifudin, A., Aima, M., Sutawidjaya, A., Sugiyono, S. (2021). Hospital Digitalization In The Era Of Industry 4.0 Based On GHRM and Service Quality. *International Journal of Data and Network Science*. 5 (2), 107-114.

- Sakellari, E., Okan, O., Dadaczynski, K., Koutentakis, K., & Lagiou, A. (2024). Digital Health Literacy And Information-Seeking On The Internet In Relation To COVID-19 Among University Students In Greece. *Computer Methods And Programs In Biomedicine Update*, 5, 100139.
- Sargutan AE. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8(3): 400 – 428.
- Sarkar, U., Piette, J. D., Gonzales, R., Lessler, D., Chew, L. D., Reilly, B., ... & Schillinger, D. (2008). Preferences For Self-Management Support: Findings From A Survey Of Diabetes Patients In Safety-Net Health Systems. *Patient Education And Counseling*, 70(1), 102-110.
- Schallmo, D. R., ve Williams, C. A. (2018). *Digital Transformation Now!: Guiding The Successful Digitalization Of Your Business Model*. Springer,
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, Vulnerability, And Self-Beliefs As Health-Related Cognitions: A Systematic Overview. *Psychology And Health*, 9(3), 161-180.
- Seedhouse, D. (1986). Health: A Universal Concern. *Nursing Times*, 82(4), 36-38.
- Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2020). The Effect Of Estimation Methods On SEM Fit Indices. *Educational And Psychological Measurement*, 80(3), 421-445.
- Shi, Y., Ma, D., Zhang, J., ve Chen, B. (2023). In The Digital Age: A Systematic Literature Review Of The E-Health Literacy And Influencing Factors Among Chinese Older Adults. *Journal Of Public Health*, 31(5), 679-687.
- Shieh, C., Mays, R., McDaniel, A. ve Yu, J. (2009). Health Literacy And Its Association With The Use Of Information Sources And With Barriers To Information Seeking In Clinic-Based Pregnant Women. *Health Care for Women International*. 30 (11), 971-988.
- Shin, H., ve Jeon, J. (2023). The Impacts Of Digital Literacy, Attitudes Towards Internet Health Information, And E-Health Literacy On Health Promotion Behavior Among Adults: A Cross-Sectional Study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 35(4), 367-378.

- Shone, L. P., Conn, K. M., Sanders, L., & Halterman, J. S. (2009). The Role Of Parent Health Literacy Among Urban Children With Persistent Asthma. *Patient Education And Counseling*, 75(3), 368-375.
- Shwarzer, R. ve Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In Measures In Health Psychology: A User's Portfolio. *Causal And Control Beliefs Windsor*. 35-37.
- Smith, B., & Magnani, J. W. (2019). New Technologies, New Disparities: The Intersection Of Electronic Health And Digital Health Literacy. *International journal of cardiology*, 292, 280-282.
- Smith, SK.; Trevena, L.; Barratt, A.; Dixon, A.; Nutbeam, D.; Simpson, J.M.; McCaffery, K.J. (2009). Development And Preliminary Evaluation Of A Bowel Cancer Screening Decision Aid For Adults With Lower Literacy. *Patient Education and Counseling*. 75 (3). p:358– 367.
- Sol, D., Griffin, A. S., Bartomeus, I., & Boyce, H. (2011). Exploring Or Avoiding Novel Food Resources? The Novelty Conflict In An Invasive Bird. *Plos One*, 6(5), e19535.
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Banihashemi, H., Nia, H. S., & Haghdooost, A. A. (2016). Validity And Reliability Of The Persian Version Of Templer Death Anxiety Scale In Family Caregivers Of Cancer Patients. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 21(3), 284-290.
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... ve Brand, H. (2015). Health Literacy In Europe: Comparative Results Of The European Health Literacy Survey (HLS-EU). *The European Journal Of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. *BMC Public Health*, 12, 1-13.

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... ve Brand, H. Consortium, obot H.-E.(2013). Measuring Health Literacy In Populations: Illuminating The Design And Development Process Of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948.
- Soylar, P., & Kadioğlu, B. U. (2020). Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 270-276.
- Sönmez, M. (2012). *Paran Kadar Sağlık Türkiye 'de Sağlığın Ticarileşmesi*. 2. Baskı. İstanbul. Yordam Kitap, s:19.
- Striberger R., Axelsson, M., Kumlien, C., Zarrouk, M. (2022). Health Literacy In Patients With İntermittent Claudication İn Relation To Clinical Characteristics, Demographics, Self-Efficacy And Quality Of Life – A Cross-Sectional Study. *Journal of Vascular Nursing*. 40 (3). 121-127.
- Sulku, S. N. (2011). The İmpacts Of Health Care Reforms On The E_Ciency Of The Turkish Public Hospitals: Provincial Markets. *MPRA*. 29598.
- Sun, H., Qian, L., Xue, M., Zhou, T., Qu, J., Zhou, J., ... ve Liu, Y. (2022). The Relationship Between Ehealth Literacy, Social Media Self-Efficacy And Health Communication İntention Among Chinese Nursing Undergraduates: A Cross-Sectional Study. *Frontiers İn Public Health*, 10, 1030887.
- Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., ve Gajović, S. (2017). Concepts And Definitions Of Health And Health-Related Values İn The Knowledge Landscapes Of The Digital Society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431.
- Taba, M., Allen, T. B., Caldwell, P. H., Skinner, S. R., Kang, M., McCaffery, K., ve Scott, K. M. (2022). Adolescents' Self-Efficacy And Digital Health Literacy: A Cross-Sectional Mixed Methods Study. *BMC Public Health*, 22(1), 1223.
- Tabachnick, G. G. and Fidell, L. S. (2007). *Experimental Designs Using ANOVA*. Belmont, CA: Duxbury.
- Taban, S. (2006). Türkiye'de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi. *Sosyo Ekonomi*. Temmuz – Aralık, s. 31-46.

- Tan, M., & Patır, S. (2021). Covid-19 Pandemisi Döneminde Hasta Güçlendirilmesinin Mental İyi Oluşa Etkisinin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4(2), 157-170.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., ve Akalın, H. E. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 6, 42-7.
- TBMM (2012). *Karşılaştırmalı Anayasa Çalışmaları*. Yayın No:4. Ankara. TBMM Basımevi, s:274.
- The Digital Economy and Society Index (DESI). European Commission. URL:<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi> Erişim Tarihi:26.01.2024
- Thomas, J., Barraket, J., Wilson, C. K., Holcombe-James, I., Kennedy, J., Rennie, E. ve MacDonald, T. (2020). Measuring Australia's Digital Divide: The Australian Digital Inclusion Index 2020.
- Tian, C. Y., Xu, R. H., Mo, P. K. H., Dong, D., ve Wong, E. L. Y. (2020). Generic Health Literacy Measurements For Adults: A Scoping Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(21), 7768.
- Topol, E. (2015). *The Patient Will See You Now: The Future Of Medicine Is In Your Hands*. Basic Books.
- Tortorella, G. L., Saurin, T. A., Fogliatto, F. S., Rosa, V. M., Tonetto, L. M., ve Magrabi, F. (2021). Impacts Of Healthcare 4.0 Digital Technologies On The Resilience Of Hospitals. *Technological Forecasting and Social Change*, 166, 120666.
- Tsai, T. I., Lee, S. Y. D., Tsai, Y. W., ve Kuo, K. N. (2010). Methodology And Validation Of Health Literacy Scale Development In Taiwan. *Journal Of Health Communication*, 16(1), 50-61.
- Tschannen-Moran, M., & Hoy, A. W. (2001). Teacher Efficacy: Capturing An Elusive Construct. *Teaching And Teacher Education*, 17(7), 783-805.
- Tschannen-Moran, M., Hoy, A. W., & Hoy, W. K. (1998). Teacher Efficacy: Its Meaning And Measure. *Review Of Educational Research*, 68(2), 202-248.

- TUİK. (2022). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. TUİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676> Erişim Tarihi:05.10.2024
- TUİK. (2023). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. <https://nip.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi:01.12.2023
- TUİK. (2024). <https://cip.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi:07/11/2024
- Turan, N., Güven Özdemir, N., Çulha, Y., Özdemir Aydın, G., Kaya, H., ve Aştı, T. (2021). The Effect Of Undergraduate Nursing Students'e-Health Literacy On Healthy Lifestyle Behaviour. *Global Health Promotion*, 28(3), 6-13.
- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB), <https://evds2.tcmb.gov.tr/> Erişim Tarihi:25.09.2024
- U.S. Department of Education. (2006). *The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*; U.S. Department of Education: Washington, DC, USA.
- Ural, A., ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS İle Veri Analizi*. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Uwambaye, P., Njunwa, K., Nuhu, A., Kumurenzi, A., Isyagi, M., Murererehe, J., ve Ngarambe, D. (2017). Health Care Consumer's Perception Of The Electronic Medical Record (EMR) System Within A Referral Hospital In Kigali, Rwanda. *Rwanda Journal*, 4(1), 48-53.
- Ürdün, E.J., Osborne, R.H., Buchbinder, R. (2011). Critical Appraisal Of Health Literacy Indices Revealed Variable Underlying Constructs, Narrow Content And Psychometric Weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*. 64 (4), 366-379.
- Valentine, J. C., DuBois, D. L., & Cooper, H. (2004). The Relation Between Self-Beliefs And Academic Achievement: A Meta-Analytic Review. *Educational Psychologist*, 39(2), 111-133.
- Wagner, CV.; Semmler, C.; Good, A.; Wardle, J. (2009). Health Literacy And Self-Efficacy For Participating In Colorectal Cancer Screening: The Role Of Information Processing. *Patient Education and Counseling*. 75 (3), 352– 357.

- Wang, J., Thombs, B. D., & Schmid, M. R. (2014). The Swiss Health Literacy Survey: Development And Psychometric Properties Of A Multidimensional Instrument To Assess Competencies For Health. *Health Expectations*, 17(3), 396-417.
- Wang, Y., Song, Y., Zhu, Y., Ji, H., ve Wang, A. (2022). Association Of Ehealth Literacy With Health Promotion Behaviors Of Community-Dwelling Older People: The Chain Mediating Role Of Self-Efficacy And Self-Care Ability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6092.
- Wang, Y., Wang, T., Wang, Y., Liu, Y., Xi, H., ve Zhong, Y. (2023). The Mediating Role Of E-Health Literacy İn Self-Efficacy And Depressive Symptoms Among Chinese College Students.
- Warner, L. M., & Schwarzer, R. (2020). Self-Efficacy And Health. *The Wiley Encyclopedia Of Health Psychology*, 605-613.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... ve Hale, F. A. (2005). Quick Assessment Of Literacy İn Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- White R.O., Osborn C.Y., Gebretsadik T., Kripalani S., Rothman R.L. (2013). Health Literacy, Physician Trust, And Diabetes-Related Self-Care Activities İn Hispanics With Limited Resources. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved*, 24(4), 1756–1768.
- Whittaker, A. A., Aufdenkamp, M., ve Tinley, S. (2009). Barriers And Facilitators To Electronic Documentation İn A Rural Hospital. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 293-300.
- WHO (2020). World Health Statistics. s:9
- WHOS, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061552> Erişim Tarihi: 28.01.2023
- Willie, M. M., ve Nkomo, P. (2019). Digital Transformation İn Healthcare–South Africa Context. *Global Journal of Immunology and Allergic Diseases*, 7(1), 1-5.

- Wolf, MS.; Gazmararian, JA.; Baker, DW. (2007). Health Literacy And Health Risk Behaviors Among Older Adults. *American Journal Of Preventive Medicine*. 32(1). 19 – 24.
- Wolf, MS.; Gazmararian, JA.; Baker, DW. (2005). Health Literacy And Functional Health Status Among Older Adults. *Arch Intern Med*. 165 (17). p: 1946– 1952.
- Wood, MR.; Price, JH.; Dake, JA.; Telljohann, SK.ve Khuder, SA. (2010). African American Parents'/Guardians' Health Literacy And Self-Efficacy And Their Child's Level Of Asthma Control. *Journal Of Pediatric Nursing*. 25 (5), 418– 427.
- World Health Organization (WHO). (2017). The Mandate for Health Literacy.
- World Health Organization. (2013). *Responding To Intimate Partner Violence And Sexual Violence Against Women: WHO Clinical And Policy Guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. Munich Security Conference. Director-General, Tedros Adhanom Ghebreyesus.: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/munich-security-conference> Erişim Tarihi: 01/01/2024
- Wu, Y., Wen, J., Wang, X., Wang, Q., Wang, W., Wang, X., ... ve Cong, L. (2022). Associations Between E-Health Literacy And Chronic Disease Self-Management İn Older Chinese Patients With Chronic Non-Communicable Diseases: A Mediation Analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 2226.
- Xu, X. Y.;Leung, A.Y.M. and Chau, P.H. (2018). Health Literacy, Self-Efficacy, And Associated Factors Among Patients With Diabetes. *Health Literacy Research and Practice*, 2(2):67–77.
- Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *Eurasian Journal Of Family Medicine*, 8(1), 27-35.
- Yang, S. C., Luo, Y. F., ve Chiang, C. H. (2017). The Associations Among İndividual Factors, Ehealth Literacy, And Health-Promoting Lifestyles Among College Students. *Journal Of Medical Internet Research*, 19(1), e15.

- Yeşil, F., & Özçelik, Ç. Ç. (2024). The Development Of Health Literacy Scale For Acute Complications Of Diabetes For Children With Type 1 Diabetes (8–12 years). *Journal of Pediatric Nursing*, 78, e59-e65.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi.
- Zhao, B. Y., Huang, L., Cheng, X., Chen, T. T., Li, S. J., Wang, X. J., ... & Li, H. (2024). Digital Health Literacy And Associated Factors Among İnternet Users From China: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 24(1), 908.
- Zhou, J. ve Fan, T. (2019). Understanding The Factors İnfluencing Patient E-Health Literacy İn Online Health Communities (OHCs): A Social Cognitive Theory Perspective. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 16 (14). 2455.
- Zuercher E., Diatta I. D., Burnand B., Peytremann-Bridevaux I. (2017). Health Literacy And Quality Of Care Of Patients With Diabetes: A Cross-Sectional Analysis. *Primary Care Diabetes*, 11(3), 233–240.

EK 1. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: -102111



T.C.
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve
Yayın Etiği Kurulu

Sayı :33117789/044/102111
Konu :Anketler

ENSTİTÜLERE (SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ)

İlgi :
30.12.2022 tarih ve E-90542 sayılı yazınız.

Enstitünüz tarafınızdan Kuruluşa sunulan "Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dijital Dönüşüm Katkısı: TRB1 Bölgesi Örneği" Doktora Tez Çalışması Kurulumuz tarafından etik yönden değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; söz konusu anket çalışmasının Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesi ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmiş ve araştırma etiği açısından "UYGUN OLDUĞUNA" oy birliği ile karar verilmiştir.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa AGÂH
Kurul Başkanı

e-imzalıdır
Doç. Dr. Mehmet Barış ASLAN
Üye V.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hanne ALTIN
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hikmet TAN
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nurettin BOLELLİ
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Sait PATİR
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Yaşar BAŞ
Üye

e-imzalıdır
Arş. Gör. Fatma GÖRGÜLÜ
Raportör

23.03.2023 Kur.Bşk

: Prof. Dr. M.AGÂH

Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Bingöl Üniversitesi Rektörlüğü Selahaddin-Eyyubi Mah. Üniversite Cad.
No:1 BİNGÖL/TÜRKİYE
Tel:0426 216 00 12-13-14-15 Faks:0426 215 10 20
E-Posta :basli@bingol.edu.tr Elektronik Adres:www.bingol.edu.tr

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

EK 2. Anket Formu



Sayın Katılımcı,

Bu anket, '*Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dijital Dönüşümün Katkısı: TRB1 Bölgesi Örneği*' ni ölçmek amacıyla yapılmaktadır. Toplanan veriler yalnız bilimsel amaçlı olarak kullanılıp üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır.

Ankette yer alan önermelerin doğru cevaplanması, çalışmada doğru sonuçlara ulaşabilme açısından önem arz etmektedir. Kıymetli zamanınızı bu çalışmaya ayırdığınız için teşekkürlerimizi sunmaktayız. Anket ile ilgili bir sorunuz olursa lütfen bana ulaşınız.

(snm.dmrgl.23@gmail.com)

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sait PATIR

Doktora Öğrencisi
Sinem DEMİROĞLU

1.BÖLÜM: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşadığınız il: Malatya () Elazığ () Bingöl () Tunceli ()
2. Son bir yıl içerisinde hastaneye gittiniz mi? : Evet () Hayır ()
3. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
4. Yaşınız: 18 - 25 yaş () 26- 35yaş () 36-45 yaş () 46- 55 yaş ()
56- 65 yaş () 65 yaş üstü ()
5. Eğitim durumunuz: İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
6. Medeni durumunuz: Bekâr () Evli () Boşanmış () Dul (Eşi vefat eden) ()
7. Mesleğiniz: Çalışmıyorum () Öğrenci () Kamu Çalışanı () İşçi ()
Özel sektör () Emekli () Ev Hanımı () Diğer ()
8. Sağlığınızla ilgili en sık tercih ettiğiniz kurum: Devlet Hastanesi () Özel Hastane ()

2. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ	1.Çok Zor	2.Oldukça Zor	3.Oldukça Kolay	4. Çok Kolay
1. Hastalıkların iyileştirilmesine yönelik bilgiye erişebilmek				
2. Hastalıklarla ilgili ilaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.				
3. Sosyal ağlarda yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) sağlığınıza korumaya yönelik bilgileri anlamak.				
4. Stres veya depresyon gibi hastalıkların nasıl iyileştirileceğine dair bilgiye erişebilmek				
5. Hastalıklardan korunmak için arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyelerine göre hareket etmek				
6. Sağlığınıza iyi gelen aktivitelerle ilgili (meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) bilgilere erişebilmek				
7. Gereken durumlarda ambulans çağırmak.				
8. Hastalıkların farklı çözüm seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını anlayabilmek				
9. Genel sağlık taramasının niçin gerekli olduğunu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).				
10. Hangi aşıları yaptırmanız gerektiğini kararlaştırmak				
11. Gün içerisinde yaptığınız alışkanlıklarınızın (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) hangilerinin sağlığınıza alakalı olduğunu anlayabilmek				
12. Sağlıklı kalmak için bir spor kulübüne devam etmek				
3.BÖLÜM: ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	1.Doğru Değil	2.Biraz Doğru	3. Daha Doğru	4. Tümüyle Doğru
1. Yeni bir olaya denk geldiğimde ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
2. Umulmadık olaylarda nasıl davranmak zorunda olduğumu biliyorum.				
3. Karşılaştığım her türlü problemle baş edebilirim.				
4. Beklenmedik zorlukların üstesinden geleceğime inanıyorum.				
5. Yeteneklerime güvendiğim için zor durumlardan korkmam.				
6. Bulduğum ortamlarda, tepkiye maruz kaldığımda şahsımı kabul ettirecek yol ve yöntemleri bilirim.				
7. Mücadele edersem her türlü sorunun üstesinden gelebilirim.				
8. Koyduğum hedeflere ulaşmak benim için zor değildir.				
9. Bir sorunu çözmek için birçok yöntemim vardır.				
10. Her türlü problem için mutlaka bir çözüm yolu bulurum.				

4.BÖLÜM: DİJİTAL DÖNÜŞÜM ÖLÇEĞİ	1.Hiçbir Zaman	2.Nadiren	3.Bazen	4.Sıklıkla	5.Her Zaman
1. İnternette yer alan sağlıkla alakalı bilgileri, gazetelerin internet sitelerinden öğrenirim.					
2. İnternette yer alan sağlıkla alakalı bilgileri, sağlıkla alakalı internet sitelerinden öğrenirim.					
3. İnternette yer alan sağlıkla alakalı bilgileri, sağlıkla alakalı kişisel bloglardan öğrenirim.					
4. İnternette yer alan sağlıkla alakalı bilgileri, Instagram yoluyla öğrenirim.					
5. İnternette yer alan sağlıkla alakalı bilgileri, Twitter yoluyla öğrenirim.					
6. İnternette yer alan sağlıkla alakalı bilgileri, YouTube yoluyla öğrenirim.					
7. Sağlıkla ilgili elde ettiğim bilgilerin doğruluğunu, Sağlık Bakanlığı'nın internet sitesinden öğrenirim.					
8. Sağlıkla ilgili elde ettiğim bilgilerin doğruluğunu, sağlık kuruluşlarının (hastane, poliklinik vb.) internet sitelerinden öğrenirim.					
9. Sağlıkla ilgili elde ettiğim bilgilerin doğruluğunu, sağlık profesyonellerinin (doktor, bilim insanı) internet sitelerindeki paylaşımlarından öğrenirim.					
10. Sağlıkla ilgili elde ettiğim bilgilerin doğruluğunu, internette yer alan bilimsel yayınlardan (bildiri, makale, kitap vb.) öğrenirim.					

EK 3. Post Hoc Tests - Scheffe - Yaş

Bağımlı Değişken	(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalalama Fark (I-J)	Standart Hata	Sig.(p)
Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme	18 - 25 yaş	26- 35 yaş	-,72959*	,16712	,002
		36-45 yaş	-1,03414*	,16783	,000
		46- 55 yaş	-,79441*	,17639	,001
		56- 65 yaş	-,72318*	,17009	,003
		65 yaş üstü	-,81680*	,17852	,001
	26- 35 yaş	16 - 25 yaş	,72959*	,16712	,002
		36-45 yaş	-,30455	,16219	,620
		46- 55 yaş	-,06481	,17104	1,000
		56- 65 yaş	,00641	,16453	1,000
		65 yaş üstü	-,08721	,17323	,998
	36-45 yaş	16 - 25 yaş	1,03414*	,16783	,000
		26- 35 yaş	,30455	,16219	,620
		46- 55 yaş	,23973	,17173	,856
		56- 65 yaş	,31096	,16525	,617
		65 yaş üstü	,21734	,17391	,906
	46- 55 yaş	16 - 25 yaş	,79441*	,17639	,001
		26- 35 yaş	,06481	,17104	1,000
		36-45 yaş	-,23973	,17173	,856
		56- 65 yaş	,07123	,17394	,999
		65 yaş üstü	-,02239	,18219	1,000
	56- 65 yaş	16 - 25 yaş	,72318*	,17009	,003
		26- 35 yaş	-,00641	,16453	1,000
		36-45 yaş	-,31096	,16525	,617
		46- 55 yaş	-,07123	,17394	,999
		65 yaş üstü	-,09362	,17610	,998
	65 yaş üstü	16 - 25 yaş	,81680*	,17852	,001
		26- 35 yaş	,08721	,17323	,998
		36-45 yaş	-,21734	,17391	,906
		46- 55 yaş	,02239	,18219	1,000
		56- 65 yaş	,09362	,17610	,998
Sosyal Medya	18 - 25 yaş	26- 35 yaş	-,51786	,16903	,096
		36-45 yaş	-,59134*	,16974	,034
		46- 55 yaş	-,52804	,17841	,121
		56- 65 yaş	-,52106	,17203	,104
		65 yaş üstü	-,54983	,18056	,100
	26- 35 yaş	16 - 25 yaş	,51786	,16903	,096
		36-45 yaş	-,07348	,16403	,999

		46- 55 yaş	-,01019	,17299	1,000
		56- 65 yaş	-,00321	,16640	1,000
		65 yaş üstü	-,03198	,17520	1,000
	36-45 yaş	16 - 25 yaş	,59134*	,16974	,034
		26- 35 yaş	,07348	,16403	,999
		46- 55 yaş	,06330	,17368	1,000
		56- 65 yaş	,07028	,16713	,999
		65 yaş üstü	,04151	,17589	1,000
	46- 55 yaş	16 - 25 yaş	,52804	,17841	,121
		26- 35 yaş	,01019	,17299	1,000
		36-45 yaş	-,06330	,17368	1,000
		56- 65 yaş	,00698	,17593	1,000
		65 yaş üstü	-,02179	,18427	1,000
	56- 65 yaş	16 - 25 yaş	,52106	,17203	,104
		26- 35 yaş	,00321	,16640	1,000
		36-45 yaş	-,07028	,16713	,999
		46- 55 yaş	-,00698	,17593	1,000
		65 yaş üstü	-,02877	,17810	1,000
	65 yaş üstü	16 - 25 yaş	,54983	,18056	,100
		26- 35 yaş	,03198	,17520	1,000
		36-45 yaş	-,04151	,17589	1,000
		46- 55 yaş	,02179	,18427	1,000
		56- 65 yaş	,02877	,17810	1,000
Dijital Teyit	18 - 25 yaş	26- 35 yaş	-,52902	,16436	,067
		36-45 yaş	-,70357*	,16506	,003
		46- 55 yaş	-,66190*	,17348	,013
		56- 65 yaş	-,55357	,16729	,054
		65 yaş üstü	-,59718*	,17557	,043
	26- 35 yaş	16 - 25 yaş	,52902	,16436	,067
		36-45 yaş	-,17455	,15951	,945
		46- 55 yaş	-,13289	,16821	,987
		56- 65 yaş	-,02455	,16181	1,000
		65 yaş üstü	-,06816	,17037	,999
	36-45 yaş	16 - 25 yaş	,70357*	,16506	,003
		26- 35 yaş	,17455	,15951	,945
		46- 55 yaş	,04167	,16889	1,000
		56- 65 yaş	,15000	,16252	,974
		65 yaş üstü	,10640	,17104	,996
	46- 55 yaş	16 - 25 yaş	,66190*	,17348	,013
		26- 35 yaş	,13289	,16821	,987
		36-45 yaş	-,04167	,16889	1,000

		56- 65 yaş	,10833	,17107	,995	
		65 yaş üstü	,06473	,17918	1,000	
	56- 65 yaş	16 - 25 yaş	,55357	,16729	,054	
		26- 35 yaş	,02455	,16181	1,000	
		36-45 yaş	-,15000	,16252	,974	
		46- 55 yaş	-,10833	,17107	,995	
		65 yaş üstü	-,04360	,17319	1,000	
		65 yaş üstü	16 - 25 yaş	,59718*	,17557	,043
	26- 35 yaş		,06816	,17037	,999	
	36-45 yaş		-,10640	,17104	,996	
	46- 55 yaş		-,06473	,17918	1,000	
	56- 65 yaş		,04360	,17319	1,000	
	Dijital Dönüşüm	18 - 25 yaş	26- 35 yaş	-,58584*	,14720	,008
			36-45 yaş	-,76907*	,14783	,000
46- 55 yaş			-,66150*	,15537	,003	
56- 65 yaş			-,59470*	,14982	,008	
65 yaş üstü			-,64886*	,15725	,005	
26- 35 yaş		16 - 25 yaş	,58584*	,14720	,008	
		36-45 yaş	-,18323	,14286	,896	
		46- 55 yaş	-,07565	,15065	,998	
		56- 65 yaş	-,00886	,14492	1,000	
		65 yaş üstü	-,06302	,15258	,999	
36-45 yaş		16 - 25 yaş	,76907*	,14783	,000	
		26- 35 yaş	,18323	,14286	,896	
		46- 55 yaş	,10758	,15126	,992	
		56- 65 yaş	,17437	,14555	,920	
		65 yaş üstü	,12021	,15318	,987	
46- 55 yaş		16 - 25 yaş	,66150*	,15537	,003	
		26- 35 yaş	,07565	,15065	,998	
		36-45 yaş	-,10758	,15126	,992	
		56- 65 yaş	,06679	,15321	,999	
		65 yaş üstü	,01264	,16048	1,000	
56- 65 yaş		16 - 25 yaş	,59470*	,14982	,008	
		26- 35 yaş	,00886	,14492	1,000	
		36-45 yaş	-,17437	,14555	,920	
		46- 55 yaş	-,06679	,15321	,999	
		65 yaş üstü	-,05416	,15511	1,000	
65 yaş üstü		16 - 25 yaş	,64886*	,15725	,005	
		26- 35 yaş	,06302	,15258	,999	
		36-45 yaş	-,12021	,15318	,987	
		46- 55 yaş	-,01264	,16048	1,000	

		56- 65 yaş	,05416	,15511	1,000
Sağlık Okuryazarlığı	18 - 25 yaş	26- 35 yaş	-7,67078*	1,63248	,001
		36-45 yaş	-12,78937*	1,63939	,000
		46- 55 yaş	-8,75598*	1,72308	,000
		56- 65 yaş	-8,17253*	1,66152	,000
		65 yaş üstü	-8,59305*	1,74384	,000
	26- 35 yaş	16 - 25 yaş	7,67078*	1,63248	,001
		36-45 yaş	-5,11860	1,58428	,065
		46- 55 yaş	-1,08521	1,67073	,995
		56- 65 yaş	-,50176	1,60717	1,000
		65 yaş üstü	-,92227	1,69213	,998
	36-45 yaş	16 - 25 yaş	12,78937*	1,63939	,000
		26- 35 yaş	5,11860	1,58428	,065
		46- 55 yaş	4,03339	1,67748	,329
		56- 65 yaş	4,61684	1,61419	,148
		65 yaş üstü	4,19632	1,69880	,298
	46- 55 yaş	16 - 25 yaş	8,75598*	1,72308	,000
		26- 35 yaş	1,08521	1,67073	,995
		36-45 yaş	-4,03339	1,67748	,329
		56- 65 yaş	,58345	1,69912	1,000
		65 yaş üstü	,16293	1,77970	1,000
	56- 65 yaş	16 - 25 yaş	8,17253*	1,66152	,000
		26- 35 yaş	,50176	1,60717	1,000
		36-45 yaş	-4,61684	1,61419	,148
		46- 55 yaş	-,58345	1,69912	1,000
		65 yaş üstü	-,42052	1,72017	1,000
	65 yaş üstü	16 - 25 yaş	8,59305*	1,74384	,000
		26- 35 yaş	,92227	1,69213	,998
		36-45 yaş	-4,19632	1,69880	,298
		46- 55 yaş	-,16293	1,77970	1,000
		56- 65 yaş	,42052	1,72017	1,000
Öz Yeterlilik	18 - 25 yaş	26- 35 yaş	-4,14158*	1,01719	,006
		36-45 yaş	-6,45603*	1,02149	,000
		46- 55 yaş	-4,62472*	1,07364	,003
		56- 65 yaş	-6,02002*	1,03528	,000
		65 yaş üstü	-5,28880*	1,08658	,000
	26- 35 yaş	16 - 25 yaş	4,14158*	1,01719	,006
		36-45 yaş	-2,31445	,98715	,360
		46- 55 yaş	-,48313	1,04102	,999
		56- 65 yaş	-1,87843	1,00142	,621
		65 yaş üstü	-1,14722	1,05436	,946

	36-45 yaş	16 - 25 yaş	6,45603*	1,02149	,000
		26- 35 yaş	2,31445	,98715	,360
		46- 55 yaş	1,83131	1,04523	,689
		56- 65 yaş	,43601	1,00579	,999
		65 yaş üstü	1,16723	1,05851	,943
	46- 55 yaş	16 - 25 yaş	4,62472*	1,07364	,003
		26- 35 yaş	,48313	1,04102	,999
		36-45 yaş	-1,83131	1,04523	,689
		56- 65 yaş	-1,39530	1,05871	,884
		65 yaş üstü	-,66408	1,10892	,996
	56- 65 yaş	16 - 25 yaş	6,02002*	1,03528	,000
		26- 35 yaş	1,87843	1,00142	,621
		36-45 yaş	-,43601	1,00579	,999
		46- 55 yaş	1,39530	1,05871	,884
		65 yaş üstü	,73122	1,07183	,993
	65 yaş üstü	16 - 25 yaş	5,28880*	1,08658	,000
		26- 35 yaş	1,14722	1,05436	,946
		36-45 yaş	-1,16723	1,05851	,943
		46- 55 yaş	,66408	1,10892	,996
		56- 65 yaş	-,73122	1,07183	,993
Ortalama fark 0,05 seviyesinde anlamlıdır.					

EK 4. Post Hoc Tests - Scheffe – Eğitim Durumu

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim	(J) Eğitim	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Sig.(p)
Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme	İlköğretim	Lise	-,78808*	,09895	,000
		Üniversite	-2,16403*	,10027	,000
		Lisansüstü	-2,08266*	,09911	,000
	Lise	İlköğretim	,78808*	,09895	,000
		Üniversite	-1,37594*	,09912	,000
		Lisansüstü	-1,29457*	,09795	,000
	Üniversite	İlköğretim	2,16403*	,10027	,000
		Lise	1,37594*	,09912	,000
		Lisansüstü	,08137	,09928	,880
	Lisansüstü	İlköğretim	2,08266*	,09911	,000
		Lise	1,29457*	,09795	,000
		Üniversite	-,08137	,09928	,880
Sosyal Medya	İlköğretim	Lise	-,63389*	,11994	,000
		Üniversite	-1,47852*	,12153	,000
		Lisansüstü	-1,66329*	,12013	,000
	Lise	İlköğretim	,63389*	,11994	,000
		Üniversite	-,84463*	,12015	,000
		Lisansüstü	-1,02940*	,11873	,000
	Üniversite	İlköğretim	1,47852*	,12153	,000
		Lise	,84463*	,12015	,000
		Lisansüstü	-,18477	,12034	,502
	Lisansüstü	İlköğretim	1,66329*	,12013	,000
		Lise	1,02940*	,11873	,000
		Üniversite	,18477	,12034	,502
Dijital Teyit	İlköğretim	Lise	-,69426*	,11157	,000
		Üniversite	-1,72635*	,11306	,000
		Lisansüstü	-1,70238*	,11175	,000
	Lise	İlköğretim	,69426*	,11157	,000
		Üniversite	-1,03209*	,11177	,000
		Lisansüstü	-1,00812*	,11045	,000
	Üniversite	İlköğretim	1,72635*	,11306	,000
		Lise	1,03209*	,11177	,000
		Lisansüstü	,02397	,11195	,997
	Lisansüstü	İlköğretim	1,70238*	,11175	,000
		Lise	1,00812*	,11045	,000
		Üniversite	-,02397	,11195	,997
Dijital Dönüşüm	İlköğretim	Lise	-,70430*	,09014	,000

		Üniversite	-1,78331*	,09134	,000
		Lisansüstü	-1,80474*	,09028	,000
	Lise	İlköğretim	,70430*	,09014	,000
		Üniversite	-1,07901*	,09030	,000
		Lisansüstü	-1,10044*	,08923	,000
	Üniversite	İlköğretim	1,78331*	,09134	,000
		Lise	1,07901*	,09030	,000
		Lisansüstü	-,02143	,09044	,997
	Lisansüstü	İlköğretim	1,80474*	,09028	,000
		Lise	1,10044*	,08923	,000
Üniversite		,02143	,09044	,997	
Sağlık Okuryazarlığı	İlköğretim	Lise	-6,40160*	,27760	,000
		Üniversite	-25,27478*	,28129	,000
		Lisansüstü	-28,59199*	,27804	,000
	Lise	İlköğretim	6,40160*	,27760	,000
		Üniversite	-18,87317*	,27808	,000
		Lisansüstü	-22,19039*	,27480	,000
	Üniversite	İlköğretim	25,27478*	,28129	,000
		Lise	18,87317*	,27808	,000
		Lisansüstü	-3,31722*	,27853	,000
	Lisansüstü	İlköğretim	28,59199*	,27804	,000
		Lise	22,19039*	,27480	,000
		Üniversite	3,31722*	,27853	,000
Öz Yeterlilik	İlköğretim	Lise	-3,58596*	,62375	,000
		Üniversite	-11,10349*	,63204	,000
		Lisansüstü	-13,23103*	,62474	,000
	Lise	İlköğretim	3,58596*	,62375	,000
		Üniversite	-7,51752*	,62484	,000
		Lisansüstü	-9,64506*	,61746	,000
	Üniversite	İlköğretim	11,10349*	,63204	,000
		Lise	7,51752*	,62484	,000
		Lisansüstü	-2,12754*	,62583	,010
	Lisansüstü	İlköğretim	13,23103*	,62474	,000
		Lise	9,64506*	,61746	,000
		Üniversite	2,12754*	,62583	,010
Ortalama fark 0,05 seviyesinde anlamlıdır.					

EK 5. Post Hoc Tests - Scheffe – Meslek

Bağımlı Değişken	(I) Meslek	(J) Meslek	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Sig.(p)
Geleneksel Sağlık Bilgisi Edinme	Çalışmıyorum	Öğrenci	-,53151	,31214	,894
		Kamu Çalışanı	-1,66577*	,19958	,000
		İşçi	-,55981	,17125	,155
		Özel Sektör	-,90020*	,18600	,002
		Emekli	-,90330*	,19584	,004
		Ev Hanımı	-,85373	,23493	,069
		Diğer	-,96517*	,20314	,002
	Öğrenci	Çalışmıyorum	,53151	,31214	,894
		Kamu Çalışanı	-1,13426	,30983	,065
		İşçi	-,02830	,29239	1,000
		Özel Sektör	-,36869	,30127	,982
		Emekli	-,37179	,30744	,983
		Ev Hanımı	-,32222	,33370	,996
		Diğer	-,43367	,31214	,963
	Kamu Çalışanı	Çalışmıyorum	1,66577*	,19958	,000
		Öğrenci	1,13426	,30983	,065
		İşçi	1,10596*	,16701	,000
		Özel Sektör	,76557*	,18211	,015
		Emekli	,76246*	,19215	,029
		Ev Hanımı	,81204	,23186	,094
		Diğer	,70059	,19958	,093
	İşçi	Çalışmıyorum	,55981	,17125	,155
		Öğrenci	,02830	,29239	1,000
		Kamu Çalışanı	-1,10596*	,16701	,000
		Özel Sektör	-,34038	,15052	,646
		Emekli	-,34349	,16253	,725
		Ev Hanımı	-,29392	,20797	,960
		Diğer	-,40536	,17125	,587
	Özel Sektör	Çalışmıyorum	,90020*	,18600	,002
		Öğrenci	,36869	,30127	,982
		Kamu Çalışanı	-,76557*	,18211	,015
		İşçi	,34038	,15052	,646
		Emekli	-,00311	,17801	1,000
		Ev Hanımı	,04646	,22028	1,000
		Diğer	-,06498	,18600	1,000
	Emekli	Çalışmıyorum	,90330*	,19584	,004
		Öğrenci	,37179	,30744	,983

		Kamu Çalışanı	-,76246*	,19215	,029
		İşçi	,34349	,16253	,725
		Özel Sektör	,00311	,17801	1,000
		Ev Hanımı	,04957	,22865	1,000
		Diğer	-,06187	,19584	1,000
	Ev Hanımı	Çalışmıyorum	,85373	,23493	,069
		Öğrenci	,32222	,33370	,996
		Kamu Çalışanı	-,81204	,23186	,094
		İşçi	,29392	,20797	,960
		Özel Sektör	-,04646	,22028	1,000
		Emekli	-,04957	,22865	1,000
		Diğer	-,11144	,23493	1,000
	Diğer	Çalışmıyorum	,96517*	,20314	,002
		Öğrenci	,43367	,31214	,963
		Kamu Çalışanı	-,70059	,19958	,093
		İşçi	,40536	,17125	,587
		Özel Sektör	,06498	,18600	1,000
		Emekli	,06187	,19584	1,000
		Ev Hanımı	,11144	,23493	1,000
Sosyal Medya	Çalışmıyorum	Öğrenci	-,37286	,31759	,986
		Kamu Çalışanı	-1,27101*	,20307	,000
		İşçi	-,52555	,17424	,248
		Özel Sektör	-,65737	,18925	,101
		Emekli	-,71189	,19927	,080
		Ev Hanımı	-,63582	,23903	,422
		Diğer	-,89552*	,20669	,010
	Öğrenci	Çalışmıyorum	,37286	,31759	,986
		Kamu Çalışanı	-,89815	,31525	,324
		İşçi	-,15269	,29750	1,000
		Özel Sektör	-,28451	,30653	,997
		Emekli	-,33903	,31281	,991
		Ev Hanımı	-,26296	,33953	,999
		Diğer	-,52266	,31759	,910
	Kamu Çalışanı	Çalışmıyorum	1,27101*	,20307	,000
		Öğrenci	,89815	,31525	,324
		İşçi	,74546*	,16993	,008
		Özel Sektör	,61364	,18529	,142
		Emekli	,55912	,19551	,319
		Ev Hanımı	,63519	,23591	,405
		Diğer	,37548	,20307	,843
	İşçi	Çalışmıyorum	,52555	,17424	,248

		Öğrenci	,15269	,29750	1,000
		Kamu Çalışanı	-,74546*	,16993	,008
		Özel Sektör	-,13182	,15315	,998
		Emekli	-,18634	,16537	,989
		Ev Hanımı	-,11027	,21161	1,000
		Diğer	-,36997	,17424	,719
	Özel Sektör	Çalışmıyorum	,65737	,18925	,101
		Öğrenci	,28451	,30653	,997
		Kamu Çalışanı	-,61364	,18529	,142
		İşçi	,13182	,15315	,998
		Emekli	-,05452	,18112	1,000
		Ev Hanımı	,02155	,22413	1,000
		Diğer	-,23815	,18925	,979
	Emekli	Çalışmıyorum	,71189	,19927	,080
		Öğrenci	,33903	,31281	,991
		Kamu Çalışanı	-,55912	,19551	,319
		İşçi	,18634	,16537	,989
		Özel Sektör	,05452	,18112	1,000
		Ev Hanımı	,07607	,23265	1,000
		Diğer	-,18363	,19927	,997
	Ev Hanımı	Çalışmıyorum	,63582	,23903	,422
		Öğrenci	,26296	,33953	,999
		Kamu Çalışanı	-,63519	,23591	,405
		İşçi	,11027	,21161	1,000
		Özel Sektör	-,02155	,22413	1,000
		Emekli	-,07607	,23265	1,000
		Diğer	-,25970	,23903	,991
	Diğer	Çalışmıyorum	,89552*	,20669	,010
		Öğrenci	,52266	,31759	,910
		Kamu Çalışanı	-,37548	,20307	,843
		İşçi	,36997	,17424	,719
		Özel Sektör	,23815	,18925	,979
		Emekli	,18363	,19927	,997
		Ev Hanımı	,25970	,23903	,991
Dijital Teyit	Çalışmıyorum	Öğrenci	-,31198	,31148	,995
		Kamu Çalışanı	-1,10365*	,19916	,000
		İşçi	-,36990	,17089	,698
		Özel Sektör	-,69961*	,18561	,049
		Emekli	-,61754	,19543	,192
		Ev Hanımı	-,68004	,23443	,299
		Diğer	-,82090*	,20271	,023

	Öğrenci	Çalışmıyorum	,31198	,31148	,995
		Kamu Çalışanı	-,79167	,30918	,477
		İşçi	-,05791	,29177	1,000
		Özel Sektör	-,38763	,30063	,976
		Emekli	-,30556	,30679	,995
		Ev Hanımı	-,36806	,33300	,990
		Diğer	-,50891	,31148	,913
	Kamu Çalışanı	Çalışmıyorum	1,10365*	,19916	,000
		Öğrenci	,79167	,30918	,477
		İşçi	,73375*	,16666	,008
		Özel Sektör	,40404	,18172	,667
		Emekli	,48611	,19175	,492
		Ev Hanımı	,42361	,23137	,850
		Diğer	,28275	,19916	,959
	İşçi	Çalışmıyorum	,36990	,17089	,698
		Öğrenci	,05791	,29177	1,000
		Kamu Çalışanı	-,73375*	,16666	,008
		Özel Sektör	-,32971	,15021	,682
		Emekli	-,24764	,16219	,939
		Ev Hanımı	-,31014	,20754	,945
		Diğer	-,45100	,17089	,434
	Özel Sektör	Çalışmıyorum	,69961*	,18561	,049
		Öğrenci	,38763	,30063	,976
		Kamu Çalışanı	-,40404	,18172	,667
		İşçi	,32971	,15021	,682
		Emekli	,08207	,17763	1,000
		Ev Hanımı	,01957	,21981	1,000
		Diğer	-,12129	,18561	1,000
	Emekli	Çalışmıyorum	,61754	,19543	,192
		Öğrenci	,30556	,30679	,995
		Kamu Çalışanı	-,48611	,19175	,492
		İşçi	,24764	,16219	,939
		Özel Sektör	-,08207	,17763	1,000
		Ev Hanımı	-,06250	,22817	1,000
		Diğer	-,20336	,19543	,993
	Ev Hanımı	Çalışmıyorum	,68004	,23443	,299
		Öğrenci	,36806	,33300	,990
		Kamu Çalışanı	-,42361	,23137	,850
		İşçi	,31014	,20754	,945
		Özel Sektör	-,01957	,21981	1,000
		Emekli	,06250	,22817	1,000

	Diğer	Diğer	-,14086	,23443	1,000
		Çalışmıyorum	,82090*	,20271	,023
		Öğrenci	,50891	,31148	,913
		Kamu Çalışanı	-,28275	,19916	,959
		İşçi	,45100	,17089	,434
		Özel Sektör	,12129	,18561	1,000
		Emekli	,20336	,19543	,993
		Ev Hanımı	,14086	,23443	1,000
Dijital Dönüşüm	Çalışmıyorum	Öğrenci	-,39610	,27553	,956
		Kamu Çalışanı	-1,32249*	,17617	,000
		İşçi	-,47357	,15117	,202
		Özel Sektör	-,74711*	,16419	,005
		Emekli	-,73157*	,17288	,013
		Ev Hanımı	-,71888	,20738	,102
		Diğer	-,88657*	,17931	,001
	Öğrenci	Çalışmıyorum	,39610	,27553	,956
		Kamu Çalışanı	-,92639	,27350	,122
		İşçi	-,07746	,25810	1,000
		Özel Sektör	-,35101	,26594	,973
		Emekli	-,33547	,27139	,981
		Ev Hanımı	-,32278	,29457	,991
		Diğer	-,49046	,27553	,869
	Kamu Çalışanı	Çalışmıyorum	1,32249*	,17617	,000
		Öğrenci	,92639	,27350	,122
		İşçi	,84893*	,14743	,000
		Özel Sektör	,57538	,16075	,079
		Emekli	,59092	,16962	,098
		Ev Hanımı	,60361	,20467	,277
		Diğer	,43592	,17617	,526
	İşçi	Çalışmıyorum	,47357	,15117	,202
		Öğrenci	,07746	,25810	1,000
		Kamu Çalışanı	-,84893*	,14743	,000
		Özel Sektör	-,27355	,13287	,752
		Emekli	-,25801	,14347	,862
		Ev Hanımı	-,24531	,18358	,971
		Diğer	-,41300	,15117	,384
	Özel Sektör	Çalışmıyorum	,74711*	,16419	,005
		Öğrenci	,35101	,26594	,973
		Kamu Çalışanı	-,57538	,16075	,079
		İşçi	,27355	,13287	,752
		Emekli	,01554	,15713	1,000

		Ev Hanımı	,02823	,19445	1,000
		Diğer	-,13945	,16419	,998
	Emekli	Çalışmıyorum	,73157*	,17288	,013
		Öğrenci	,33547	,27139	,981
		Kamu Çalışanı	-,59092	,16962	,098
		İşçi	,25801	,14347	,862
		Özel Sektör	-,01554	,15713	1,000
		Ev Hanımı	,01269	,20184	1,000
		Diğer	-,15499	,17288	,997
	Ev Hanımı	Çalışmıyorum	,71888	,20738	,102
		Öğrenci	,32278	,29457	,991
		Kamu Çalışanı	-,60361	,20467	,277
		İşçi	,24531	,18358	,971
		Özel Sektör	-,02823	,19445	1,000
		Emekli	-,01269	,20184	1,000
		Diğer	-,16769	,20738	,999
	Diğer	Çalışmıyorum	,88657*	,17931	,001
		Öğrenci	,49046	,27553	,869
		Kamu Çalışanı	-,43592	,17617	,526
		İşçi	,41300	,15117	,384
		Özel Sektör	,13945	,16419	,998
		Emekli	,15499	,17288	,997
		Ev Hanımı	,16769	,20738	,999
Sağlık Okuryazarlığı	Çalışmıyorum	Öğrenci	-9,63700	2,94163	,153
		Kamu Çalışanı	-22,36848*	1,88086	,000
		İşçi	-9,70397*	1,61388	,000
		Özel Sektör	-13,57920*	1,75288	,000
		Emekli	-11,55414*	1,84566	,000
		Ev Hanımı	-13,70336*	2,21399	,000
		Diğer	-13,88889*	1,91439	,000
	Öğrenci	Çalışmıyorum	9,63700	2,94163	,153
		Kamu Çalışanı	-12,73148*	2,91992	,009
		İşçi	-,06697	2,75552	1,000
		Özel Sektör	-3,94220	2,83917	,963
		Emekli	-1,91714	2,89737	1,000
		Ev Hanımı	-4,06636	3,14485	,976
		Diğer	-4,25189	2,94163	,954
	Kamu Çalışanı	Çalışmıyorum	22,36848*	1,88086	,000
		Öğrenci	12,73148*	2,91992	,009
		İşçi	12,66451*	1,57396	,000
		Özel Sektör	8,78928*	1,71619	,001

		Emekli	10,81434*	1,81086	,000
		Ev Hanımı	8,66512*	2,18507	,029
		Diğer	8,47959*	1,88086	,005
	İşçi	Çalışmıyorum	9,70397*	1,61388	,000
		Öğrenci	,06697	2,75552	1,000
		Kamu Çalışanı	-12,66451*	1,57396	,000
		Özel Sektör	-3,87523	1,41855	,384
		Emekli	-1,85017	1,53172	,984
		Ev Hanımı	-3,99939	1,95997	,760
		Diğer	-4,18492	1,61388	,459
	Özel Sektör	Çalışmıyorum	13,57920*	1,75288	,000
		Öğrenci	3,94220	2,83917	,963
		Kamu Çalışanı	-8,78928*	1,71619	,001
		İşçi	3,87523	1,41855	,384
		Emekli	2,02506	1,67754	,984
		Ev Hanımı	-,12416	2,07593	1,000
		Diğer	-,30969	1,75288	1,000
	Emekli	Çalışmıyorum	11,55414*	1,84566	,000
		Öğrenci	1,91714	2,89737	1,000
		Kamu Çalışanı	-10,81434*	1,81086	,000
		İşçi	1,85017	1,53172	,984
		Özel Sektör	-2,02506	1,67754	,984
		Ev Hanımı	-2,14922	2,15484	,995
		Diğer	-2,33475	1,84566	,978
	Ev Hanımı	Çalışmıyorum	13,70336*	2,21399	,000
		Öğrenci	4,06636	3,14485	,976
		Kamu Çalışanı	-8,66512*	2,18507	,029
		İşçi	3,99939	1,95997	,760
		Özel Sektör	,12416	2,07593	1,000
		Emekli	2,14922	2,15484	,995
		Diğer	-,18553	2,21399	1,000
	Diğer	Çalışmıyorum	13,88889*	1,91439	,000
		Öğrenci	4,25189	2,94163	,954
		Kamu Çalışanı	-8,47959*	1,88086	,005
		İşçi	4,18492	1,61388	,459
		Özel Sektör	,30969	1,75288	1,000
		Emekli	2,33475	1,84566	,978
		Ev Hanımı	,18553	2,21399	1,000
Öz Yeterlilik	Çalışmıyorum	Öğrenci	-6,60614	1,87841	,091
		Kamu Çalışanı	-11,82836*	1,20104	,000
		İşçi	-5,43528*	1,03056	,000

		Özel Sektör	-7,33846*	1,11932	,000
		Emekli	-7,13605*	1,17856	,000
		Ev Hanımı	-6,30336*	1,41377	,006
		Diğer	-7,31343*	1,22245	,000
	Öğrenci	Çalışmıyorum	6,60614	1,87841	,091
		Kamu Çalışanı	-5,22222	1,86454	,348
		İşçi	1,17086	1,75957	1,000
		Özel Sektör	-,73232	1,81298	1,000
		Emekli	-,52991	1,85014	1,000
		Ev Hanımı	,30278	2,00817	1,000
		Diğer	-,70730	1,87841	1,000
	Kamu Çalışanı	Çalışmıyorum	11,82836*	1,20104	,000
		Öğrenci	5,22222	1,86454	,348
		İşçi	6,39308*	1,00507	,000
		Özel Sektör	4,48990*	1,09589	,020
		Emekli	4,69231*	1,15634	,022
		Ev Hanımı	5,52500*	1,39530	,030
		Diğer	4,51493	1,20104	,051
	İşçi	Çalışmıyorum	5,43528*	1,03056	,000
		Öğrenci	-1,17086	1,75957	1,000
		Kamu Çalışanı	-6,39308*	1,00507	,000
		Özel Sektör	-1,90318	,90583	,731
		Emekli	-1,70077	,97810	,882
		Ev Hanımı	-,86808	1,25156	1,000
		Diğer	-1,87816	1,03056	,853
	Özel Sektör	Çalışmıyorum	7,33846*	1,11932	,000
		Öğrenci	,73232	1,81298	1,000
		Kamu Çalışanı	-4,48990*	1,09589	,020
		İşçi	1,90318	,90583	,731
		Emekli	,20241	1,07121	1,000
		Ev Hanımı	1,03510	1,32560	,999
		Diğer	,02503	1,11932	1,000
	Emekli	Çalışmıyorum	7,13605*	1,17856	,000
		Öğrenci	,52991	1,85014	1,000
		Kamu Çalışanı	-4,69231*	1,15634	,022
		İşçi	1,70077	,97810	,882
		Özel Sektör	-,20241	1,07121	1,000
		Ev Hanımı	,83269	1,37600	1,000
		Diğer	-,17738	1,17856	1,000
	Ev Hanımı	Çalışmıyorum	6,30336*	1,41377	,006
		Öğrenci	-,30278	2,00817	1,000

		Kamu Çalışanı	-5,52500*	1,39530	,030
		İşçi	,86808	1,25156	1,000
		Özel Sektör	-1,03510	1,32560	,999
		Emekli	-,83269	1,37600	1,000
		Diğer	-1,01007	1,41377	,999
	Diğer	Çalışmıyorum	7,31343*	1,22245	,000
		Öğrenci	,70730	1,87841	1,000
		Kamu Çalışanı	-4,51493	1,20104	,051
		İşçi	1,87816	1,03056	,853
		Özel Sektör	-,02503	1,11932	1,000
		Emekli	,17738	1,17856	1,000
		Ev Hanımı	1,01007	1,41377	,999
	Ortalama fark 0,05 seviyesinde anlamlıdır.				

