

VOL: 4 ISSUE: 1 YEAR: 2024

IJHESO

USSOD

CİLT: 4 SAYI: 1 YIL: 2024

ULUSLARARASI SAĞLIK SOSYOLOJİSİ DERGİSİ
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
HEALTH SOCIOLOGY**

ISSN: 2791-898X

EDİTÖRDEN

Değerli Okuyucularımız,

Sağlık Sosyolojisi Dergisi'nin (IHSEJO) 4. yılının ilk sayısına ile okurları ile buluşuyor. Bilimsel bilgiye katkı sunma ve sağlık sosyolojisi alanında yeni perspektifler kazandırma misyonumuzu kararlılıkla sürdürmekteyiz. Bu bağlamda, her sayımızda olduğu gibi bu sayımızda da titizlikle seçilmiş ve hakemlerimizin kıymetli katkılarıyla şekillendirilmiş iki önemli makale sunuyoruz.

Bu sayıda, ilk olarak doğum öncesi prenatal testlere eleştirel yaklaşımlar üzerine bir makale bulacaksınız. Yazarlarımız, prenatal testlerin toplumsal boyutlarını derinlemesine ele alarak, bu testlerin anne adayları ve aileler üzerindeki etkilerini overdiagnosis olgusu üzerinden irdelemektedir. Makale, sağlık hizmetlerinin bireyler üzerindeki etkilerini anlamak ve bu alandaki uygulamaların sosyal boyutlarını sorgulamak adına önemli bir kaynak niteliği taşımaktadır.

İkinci makalemizde ise dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi konu edilmektedir. Teknolojinin hızla ilerlediği günümüzde, dijital eşitsizlikler sağlık bilgilerinin erişilebilirliği ve kullanılabilirliği üzerinde ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Bu makale, dijital bölünmenin bireylerin sağlık okuryazarlığını nasıl şekillendirdiğini ve bu durumun sağlık hizmetlerine erişimde nasıl engeller oluşturabileceğini ayrıntılı bir şekilde tartışmaktadır.

Her iki makale de, sağlık sosyolojisi alanında yeni bakış açıları geliştirme ve toplumsal sağlık konularına derinlemesine bir anlayış kazandırma amacı taşımaktadır. Okuyucularımızın bu çalışmaları ilgiyle okuyacaklarını ve alana dair tartışmalara değerli katkılar sunacaklarını umuyoruz.

Sağlık Sosyolojisi Dergisi olarak, siz değerli okuyucularımızın destekleriyle büyümeye ve gelişmeye devam ediyoruz. Gelecek sayılarımızda da sağlık sosyolojisi alanında önemli çalışmalarla buluşmak dileğiyle.

Saygılarımızla,

Editör

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Elif KAYA, Doç. Dr. Ahmet ALKAN, Dr. Öğr. Üyesi İzzet ERDEM, Doç. Dr. Necla YILMAZ

Sağlık Sosyolojisi Dergisi (IHSEJO)

KURULLAR

Editörler Kurulu

- Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU, Başkent Üniversitesi
- Prof. Dr. Deniz SEZGİN, Ankara Üniversitesi
- Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Prof. Dr. Motasem HAMDAN, Al-Quds Üniversitesi
- Prof. Dr. Mümtaz Ali KÖKSAL, Bonn Üniversitesi
- Prof. Dr. Nurşen ADAK, Akdeniz Üniversitesi
- Prof. Dr. Ömer AYTAÇ, Fırat Üniversitesi
- Prof. Dr. Ramazan ERDEM, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Prof. Dr. Türkan YILDIRIM, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Prof. Dr. Zafer CİRHİNLİOĞLU, Cumhuriyet Üniversitesi
- Prof. Dr. Zuhâl Yonca ODABAŞ, Çankırı Karatekin Üniversitesi
- Doç. Dr. Emine ŞENER, Ahi Evran Üniversitesi
- Doç. Dr. Erdal EKE, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Erhan TECİM, Selçuk Üniversitesi
- Doç. Dr. Funda YILDIRIM BAŞ, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Günnur ERTONG ATTAR, Mersin Üniversitesi
- Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Sümeyye ÖZMEN, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
- Doç. Dr. Ahmet ALKAN, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Aynur TORAMAN, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Necla YILMAZ, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Elif KAYA, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Doç. Dr. Hasan GİRAY ANKARA, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Dr. İzzet ERDEM, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
- Dr. Nurcan COŞKUN US, Ondokuz Mayıs Üniversitesi
- Dr. Nurdan ORAL KARA, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Sayı Hakem Kurulu

- Doç. Dr. Erdal EKE, Süleyman Demirel Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi İsa Gül, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Rukiye ÇAKMAK, Yozgat Bozok Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye YILDIRIM, Artvin Çoruh Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

International Journal of Health
Sociology(IJHESO) Uluslararası Sağlık Sosyolojisi
Dergisi (USSOD) Yıl 2024, Cilt 4, Sayı 1

Dr. Begüm CEYLAN YORULMAZ-Doç. Dr. Elif KAYA

(1) DOĞUMLA İLGİLİ TANILARA ELEŞTİREL YAKLAŞIMLAR: AŞIRI TEŞHİS

Critical Approaches to Prenatal Diagnosis: Overdiagnosis

(ss. 286-296)

Doktora Öğr. Elif AKDOĞAN-Prof. Dr. Ramazan ERDEM

(2) DİJİTAL BÖLÜNMENİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

The Impact of the Digital Division on Health Literacy

(ss. 297-315)

DOĞUMLA İLGİLİ TANILARA ELEŞTİREL YAKLAŞIMLAR: AŞIRI TEŞHİS¹

Begüm CEYLAN YORULMAZ²
Elif KAYA³

ÖZ

Doğum öncesi (prenatal) tanı, gebelik döneminde bebekte oluşabilecek anomalileri doğum gerçekleşmeden önce tespit etmeye yönelik işlemlerden meydana gelmektedir. Bu işlemler, sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesini sağlamakla birlikte bebekte karşılaşılabilecek olumsuz bir durumda anneyi korumayı da amaçlamaktadır. Yapılan araştırmalar, modern tıp pratiğinde doğumla ilgili tanılarının giderek arttığını göstermektedir. Bu artışın altında yatan birçok faktörden bir tanesi tıbbi teknolojilerin gelişiminin etkisiyle tanı ve tarama testlerinin yaygın kullanımudur. Buna ek olarak gebelik ve doğum gibi süreçlerin sadece tıbbi perspektifle değerlendirilmesi gebelik sürecine dair yetersiz bir perspektif sunabilmektedir. Tanı ve tarama testlerinin yaygın kullanımı sonucunda aşırı teşhis durumu ortaya çıkabilmektedir. Aşırı teşhis hastaların gereksiz stres, kaygı ve tedavi süreçlerine maruz kalmasına neden olabilmektedir. Bütüncül bir perspektif, hastaların sadece fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal sağlıklarını da dikkate almaktadır. Bu sebeple doğumla ilgili tanılarının daha dikkatli bir şekilde, bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Bu çalışmada, prenatal tanı ile tespit edilen anomali sonucunda meydana gelebilecek seçici kürtaja ve gebelikte aşırı teşhise bir görüş sunulmaya çalışılacak, prenatal tanı ve tarama testlerine tıbbi bakış odaklı olmayan teorik bir çerçeve çizilmeye çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aşırı Teşhis, Gebelik, Prenatal Tanı, Seçici Kürtaj.

CRITICAL APPROACHES TO PRENATAL DIAGNOSIS: OVERDIAGNOIS

ABSTRACT

Prenatal diagnosis involves procedures aimed at detecting potential anomalies in the fetus during pregnancy before birth occurs. These procedures not only ensure the birth of a healthy baby but also aim to protect the mother in the event of any adverse outcomes with the baby. Research shows that diagnoses related to childbirth are increasing in modern medical practice. One of the underlying factors of this increase is the widespread use of diagnostic and screening tests due to advancements in medical technologies. Additionally, evaluating processes such as pregnancy and childbirth solely from a medical perspective provides an insufficient outlook on the pregnancy process. The widespread use of diagnostic and screening tests can result in overdiagnosis. Overdiagnosis can subject patients to unnecessary stress, anxiety, and treatment processes. A holistic perspective considers not only the physical health of patients but also their psychological and social well-being. Therefore, it is necessary to approach childbirth-related diagnoses more carefully and from a holistic viewpoint. This study aims

¹Bu çalışma "Gebelikte Anomali Tanısı Sonrası Sağlıklı Doğum: Modern Tıp Yaklaşımları Çerçevesinde Annelerin Sosyo-Psikolojik Deneyimleri Üzerine Nitel Bir Çalışma" adlı doktora tezinden üretilmiştir.

²Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, d1840232018@ogr.sdu.edu.tr

³Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, elifakkas@sdu.edu.tr

to provide an overview of selective abortion and overdiagnosis in pregnancy resulting from anomalies detected through prenatal diagnosis, and to outline a theoretical framework that is not solely focused on the medical perspective of prenatal diagnosis and screening tests.

Keywords: *Prenatal Diagnosis, Pregnancy, Overdiagnosis, Selective Abortion.*

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, tıp alanındaki sürekli ilerlemelerle ve teknolojik gelişmelerle beraber gebelik sürecini de kapsayacak şekilde önemli ölçüde gelişmiştir. Bu gelişime paralel olarak sağlık profesyonelleri, gebelik sırasında ortaya çıkabilecek olası sağlık sorunlarının erken teşhisi için farklı prenatal (doğum öncesi) tanı ve tarama yöntemlerini kullanmaktadır. Tanı ve tarama testleri kullanılmaya başlandığı ilk yıllarda fetüsteki ciddi anomalileri tespit etmek amacıyla yapılmaktaydı. Tanı ve tarama testlerinden biri olan amniyosentez uygulaması ise, ultrason eşliğinde yüksek riskli gebeliklere uygulanmaktaydı (Ferguson-Smith ve Bianchi, 2010: 602). Fakat teknolojiye gelişmeler sayesinde prenatal tanı ve tarama testlerinde de ilerleme kaydedildi. Bu gelişmeler ile birlikte ultrason taraması yaygınlaşarak rutin bir kontrol haline geldi. Nitekim ebeveynlerin fetüsün sağlık durumuna ve doğacak bebeklerinin görünüşüne ilişkin merakları da ultrason taramasının benimsemesine yol açtı. Ayrıca, ultrasonun kolay ulaşılabilir olması da günümüzde bebekte olumsuz bir durum olmaksızın her gebeye rutin olarak uygulanabilir olmasını sağladı. Sonuç olarak bu denli yaygınlığa ulaşan doğum öncesi tanı ve tarama testlerinin, bir yandan problem çözerken bir yandan problem arama mantığına dönüşmesi kaçınılmaz oldu.

Prenatal tanılar, genellikle gebelik süreci boyunca yapılan rutin kontrolleri, ultrason ile bebeğin izlenmesini ve tanı-tarama testlerini içermektedir. Tüm bu uygulamalar, sağlıklı bir gebeliğin sürdürülmesi, sağlıklı bir bebeğin doğması ve anne sağlığının korunması gibi önemli amaçlarla yapılmaktadır. Ancak bahsedilen uygulamalarla beraber tanı ve tarama testleri, gebe üzerinde endişe oluşturabilmektedir. Bu endişeden öte de olası nitelik taşıyan test sonuçları, kürtaj gibi geri dönüşü olmayan kararları da içerisinde barındırmaktadır. Bu nedenle prenatal tanılar, iyi bir amaca hizmet etmekle birlikte arka planda bırakılan bu alanda yaşanan sorunların da değerlendirmeye tâbî tutulması gerekmektedir. Tıbbi bakış odaklı olmayan bu değerlendirmeler özellikle sosyal ve psikolojik anlamda önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı; (i) prenatal tanı ve taramaların (ii) bu testler sonucunda yapılan seçici kürtajın ve (iii) aşırı teşhis kavramının teorik bir çerçevede değerlendirilmesinin yapılması amaçlanmaktadır.

1. DOĞUM ÖNCESİ TANI

Bebeğin fetüs olarak adlandırıldığı andan itibaren fetüs hakkında bilgi sahibi olmak önlem alma ve gerekli tedaviye başlama açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, gebelik sürecinde çeşitli tanı yöntemleri kullanılarak tanı konulması, "prenatal tanı" veya "doğum öncesi tanı" şeklinde adlandırılmaktadır (Öznur ve Ercan, 2014, s. 52). Prenatal dönemdeki tanı ve tarama testleri, fetüsün kalitesini değerlendirmek amacıyla olası bir sakatlık ya da benzer bir durumun tespitine yönelik yapılmaktadır (Hemminki, 2002: 184). Bu testler ile ebeveynlere, fetüsün kalıtsal bir hastalığa sahip olup olmadığına ilişkin bilgiler verilmektedir (Cheng vd., 2015: 343). Bu tür

testler, gebelik boyunca annenin sağlığını etkilemeyen rutin ultrason taramalarından, gebeliğin devam edip etmemesine karar vermek için bilgi sağlayan daha ileri testlere kadar uzanmaktadır (Baumann ve McFarlin, 1994: 49S).

Prenatal genetik tanı, 1960'ların sonlarından itibaren önemli ölçüde gelişme göstermiştir. Prenatal tanının tarihi, 1966 yılına kadar geriye gitmektedir; ancak 1966 yılı, amniyosentez uygulamasının ortaya çıkmasıyla prenatal tanı alanında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Başlangıçta, yüksek riskli gebeliklerde yapılan amniyosentez uygulaması daha sonra ileri yaştaki anneye down sendromu riski nedeniyle ultrason eşliğinde gerçekleştirilmiştir. Bu durum, ultrason taramasının da sıkça kullanılan bir uygulama haline gelmesine katkıda bulunmuştur (Ferguson-Smith ve Bianchi, 2010: 602). Ultrason taramaları, annenin yaşına bakılmaksızın rutin olarak yapılabilmekte ve gebelik boyunca anne ve bebek bakımına rehberlik etmek için bilgiler sağlamaktadır. Ayrıca tanı ve tarama testleri, fetüste anomali tespit edilirse ailenin/annenin gebeliğine devam edip etmeme kararını vermesinde de yardımcıdır. (Asch, 1999: 1650).

Prenatal tanı işlemlerinin, fetüsün ağırlığının 500 gramın altında olduğu durumlarda tamamlanması önerilmektedir. Bu şekilde, gebeliğin sonlandırılması kararı gerektiğinde, anne üzerinde daha az sorun olabileceği düşünölmektedir (Çetin, 2012, s. 476). Ayrıca prenatal tanı ile fetüste bir anomali tespit edilmesi durumunda, aileye doğum yeri ve doğum şekli konusunda yardımcı olunabilmektedir (Baumann ve McFarlin, 1994: 49S). Ancak doğum öncesi tanı ve tarama testlerinin endişe ve fiziksel zarar yaratabileceği bilinmektedir. Bu zararın etkileri, testin türüne bağlı olarak değişmektedir (Santalahti, 1998). Örneğin amniyosentez işlemi sırasında enfeksiyon ve diğer komplikasyonlar ortaya çıkabilirken, ultrason taramasında görölen belirsiz tanılar endişeye neden olabilmektedir (Hemminki, 2002, s. 185).

Prenatal tanının uygulanma süreçleri, maddi ve manevi açıdan yıpratıcı olabilmekle beraber (Özalp Yüreğir vd., 2012: 87) özellikle ultrason taramalarının tıbbi ve psikolojik açıdan değerlendirilmesi zordur. Bu durumun temel nedenlerinden biri, ultrason muayenesinin diğer tıbbi prosedürlerden farklı olarak çekici bir özellik taşımasıdır. Fetüsün ekranda izlenmesi, gebe kadınlar için potansiyel olarak olumlu bir deneyim olması ultrason muayenesinin çekiciliğini arttırmaktadır (Hyde, 1986, s. 91). Doğum öncesi rutin kontrollerin bu kadar yaygın hale gelmesinin bir nedeni de, annelerin bu tür muayeneleri genellikle kabul edilebilir bulmaları ve bu kontrollere istek göstermeleridir (Thorpe vd., 1993, s. 311). Bu nedenle, ultrason muayenesi için endikasyonlar diğer tıbbi prosedürlerde olduğu gibi sorgulanmamaktadır (Eurenius vd., 1997, s. 86). Ancak ultrason muayenesi de bir çeşit tanı ve tarama testidir ve bu taramanın yaygın kullanımı bazı riskler taşımaktadır. Özellikle, ultrason muayeneleri sırasında yapılan teşhisler bazı durumlarda aşırı teşhise yol açabilmektedir. Aşırı teşhis, hastalarda gereksiz stres, kaygı ve gereksiz tedavi süreçlerine sebebiyet verebilmektedir. Örneğin, küçük ve klinik olarak önemsiz anomalilerin tespit edilmesi, anne adayını gereksiz yere endişelendirebilmekte ve hatta gereksiz tıbbi müdahalelere yol açabilmektedir. Bu noktada, ultrason muayenesinin çekiciliği ve yaygın kullanımı göz önüne alındığında, bu testlerin olası zararlarını ve aşırı teşhis riskini daha iyi anlamak ve yönetmek önem arz etmektedir.

2. AŞIRI TEŞHİS

“Aşırı teşhis/overdiagnosis” kavramının özellikle son 10 yıldır tartışma konusu olduğu görülmektedir. Aşırı teşhisin tanımı; “basitçe yalancı hastalığın saptanması” şeklinde yapılabilmektedir (Welch ve Black, 2010: 606). Günümüzde sağlık alanında değişen paradigmlar ve tıbbi teknolojilerin gelişmesi ile birlikte, herhangi bir belirti olmasa bile rutin taramaların ve erken teşhisin hayat kurtarabileceğine yönelik yaklaşım, sağlık sorunlarının erken evrede tespit edilmesinin tedavi başarısını artırabileceği gerçeğine dayanmaktadır. Aşırı teşhis kavramı temel olarak “ne kadar erken tespit edilirse o kadar iyi” şeklindeki temel fikrin karşısında durmaktadır. Aşırı teşhise maruz kalan hasta, tedaviden fayda görmemektedir çünkü hastada tedavi gerektiren bir durum bulunmamaktadır. Hekimler, bir hastaya aşırı teşhis koyup koymadıklarını ancak tedaviye yanıt verilmediği zaman bilebilmektedir. Ancak fazla teşhis koymak, teşhis konulan birey havuzunu genişlettiğinden, daha fazla aşırı teşhis yapılma olasılığını da artırabilmektedir (Garcia-alamino ve Lopez-Cano, 2022: 793; Welch vd., 2013). Erken tespitin iyi olması fikri yapılacak en mantıklı olgu olarak görünse de erken tespit için yapılan tanı ve taramaların daha fazla tedaviyi doğurabileceğinin de göz önüne alınması gerekmektedir. Çünkü fazla teşhis, rahatsızlık ya da hiç rahatsızlık vermeyen sorunların tedavisine yol açabilmektedir (Welch vd, 2013: xiv). Aşırı teşhis; gereksiz etiketleme, gereksiz testlere ve en önemlisi de gerçek hastalığı tedavi etmeye veya önlemek için daha iyi kullanılabilecek boşa harcanan kaynaklara neden olmaktadır (Moynihan, Doust ve Henry, 2012: 1).

Aşırı teşhis kavramı gebelik bağlamında değerlendirildiğinde, gebelikte teşhis edilen anomaliler ve engelli bir çocuğun doğumunu önlemek için yapılan kürtaj uygulamaları, teşhis süreçlerinin karmaşıklığı ve önerilen çözümlerin basitliği arasındaki bir uyumsuzluğu ortaya koymaktadır. Bu durum, doğum öncesi tarama yöntemlerinin gelişmesine yol açmıştır. Çünkü bu yöntemler önceden var olan anomalilere veya bu tür anomalilerin yüksek riskine odaklanmaktadır (Löwy, 2017: vii). Fetal ultrasondaki anomalileri saptamanın daha fazla teşhise dair müdahalelerin yapılmasına ve bireylerde buna dair kaygı seviyesinin artmasına neden olduğu bilinmektedir. Bazı hekimler bu durumları aşırı teşhis yerine “yanlış alarm” ve “yanlış pozitiflik” olarak yorumlamaktadır. Ancak yanlış alarmların yanlış oldukları hızlı bir biçimde genellikle ikinci test ile anlaşılabilir. Ultrasonla tespit edilen fetal anomaliler hakkında kesin testlerin eksikliği, mevcut testlerin kesin sonuçlar vermemesi veya bu testlerin düşük riskini artırması gibi nedenlerle bu testlerden kaçınılabilmektedir. Bu durum, fetal ultrason anomalilerinin, çocuk sağlıklı bir şekilde dünyaya gelene dek doğrulanamaması anlamına gelmektedir (Welch, vd, 2013: 109).

Normal fetüslerin %10’unda veya her 1000 canlı doğumun 100’ünde anatomik anomaliler görülebilmektedir. Bu sebeple her gebe kadına ultrason yapılırsa, oldukça fazla aşırı teşhis konulacaktır. Anomali taşıdığı bilinen her 100 fetüsten yalnızca en çok 3 tanesinde gerçekten trizomi bulunmaktadır. Diğer %97’si aşırı teşhis olarak değerlendirilmekte ve anomali olumsuz bir sonuca yol açmayacak olmasına karşın, anomaliliği var diye teşhis konulmaktadır (Welch vd, 2013). Klinik düzeyde aşırı teşhisin önlenmesi, iyi huylu anormal durumlar ile zarar veren durumlar arasındaki daha iyi ayrımın yapılabilmesine bağlıdır. Bu durum, aşırı teşhisi önlemek için

özellikle tarama süreçleriyle ilgili olarak halk ve sağlık profesyonelleri arasında eğitim ve farkındalığı yaratmaya bağlı olmaktadır. Böylece hastalık tanımlama sürecini gözden geçirmeye ve aşırı teşhise yol açan teşvikleri kökten değiştirmeye bir zemin açabilmektedir. Bu değişikliklerle birlikte, sağlık hizmetlerinin daha dengeli ve gereksiz tıbbi müdahalelerin azaltıldığı bir yaklaşıma yönlendirilmesine yardımcı olup herkes için daha iyi sonuçlar elde edilirken zararlı aşırılıklar azaltılabilmektedir (Moynihan, Doust ve Henry, 2012: 1).

Bilimsel tıp çağında hastalığın teşhisi ve tedavisi, mevcut en iyi bilimsel kanıtları kullanarak çeşitli araştırma ve test sonuçlarını koordine ederek yapılmaktadır. Tavsiye edilen tedavi yöntemine karar verilirken, çelişebilecek uzman görüşleri, test sonuçlarının tutarsızlıkları, hekimin içgüdüğü ve önceki vakalardan edinilen deneyimler gibi çeşitli kanıtların tümü dikkate alınmalı ve uygun bir denge oluşturulmalıdır. Ancak sadece profesyonel ve bilimsel kanıtların değil, aynı zamanda her hastanın bireysel koşulları ve tercihleri de göz önüne alınmalıdır. Tedavi süreci, kişiselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirmekte ve hasta ile sağlık profesyonelleri arasında açık bir iletişim ve işbirliğini zorunlu tutmaktadır. Bu, tedavi planının en iyi sonuçları elde etmesine yardımcı olurken, hastanın gereksinimlerini ve tercihlerini de karşılamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin sunumunda bilimsel bilgi ve hasta odaklı bakımın bir araya getirilmesi büyük önem arz etmektedir (Bradby, 2009: 41). Bu açıdan değerlendirildiğinde aşırı teşhis kavramı mevcut bilimsel bilgi ve teknolojinin karşısında yer alan bir tutum gibi değerlendirilmemelidir. Aksine bu kavram bilimsel bilgi ve teknolojinin getirebileceği zararlara karşı farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır.

3. SEÇİCİ KÜRTAJ

Gebelikte görülebilecek anomali durumunda engelli bir bebeğin dünyaya gelmesini önlemek için yapılan kürtaj ve kürtaj kararıyla sonuçlanacak anomalilere odaklanmak doğum öncesi taramanın ortaya çıkmasına neden olmuştur (Löwy, 2017: vii). Bu sebeple tanı ve tarama testlerinde yapılacak yanlış bir uygulama sağlıklı bir fetüsün kürtajına neden olma riskini taşımaktadır (Baumann ve McFarlin, 1994: 36S). Literatürde “selective abortion” olarak ele alınan bu kavram Türkçe seçici ya da elemeci kürtaj olarak adlandırılmaktadır. Seçici kürtaj, doğum öncesi dönemde yapılan test veya taramalar sonucu ortaya çıkabilecek anomali şüphesi durumunda (Şüphe denilmesinin sebebi gebelere yapılan birçok prenatal tanı ve tarama testi olsa da bebek doğmadan önce bu testlerden %100 bir şekilde emin olunamayacağından kaynaklanmaktadır) gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Kürtajla ilgili kararlar, insan ilişkilerini, yükümlülüklerini ve ebeveynliğin anlamını derinden etkileyen ahlaki kararlar olarak değil de engel/anomali hakkında tıbbi olarak bir teknik seçim olarak ele alınmaktadır (Alderson, 2002: 198). Gonter (2004) seçici kürtaj kararının arkasındaki sebebin, engelliliğin sosyal olarak inşa edilmiş olumsuz yaklaşımı olduğunu savunmaktadır. Fakat bunun aksine değişen toplum yapısıyla beraber günümüzde toplumun anomalili bebeklere yaklaşımında değişimler de meydana gelmiştir. Örneğin, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ebeveynler, anomaliye sahip bir bebeği dünyaya getirmeye sıcak bakmaktadırlar (Çetin, 2012: 477).

Diğer yandan, kürtajla ilgili ahlaki seçimlerde zorlananlar fetüste ciddi bir fetal anomalinin olmasının, gebeliği sonlandırmada iyi bir neden olduğunu öne sürmektedir. Benzer şekilde annenin hayatını kurtarmak da kürtaj olumlamasını desteklemektedir (Nelson, 2000: 215). Yalnızca sağlıklı çocuk doğurmayı savunanların bir diğer savı ise ciddi genetik bozukluğu olan engelli çocukların dünyaya gelmesinin duygusal ve ekonomik açıdan yorucu olacağı düşüncesidir (Tong, 2003: 187). Fetal taramalar sonucunda saptanabilecek anomalilerin anneye/ebeveynlere engelli bir çocuğa sahip olmaktan kaçınma fırsatı vermenin bir yoludur. Bu sayede yeni doğan nüfusun sağlığı, halk sağlığı ve toplumun genel sağlık düzeyi de yüksek seviyelerde tutulabileceğine dair yargılar vardır. Fakat bu yargı öjeni konusunun gündeme gelmesine de sebebiyet verecektir (Hemminki, 2002: 184). Benzer şekilde Purdy (1996: 58), ciddi genetik bir hastalığa sahip olan bebeğin dünyaya getirilmemesini savunarak seçici kürtaj uygulamasına vurgu yapmaktadır. Ayrıca, genetik taşıyıcılığa sahip ebeveynlerin hiç çocuk yapmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak engelli bir bebeğe sahip bir ailenin, bebeği için iyi bir yaşam imkânı sağlayacağına inanıyorsa, o zaman çocuk sahibi olabileceklerinden bahsetmektedir. Bu sayede kürtajın önüne geçilebileceğini söylemektedir.

Gilliam (1999: 166), doğum öncesi teşhisin ve seçici kürtajın, engelliliğin korkunç olduğunu ve engellilerin yaşamamaları gerektiğinin bir kanıtı niteliğinde olduğunu belirtmektedir. Engelli fetüse yönelik olan bu tutumun bazı engelli insanlar için de saldırgan ve moral bozucu bir tutum olduğunu söylemektedir. Bunun aksine Asch (2000: 236), gebeliği esnasında fetüste bir anomali olması sonucunda gebeliğini sonlandıran müstakbel ebeveynin bu davranışının engelli olan insanlara karşı yapılan düşmanca bir tavır olmadığını savunmaktadır. Kürtaj sebebinde, ebeveynlerin mali ve duygusal olarak bunu karşılayamayacakları, hâlihazırda zaten engelli bir çocuklarının da olabileceği ya da ebeveynlerde fetüsteki aynı anomalinin kendisinde olmasından dolayı bebeğine bunu yaşatmak istememeleri olabileceğinden bahsetmektedir. Farklı bir bakış açısıyla seçici kürtajın merkezinde, engelli bireylerin kısıtlayıcı özelliklerle yaşamalarının, kendi yaşamlarından duydukları hazın azalmasına sebep olmadığı, ailelerine ve topluma zarar vermediği fikri bulunmaktadır (Gonter, 2004).

Engelli hakları hareketi içindeki pek çok kişi, engelliliği önlemenin bir yolu olarak doğum öncesi teşhise karşı çıksa da, çevreyi temizlemeye, emniyet kemeri kullanımını teşvik etmeye, tütün ve alkol tüketimini azaltmaya ve tüm gebe kadınlara doğum öncesi bakım sağlamaya yönelik halk sağlığı çabalarına kimse karşı çıkmamaktadır. Tüm bu faaliyetler, mevcut insanların (ya da sağlıklı doğması beklenen fetüslerin) sağlığıyla ilgilenmekte ve onların iyi olma hallerini sağlamaya çalışmaktadır. Kürtajın öncesinde yapılan doğum öncesi testleri, diğer sakatlık önleme ve tıbbi tedavi biçimlerinden ayıran şey, kürtajın öncesindeki doğum öncesi testlerin, bir annenin veya gelecekteki bir insanın sakatlığını veya hastalığını önlemeyi amaçlamamasıdır. Ama bu istenmeyen özelliklerden birine sahip olacak bir insanın doğmasını engellemektir (Asch, 1999: 1651). Bunun yanı sıra anomali teşhisi sonucunda gebeliğini sürdürmeye kararlı anneleri/ebeveynleri sosyal ve finansal olarak desteklemek gerekmektedir. Bu sayede gebeliğini sürdürmek isteyen kadının kendi isteği dışında kürtaj olmasının önüne geçilebilmektedir. Kadınların

üreme özerkliğini eşit şekilde korumak isteyen toplumlarda bunun yapılması gerekmektedir. Bu durumda, gerçekten doğum öncesi tanı ve tarama ve seçici kürtaj sunmanın gerçek amacı ortaya çıkacaktır (Buccafurni ve Chang, 2009: 66).

4. PRENATAL TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kadınlar için gebelik olgusunun fiziksel, psikolojik, bireysel ve sosyal birçok değişimin gerçekleşebileceği özel bir süreç olduğunu söylemek mümkündür. Bu değişim özellikle toplumsal açıdan yeni bir aile kurmuş bireyler tarafından ciddiye alınmaktadır. Gebelik döneminde kadınlar, hayatlarının en heyecanlı anlarından birini yaşarken, yapılan tanı ve tarama testleri ile bir anda içinden çıkmakta zorlanacakları bir duruma düşebilmektedir. Örneğin, tanı ve tarama testleri sonucunda anomali şüphesi ortaya çıktığında, ebeveynler yoğun bir stres ve kaygı yaşayabilmektedir. Bu kaygı, bebeğin sağlığına dair belirsizlikler ve olası olumsuz sonuçlarla ilgili endişelerden kaynaklanmaktadır. Bebeğinde anomali olabileceği söylenen kadının, bebeği doğurursa nasıl bir birey olacağı, engelli olması durumunda bebeğin toplumda nasıl karşılanacağı, bebeği aldırırsa kürtaj olmanın vereceği yük, eşler arasında bebeği aldırma ve aldırma ile ilgili çatışmalar gibi birçok durum ortaya çıkabilmektedir. Prenatal tanılarının uygulanması ile ilgili etik ve ahlaki tartışmalar devam etmektedir. Prenatal tanılarının anneyi anomalili bebeğe hazırlaması açısından yapılması gerektiğini savunan görüşlerin yanı sıra, bu tanılarının engelli bireylerin doğmamasına imkan sağladığına dair görüşler de mevcuttur. Bu iki bakış açısı da değerlendirilecektir.

Prenatal tanı ve testler, gebenin üzerinde bazı olumsuz etkiler bıraksa da, ebeveynlere anomalili olabilecek bir bebeğin doğumuna (veya potansiyel olarak ölümüne) hazırlanmada yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, bireysel durum için mümkün olan en iyi sonucu sağlamak amacıyla uygun fetal gözetiminin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca söz konusu testler, doğumun zamanlaması, şekli ve yeri konusunda karar vermeye yardımcı olma, ebeveynleri uzman yeni doğan hizmetleriyle tanıştırma, potansiyel olarak rahim içi tedaviye izin verme, ebeveynlere gebeliği sonlandırma seçeneği sunma gibi konularda destek olmaktadır (Collins ve Impey, 2012: 3-4). Bununla beraber prenatal tanının yararlı etkilerinden birini Zlotogorski ve arkadaşları (1997: 28), ultrason görüntülerinin ebeveynlerin doğmamış çocukla ilgili fikirlerini derinden etkileyebildiğini belirtmişlerdir. Tanı ve tarama testleri tarafından sağlanan bilgilerle (örneğin cinsiyet) fetüsün kişisel özellikleri hakkında ebeveynler bilgi sahibi olacak bu sayede fetüsle bağ kuracaklardır.

Fetüslerde oluşabilecek potansiyel sakatlıkların doğum öncesi teşhis edilmesinin, uzmanların çeşitli biyolojik durumları hızlı ve etkili bir şekilde tespit etme yeteneğine yönelik büyük bir ilerleme sağlama beklentisi bulunmaktadır. Yani, prenatal tanı ve tarama yöntemlerinin gelişimiyle birlikte, fetüslerdeki olası sakatlıkların erken teşhisi ve tanımlanması, uzmanların doğuştan gelen sağlık sorunlarını hızlı ve etkili bir şekilde belirleme yeteneğini artırabilmektedir. Bu da sağlık uzmanlarının erken müdahalede bulunmasını ve gerekli tedbirleri almasını sağlayarak hem anne hem de bebek sağlığını korumaya yardımcı olabilmektedir. Ancak, bu ilerlemelerin ardından ortaya çıkan ahlaki sorunlar, biyoetikçilerin dikkatini çekmektedir. Bu tür testlere kimlerin erişebileceği, uzun süreli ve masraflı

tıbbi tedavilerin ve sosyal destek hizmetlerinin maliyetlerini kimin karşılayacağı gibi konular, önemli tartışma konularıdır. Ayrıca, engelli çocukları kabul eden ebeveynlerin toplum tarafından aşağılanması ve çocuklarla ilgili bir kalite kontrol modelinin geliştirilip geliştirilmediği de tartışılmaya devam etmektedir (Nelson, 2000, s. 214). Dünyaya getirilecek çocuğun sağlıklı olması, üreme isteği kadar önemli görülmektedir. Bu nedenle prenatal tanı, üretim sürecindeki bir tür kalite kontrol ve üreme aşamasındaki bir değerlendirme olarak görülmektedir (Heyd, 1995: 293). Bunun yanı sıra bireylerin her durumda üreme hakkına sahip olmadığı, hatta ürememeleri gereken bazı durumlar olabildiği de iddia edilmektedir. Bu da öjeni tartışmalarını çağrıştırmaktadır (McHale, 2002: 101). Öjeni, bir ırkın doğuştan gelen niteliklerini iyileştiren tüm etkilerle ilgilenen bilimdir (Galton, 1904: 45). Bu noktada prenatal tanı, öjeni kavramıyla kesişmektedir. Prenatal tanı aracılığıyla bireylere üreme hakkı; “Sadece sağlıklı iseniz ve sağlıklı bebek dünyaya getirecekseniz üreyin.” mesajı ile verilmektedir. Bunun sonucunda prenatal tanı ve tarama testleri ile sadece sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesine izin verilmesi sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmeden kürtaj ile müdahale edilmesi gerektiği yaklaşımı meydana gelmiştir. Bu durum prenatal tanının olumsuz perspektifini oluşturmaktadır.

Doğum öncesi tanı uygulamalarında ailenin iyice bilgilendirilmesi, uygulanacak tanı ve tarama testlerinin yüzdelerinin ne anlama geldiğinin açıklanması ve olası istenmeyen durumların da bilgilerinin aileye anlatıldıktan sonra karar aşamasına geçilmesi, sürecin daha sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi için çok önemlidir (Özalp Yüreğir vd., 2012: 87). Sürecin sağlıklı ilerleyebilmesi ise doğum öncesi genetik danışmanlıkla sağlanabilmektedir. Genetik danışmanlık, fetüsün anomali durumuna sahip olabileceğini gösteren durumlarda ebeveynlere destek sağlamaktadır. Ayrıca, test sonucuna göre amniyosentez gibi invaziv tanımlayıcı testlerin yapıp yapılmayacağına ve gebeliğin devam edip etmeyeceğine karar verilmesinde bu danışmanlık yol gösterici olmaktadır (Alderson, 2002: 196). Ancak genetik danışmanlık, öjeni kavramı ile ince bir çizgide ayrılmaktadır. Hekimin bu konuda yönlendirici bir davranış sergilemesi (Örneğin, bu fetüs sağlıklı olabilir, anomali olabilir ve aldırılması gerekir.) öjeni kavramını tekrar akıllara getirebilmektedir. Bununla birlikte, yönlendirici olmayan danışmanlığın mümkün olup olmadığı veya gerçekten istenip istenmediği konusunda şüpheler de bulunmaktadır. Doğum öncesi tanı ve tarama testi sunma hakkındaki etik tartışmalar, esas olarak ilgili kadınların özerkliğine odaklanmaktadır (Williams vd, 2002: 339). Bu durum tıp etiği ilkelerinden özerklik ilkesi ile zarar vermeme ilkelerinin çatıştığına örnektir.

Prenatal tanı ile üreme/ebeveynlik arasındaki bir diğer durum; tıbbi uygulamadaki diğer vakaların aksine, doğum öncesi teşhiste hizmeti satın alan kişinin yalnızca hastanın kendisi olmamasıdır. Engelli bir çocuğu yetiştirme yükünü taşıyacak olan kişilerin, çocuğun doğumunu engelleme ya da en azından kendilerini işin zorluklarına hazırlamaları gerekmektedir. Ebeveynlik sorumluluğu, çiftlerin özerk bir kararı olarak kabul edildikten sonra, ebeveynlerin doğum öncesi teşhis hakkı, basit bir tüketici tercihi olarak görülemez. Doğum öncesi tanı, iki ebeveynin genetik materyallerinden oluşan ve kesinlikle onlara ait olan bir embriyoya uygulanmaktadır. Bu nedenle, doğum öncesi tanı ve onu takip eden tedavinin ebeveynlerin iradesine karşı uygulanamayacağı neredeyse evrensel olarak kabul

edilmektedir (Heyd, 1995: 293). Örneğin, ebeveynler engelli bir çocuğu dünyaya getirdiklerinde bu doğumdan olumsuz etkilenebilmekte ve bu durum da, ebeveynlerin kendi aralarındaki ilişkilerin bozulması ile sonuçlanabilmektedir. (McHale, 2002: 102). Bu örneğe istinaden, Washington’da çeşitli fiziksel ve gelişimsel anomaliliklere sahip bir çocuğun ailesinin açtığı davada mahkemede, ebeveynlerin engelli bir çocuğun doğumunu engelleme hakkına sahip olduklarını, hekimlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin, ebeveynlere bu konuda yardımcı olma görevi olduğu kararına varılmıştır. Mahkeme ayrıca, engelli bir çocuğun doğum kusuru nedeniyle hayatı boyunca yaptığı olağanüstü masrafların tazmini için dava açabileceğini belirtmiştir (Donovan, 1984: 64).

Prenatal tanı, engellilik ve toplumsal etkiler ile değerlendirildiğinde, tipik bir liberal toplumda bile devlet, topluma önemli ölçüde maliyetli olabilecek sonuçları varsa, bireylerin eylemlerine müdahale edebilmektedir. Down sendromlu veya spina bifidalı bir çocuğun doğumu, herhangi bir refah devletinde kamu kaynaklarına ağır bir yük getirmekte ve dolayısıyla devlete, bu maliyetleri azaltabilecek tıbbi uygulamaları doğrudan ve dolaylı yollarla düzenleme zemini sağlamaktadır. Bu doğrultuda devlet, amniyosentez ve genetik taramayı finanse etmekle birlikte kusurlu çocukların doğumuna yol açan ihmal durumunda hekimleri cezalandırmakta ve ebeveynler hekimlere tazminat davası açmak konusunda haklı görülebilmektedir. Böylece, bireylerin ebeveynlik hakları, kaçınılmaz olarak toplumu etkilediğinden devlet tarafından kısıtlanmaktadır (Heyd, 1995: 295). Hekimler, halk sağlığı uzmanları ve biyoetikçiler, kadınları gelecekte meydana gelecek sakatlıkları önlemek amacıyla doğum öncesi tanıya teşvik etmektedirler. Bu teşvik sonucu, hevesle bebek bekleyen ebeveynlere sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek için sorunlu gebeliği sonlandırmasını ve tekrar denemesine tavsiye etmektedirler. Fakat sağlık profesyonelleri, prenatal tanı ve tarama testleri aracılığıyla teşhis edilebilecek herhangi bir fetal anormalliğin, gelecekte doğacak herhangi bir çocuğun tüm özellikleri hakkında kesin bir tahminde bulunmalarının mümkün olmadığını kabul edememektedirler. Yani, bir fetüste tespit edilen bir anomalinin, doğacak çocuğun tüm özelliklerini belirleyeceğini garanti etmek mümkün değildir. Bu nedenle, fetüsün belirli bir anomalisi olması, doğacak çocuğun diğer özellikleri hakkında kesin bir sonuç çıkarmak için yeterli değildir (Asch, 1999: 1652).

5. SONUÇ

Sonuç olarak, doğumla ilgili tanımlar, kadınların, eşlerin ve ailelerin yaşamını derinden etkilemektedir. Bu sürecin öznesi olan fetüs ise durumdan en fazla etkilenen ancak genellikle karar alma sürecinde az söz sahibi olan taraftır. Bu süreçteki genetik danışmanlık hizmetlerinin kullanımı, ailelere fetüsün durumu hakkında bilgi sağlayarak ve invaziv testlerin yapıp yapılmayacağına ilişkin karar vermede rehberlik ederek önemli bir rol oynamaktadır. Doğum öncesi tanı sürecinde, ailelerin detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi ve ailenin karar vermeden önce riskleri tam olarak anlaması gerekmektedir. Fakat bu süreçte etik ve ahlaki konuların da dikkate alınması gerekmektedir.

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan tartışmalar prenatal tanının, sadece sağlıklı bir bebeğin doğumuna odaklanması yerine bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasını gerektirmektedir. Gebelik dönemi bir kadının yaşamındaki kritik bir süreç

olduğundan bu süreçte, teknolojik müdahalelerin aşırı kullanımı ve bu sürece bütüncül bir perspektifle bakılmaması sonucunda, aşırı teşhis, stres, kaygı ve gereksiz etiketlemeye neden olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Dolayısıyla prenatal tanı süreçlerinde aşırı teşhis ve yanlış teşhis gibi problemlerin farkında olmak ve bu süreçleri etik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla değerlendirmek gerekmektedir. Bu şekilde ailenin en iyi şekilde desteklenmesi sağlanarak ve aşırı teşhisin getirdiği maddi ve manevi yükler en aza indirilebilir.

KAYNAKÇA

- Alderson, P. (2002). Prenatal counselling and images of disability. In D. Dickenson (Eds.), *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine* (pp. 195-212). Cambridge University Press.
- Asch A. (1999). Prenatal Diagnosis And Selective Abortion: A Challenge To Practice And Policy, *American Journal of Public Health*, 89(11):1649–1657.
- Baumann, P., & McFarlin, B. (1994). Prenatal Diagnosis. *Journal of Nurse-Midwifery*, 39(2): 35S-51S.
- Bradby, H. (2009). *Medical Sociology An Introduction*, First Published, London: Sage Publications.
- Buccafurni, D., & Chang, P. L. (2009). Does prenatal diagnosis morally require provision of selective abortion?. *Am J Bioeth*, 9(8): 65-67.
- Cheng, W. L., Hsiao, C.H., Tseng, H.W., Lee, T. P. (2015). Noninvasive prenatal diagnosis, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 54(4): 343-349.
- Collins, S. L., & Impey, L. (2012). Prenatal diagnosis: Types and techniques. *Early Human Development*, 88, 3–8.
- Çetin, A. (2012). *Kadın Hastalıkları ve Doğum El Kitabı*. Sertan Yayınları.
- Donovan, P. (1984). Wrongful Birth and Wrongful Conception: The Legal and Moral Issues. *Family Planning Perspectives*, 16(2): 64-69.
- Ferguson-Smith, M. A., & Bianchi, D. W. (2010). Prenatal Diagnosis: past, present, and future, *Prenatal Diagnosis*, 30(7): 601-604.
- Galton, F. (1904). “Scientific and Medical Knowledge Production, 1796-1918 Volume III: Authority”, içinde *Eugenics: Its Definition, Scope and Aims*, R. Boddice, (Ed), (ss.43–51), 1 st Edition, Routledge.
- Garcia-Alamino, J. M., and Lopez-Cano, M. (2022). Overdiagnosis and overtreatment — More is better?, *Cir Esp*, 100(12): 793-794.
- Gilliam, L. (1999). Prenatal Diagnosis and Discrimination Against the Disabled, *Journal of Medical Ethics*, 25, 163-171.
- Gonter, C. (2004). The Expressivist Argument, Prenatal Diagnosis, and Selective Abortion: An Appeal to the Social Construction of Disability, *Macalester Journal of Philosophy*, 13(1).
- Hemminki, E. (2002). Ethical and social aspects of evaluating fetal screening. In D. Dickenson (Ed.), *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine* (pp. 183-193). Cambridge University Press.
- Heyd, D. (1995). Prenatal diagnosis: whose right?, *J Med Ethics*, 21(5): 292–297.
- Löwy, I. (2017). *Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis*. Johns Hopkins University Press.
- McHale, J. (2002). Is there a duty not to reproduce?. In D. Dickenson (Ed.), *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine* (pp. 101-112). Cambridge University Press.
- Moynihan, R., Doust, J., and Henry, D. (2012). Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming The Healthy, *BMJ*, 344: 1-6.

- Nelson, J. L. (2000). Prenatal Diagnosis, Personal Identity, and Disability, *Kennedy Inst Ethics J*, 10(3):213-28.
- Özalp Yüreğir, Ö., Büyükkurt, S., Koç., F. ve Pazarbaşı, A. (2012). Prenatal (Doğum Öncesi) Tanı, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, 21(1): 80-94.
- Purdy, L. M. (1996). Loving future people. In. L. M. Purdy (Ed.), *Reproducing Persons: Issues in Feminist Bioethics*. Cornell University Press.
- Santalahti, P. (1998). Prenatal Screening in Finland – Availability and Women’s Decision-Making and Experiences. National Research and Development Centre for Welfare and Health Research Report 94, Stakes.
- Tong, R. (2003). The Virtue of Drawing Lines in Genetic Testing, *American Medical Association Journal of Ethics*, 5 (5): 186-189.
- Welch, H. G., and Black, W. C. (2010). “Overdiagnosis in Cancer”, *J Natl Cancer Inst*, 102:605–613.
- Welch, H. G., Schwartz, M. L., Woloshin, S. (2013). *Aşırı Teşhis. Sağlık Adına Hasta Etmek*. İstanbul: İnsev Yayınları.
- Williams, C., Alderson, P., Farsides, B. (2002). Is nondirectiveness possible within the context of antenatal screening and testing, *Soc Sci Med*, 54(3): 339–347.
- Zlotogorski, Z., Tadmor, O., Rabinowits, R. (1997). Parental attitudes toward obstetric ultrasound examination, *J Obstet Gynaecol Res*, 23(1): 25-8.

DİJİTAL BÖLÜNMENİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Elif AKDOĞAN¹
Ramazan ERDEM²

ÖZ

Günümüzde Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) toplumları değiştiren ve dönüştüren bir odak noktası haline gelmiştir. Özellikle internet, akıllı telefon, bilgisayar, tablet vb. BİT'nin kullanımının hayatın bütün alanlarına yayılmasıyla toplumsal mekanizmaların yeniden yapılandırıldığı ve sistemlerin bu yeni iletişim teknolojilerine göre şekillendiği görülmektedir. Bireylerin BİT'ne erişim ve ulaşımının tam olarak sağlanamaması ya da bu konuda ortaya çıkan yetersizlikler bir bölünmeye yol açmakta ve insanların bir kısmını diğer bireylerden dezavantajlı bir konuma itmektedir. Bu çalışmada, dijital imkânlara sahip olan ve olmayanlar arasında ortaya çıkan dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu genel amaç çerçevesinde sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyo-demografik faktörler de belirlenmiştir. Çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama metodu kullanılmıştır. Veriler, Toçi, Bruzari ve Sorenson tarafından geliştirilen dört boyutlu Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, araştırmacılar tarafından geliştirilen dijital bölünme soruları ve sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın evrenini çevrimiçi platformlardan ulaşılan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmada 488 kişiye ulaşılmıştır. Veriler SPSS programı kullanılarak istatistik analizleri yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, sosyo-demografik değişkenlerden yaş, eğitim, gelir durumu ve yaşanan yer sağlık okuryazarlığını etkileyen özellikler olduğuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak dijital bölünme sağlık okuryazarlığında belirleyici bir faktördür ve dijital bilgi ve beceriler arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dijital Bölünme, Sağlık Okuryazarlığı, Bilgi ve İletişim Teknolojileri.

THE IMPACT OF THE DIGITAL DIVISION ON HEALTH LITERACY

ABSTRACT

Today, Information and Communication Technologies (ICT) have become a focal point that changes and transforms societies. Especially internet, smartphone, computer, tablet, etc. It is seen that as the use of ICT spreads to all areas of life, social mechanisms are restructured and systems are shaped according to these new communication technologies. The inability of individuals to fully access and access ICT or the resulting inadequacies in this regard leads to a division and puts some people in a disadvantaged position compared to other individuals. In this study, the effect of the digital divide between those who have digital opportunities and those who do not have digital opportunities on the level of health literacy was examined. This study aimed to determine the effects of the digital divide on health literacy. Within the framework of this general purpose, socio-demographic factors affecting health literacy were also determined. The descriptive scanning method, one of the quantitative

¹ Doktora Öğr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, elifakdogan15@gmail.com

² Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ramazanerdem@sdu.edu.tr

research methods, was used in the study. Data were collected through the four-dimensional Health Literacy Scale developed by Toçi, Bruzari and Sorenson, digital divide questions developed by the researchers, and survey forms containing socio-demographic characteristics. The population of the research consists of people reached through online platforms. 488 people were reached in the research. Data were analyzed statistically using the SPSS program. According to the research results, it was found that socio-demographic variables such as age, education, income level and place of residence are the characteristics that affect health literacy. As a result, the digital divide is a determining factor in health literacy, and as digital knowledge and skills increase, the level of health literacy also increases.

Keywords: Digital Division, Health Literacy, Information and Communication Technologies.

GİRİŞ

21. yüzyılda bilgisayar başta olmak üzere teknolojik cihazlar ucuzlamış ve yaygınlık göstermiştir. Böylece “bilgi toplumu” olarak adlandırılan bilginin işlenmesi ve bilgiye erişimin hızlı olduğu bilgi çağına geçilmiştir (Çapar ve Vural, 2013: 1675). Bilgi çağında bilgi ve iletişim teknolojileri ülkeler için ham madde ve petrol kadar önemli bir hale gelmiştir. Bilgi ve İletişim Teknolojileri BİT kullanımı toplumların gelişmişlik düzeyini göstermektedir (Yıldız ve Seferoğlu, 2012: 111). Bilgi toplumu olma yolunda ilerleyen toplumlar varolan sosyal ve ekonomik yapılarını BİT’yle yeniden yapılandırmaktadırlar (Atılğan, 2003: 38). Bu yapılandırma ile ülkelerin ekonomik ve toplumsal yapılarında köklü değişimler yaşanmaktadır (Şen ve Akdeniz, 2012: 53). Ekonomi ve toplum yapısında yaşanan değişimler BİT’nin ulusal ve uluslararası ekonomideki önemini artırmaktadır. Bu teknolojilerin ekonomiye katkısı ve toplumsal açıdan faydalı olabilmesi için genelle yayılması gerekmektedir. Yani, BİT’nin ulusal ekonomiye katkısı üretimden tüketime her alanda ve toplumun günlük yaşam içerisinde kullanılmasıyla artmaktadır (OECD, 2001; Öztürk, 2005: 111). Bu yeni teknolojilere toplumun her kesimi eşit bir şekilde ulaşarak fayda sağlayabilmelidir. Birçok alanda olduğu gibi BİT’ne erişim ve kullanımda eşitsizlikler oluşmakta ve bölünmeler gerçekleşmektedir. Dijital bölünme kavramı ilk ortaya çıktığı zamanlarda bireyler arasındaki BİT’e erişim ve kullanımdaki eşitsizlikleri belirtmek için kullanılsa da günümüzde bu kavram toplumlar, firmalar ve ülkeler arasındaki eşitsizlikleri de kapsamaktadır (Öztürk, 2002: 2). OECD (2001) tarafından yapılan dijital bölünme kavramı farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip bireylerin, toplumların, firmaların ve ülkelerin BİT’ne erişim sağlayanlar ile sağlayamayanlar; kullanabilenler ile kullanamayanlar arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır (OECD, 2001).

BİT’ne erişim ve kullanımında yaşanan eşitsizlikler bilişim alanına dijital bölünme, sayısal kopma, sayısal uçurum, sayısal bölünme, sayısal ayırım (Atılğan, 2003: 37), dijital uçurum (Dijital uçurum kavramı, ülkeler arasındaki ve ülke içerisindeki eşitsizlikleri ifade etmek için kullanılmıştır) (Öztürk, 2005: 112) ve dijital eşitsizlik gibi kavramları dahil etmiştir (Şen ve Akdeniz, 2012: 54; Yıldız ve Seferoğlu, 2012: 111; Kalaycı, 2013: 146). İngilizcede ise digital divide, digital division, digital gap gibi kavramlarla nitelendirilmektedir (OECD, 2001; Şen ve Akdeniz, 2012: 54; Yıldız ve Seferoğlu, 2012: 111-112).

Dijital bölünmenin ölçülmesi için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerde kişisel bilgisayar (PC) sayısı, internete erişim olanağı, telefon ve televizyon hizmetleri gibi göstergeler dikkate alınarak dijital bölünmenin düzeyi

ölçülmektedir (OECD, 2001: 5). Bu değişkenlere ek olarak ise iletişim altyapısı, bilgisayarların kullanılabilirliği, internete erişim, internete erişim hızı, internette kalma süresi, kişisel bilgisayarların nitelikleri ve bireylerin e-okuryazarlığı (e-literacy) gibi teknolojik fırsatlar dijital bölünmenin göstergeleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca hane halkının büyüklüğü ve tipi, yaş, cinsiyet, ırk, dil ve yerleşim yeri gibi sosyo-demografik özellikler de dijital bölünmenin göstergeleri arasındadır (ITU, 2003: 3). Dijital bölünmenin ölçüldüğü yöntemlere ek olarak sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan etmenler de söz konusudur.

Teknolojinin ilerlemesi ve sağlık hizmetlerinin karmaşık bir hal alması üzerine bireylerin kendi sağlıklarını sürdürmek, geliştirmek ve sağlıklarına kavuşmak için en doğru kararı vermesi açısından sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır. Sağlık okuryazarlığı birey, toplum ve sosyal olarak önem arz eden bir konudur. Sağlık ihtiyaç değerlendirme araştırmalarından elde edilen sonuçlar, sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastalık tedavisinden ziyade hastalığı önleme hizmetlerini kullanmaya ağırlık verdiğini göstermektedir (Robinson, 2017: 4-6). Sağlık okuryazarlığı sayesinde bireyler sağlıklı olmayı sürdürebilirler, sağlıklarını geliştirebilir, hastalık ve tedavi konusunda bilgi eksikliklerini tamamlayabilirler. Ancak insan sağlığı üzerinde önemli etkileri olan sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen etmenler mevcuttur. Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyal ve demografik özellikler vardır. Bunlar: sosyoekonomik durum, meslek, istihdam, [syf. 3](#) kullanımı da etkileyen etmenler arasına girmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel özellikler de bulunmaktadır. Bunlar: kişinin yaşı, cinsiyeti, ırkı ve kültürünün yanı sıra; görme ve duyma durumu, hafıza akıl yürütmedeki yeterliliği, sözel ifadedeki yeterliliği, okuma ve anlama gibi üst bilişsel beceriler de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Sorensen, vd., 2012: 7-8).

Sağlık okuryazarlığı 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bireylerin hayatı boyunca sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi, yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlık hizmeti kullanımı konusunda doğru karar vermesini sağlamak için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve kullanmasına olanak veren bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 1998: 10).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerin yanı sıra sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olmasının önemli etkileri vardır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması ölüm riskini artırdığı (Baker, vd., 2007: 1507), bireylerin topluma katılımını engellemesi, ilaçların yanlış kullanılması ve istenen dozlarda alınmaması, hastalıklar hakkında az bilgiye sahip olunması nedeniyle hastalık yönetiminde başarısız olunması (Kanj ve Mitic, 2009: 19-20), sağlıkta eşitsizliklerin ortaya çıkması ve sağlık harcamalarının artması (Kickbusch vd., 2005: 5) gibi bir dizi olumsuzluklara zemin hazırlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylere göre sağlık harcamalarının dört kat fazla olduğu da kanıtlanan bir olgudur (Harper, 2013: 10). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; bireylerin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olması sürdürülebilir bir sağlık sistemi, sağlıklı bir birey ve sağlıklı toplum için önemli bir öğedir.

Bilgi ve iletişim teknolojilerine ulaşım ve kullanımı her alanda etkili olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemektedir. Sağlık alanındaki bilgilerinde dijital ortama aktarılması ile dijital bölünme sağlık alanında kendini göstermektedir. Dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisini araştırmak ve araştırmacılar tarafından oluşturulan dijital bölünmenin varlığını ortaya koyacak BİT araçlarını katılımcıların kullanıp kullanmadığı, hangi sıklıkla internet kullandıkları, sağlık uygulamalarını etkin bir şekilde kullanabildikleri veya BİT araçlarını kullanırken yardım aldıklarına yönelik amaca uygun sorular oluşturulmuştur. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığına ve dijital bölünmeye etkisi olan sosyo-demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından bu çalışma yapılmıştır.

1. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu başlık altında araştırmanın yöntemi hakkında bilgiler yer almaktadır.

1.1.Araştırmanın Problemi

Günümüzde BİT toplumları değiştiren ve dönüştüren bir odak noktası haline gelmiştir. Özellikle internet, akıllı telefon, bilgisayar, tablet vb. BİT'nin kullanımının hayatın bütün alanlarına yayılmasıyla toplumsal mekanizmaların yeniden yapılandırıldığı ve sistemlerin bu yeni iletişim teknolojilerine göre şekillendiği görülmektedir. Bireylerin BİT'ne erişim ve ulaşımının tam olarak sağlanamaması ya da bu konuda ortaya çıkan yetersizlikler bir bölünmeye yol açmakta ve insanların bir kısmını diğer bireylerden dezavantajlı bir konuma itmektedir. Bu çalışmada, dijital imkânlara sahip olan ve olmayanlar arasında ortaya çıkan dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkileri incelenmiştir

1.2. Amaç

Bu çalışmada, dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu genel amaç çerçevesinde sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyo-demografik faktörlerin de belirlenmesine çalışılacaktır.

1.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın evrenini çevrimiçi platformlarda ulaşılan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmada 488 kişiye ulaşılmıştır.

Bu çalışmadaki veriler, Toçi, Bruzari ve Sorenson (2013) tarafından geliştirilen ve Aras ve Temel (2017) tarafından Türkiye’de çalışılarak Türkçe’ye uyarlanmış ve Cronbach’s Alpha değeri 0.92 olarak saptanmış “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve araştırmacılar tarafından geliştirilen dijital bölünme soruları ve sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma şeklinde dört boyuttan oluşmaktadır. Veri toplama aracındaki ifadeler 5’li Likert tipi ölçekle cevaplandırılmış olup ankete cevap verenler katılma düzeylerini “Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız” ve “Hiç zorluk çekmiyorum” şeklinde ifade ederek sırasıyla “1-5” puan aralığında cevap vererek değerlendirmişlerdir. Anketin baş kısmında sosyo-demografik özelliklere ve dijital bölünme ile ilgili sorulara yer verilmiştir.

1.5. Analiz Yöntemi

Araştırmada anket formları ile toplanan veriler bilgisayara aktararak, verilerin analizi SPSS 22 programı aracılığıyla yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların demografik değişkenleri ve dijital bölünme ifadeleri için sıklık ve yüzdelik hesaplamaları yapılmıştır. Anket formunda yer alan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin alt boyutları içerisinde yer alan ifadelerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. İstatistiki değerlendirmeler bu hesaplamalar sonucunda elde edilen puanlar temel alınarak yapılmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin alt boyutları ile katılımcıların demografik özellikleri dijital bölünme ifadeleri karşılaştırılmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında parametrik testlerden olan 'iki bağımsız ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)' ve üç ve üzeri grubun karşılaştırılmasında ise parametrik testlerden olan 'varyans analizi (ANOVA) (F testi)' kullanılmıştır. İki'den fazla değişkenli grupların karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında fark bulunduğu, farkın kaynağını tespit etmek üzere izleme (post-hoc) testlerinden 'Tukey's-b testi' kullanılmıştır.

2. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	f	%
Cinsiyet		
Kadın	318	65,2
Erkek	170	34,8
Medeni Durum		
Bekar	163	33,4
Evli	315	64,5
Diğer	10	2,0
Yaş Grubu		
29-	172	35,2
30-39	145	29,7
40-49	99	20,3
50+	72	14,8
Meslek Grubu		
Çalışmıyor	63	12,9
Ev Hanımı	123	25,2
Memur	120	24,6
Emekli	27	5,5
İşçi	72	14,8
Öğrenci	39	8,0
Diğer (Çiftçi, Özel Sektör, Esnaf	44	9,0

Kendi İşi)		
Gelir Durumu		
2999TL-	108	22,1
3000-4999TL	131	26,8
5000-6999TL	87	17,8
7000TL+	49	10,0
Eğitim Durumu		
İlkokul	48	9,8
Ortaokul	39	8,0
Lise	107	21,9
Önlisans	58	11,9
Lisans	167	34,2
Lisansüstü	69	14,1

Araştırmaya katılan 488 kişinin %65,2'sinin kadın ve %64,5'inin evli olduğu saptanmıştır. Meslek gruplarına göre dağılımda en fazla %25,2'sini ev hanımları, %24,6'sını memurlar, %12,9'unu çalışmayan kişiler, %14,8' ini işçiler, %8'ini öğrenciler ve %9'unu da diğer yani çiftçi, özel sektör, esnaf vb., meslek grupları oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları ise, %34,2'si lisans, %21,9' u lise, %14,1 lisansüstü, %11,9'u önlisans, %9,8 ilkokul ve %8'i ortaokul şeklindedir. Araştırmaya katılan bireyler dört yaş grubuna ayrılmıştır. Burada araştırmaya katılanları en çok 172 (%35,2) kişiyle 29 yaş ve altındaki kişiler oluşturmaktadır.

Tablo 2: Katılımcıların Dijital Bölünme İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Değişkenler	f	%
Yerleşim Yeri		
Köy	43	8,8
İlçe	126	25,8
İl	319	65,4
Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?		
Evet	458	93,9
Hayır	30	6,1
İnternet kullanıyor musunuz?		
Evet	471	96,5
Hayır	17	3,5
İhtiyaç duyduğunuz sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebiliyor musunuz?		
Evet	424	86,9
Hayır	64	13,1
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabiliyor musunuz? (Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi(e-nabız), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) vb.,)		
Evet	438	89,8
Hayır	50	10,2
Sürekli takip ettiğiniz sağlık siteleri var mı?		

Var	150	30,7
Yok	338	69,3
Tablo 2’de katılımcıların dijital bölünme düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanan ifadelerle verdikleri cevapların dağılımları görülmektedir. Yerleşim yerine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların yarıdan fazlasının (%65,4) illerde yaşadığı		
Kendinizi Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenme konusunda yeterli buluyor musunuz?		
Evet	310	63,5
Hayır	178	36,5
Toplum ortalamasına göre internet kullanımınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?		
Çok Gerisindeyim	65	13,3
Toplum Ortalaması İle Aynı	304	62,3
Toplum Ortalamasının İlerisindeyim	119	24,4
İnternet Kullanım Süresi		
0-5 yıl	108	22,1
6-10 yıl	164	33,6
11+	212	43,4

görülmektedir. 458 (%93,9) katılımcı çevresinden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabildiğini belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık olarak hepsi 471 (%96,5) internet kullanmaktadır ve 212 (%43,4) katılımcının internet kullanım süresi 11 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Neredeyse tüm katılımcılar (%86,9) ihtiyaç duydukları sağlık bilgisine internetten ulaştıklarını ve 438 (%89,8) katılımcının dijital sağlık uygulamalarını kullandıkları bulunmuştur. 310 (%63,5) katılımcı BİT’ndeki gelişmeleri takip etme konusunda kendilerini yeterli bulduklarını belirtmişler ve 304 (%62,3) katılımcı internet kullanımını toplum ortalamasıyla aynı durumda olarak değerlendirmiştir. 338 (%69,3) katılımcının da, herhangi bir sağlık sitesini takip etmediğine ulaşılmıştır.

Tablo 3: Sağlık Okuryazarlığı Boyutlarının İstatistiksel Değerleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Min/Max	Cronbach Alfa	$\bar{X}$	Ss
Bilgiye erişim	5	1-5	0,940	4,4508	0,84009
Bilgileri anlama	7	1-5	0,903	4,2886	0,80625
Değerlendirme	8	1-5	0,918	4,3284	0,75982
Uygulama/kullanma	5	1-5	0,757	4,2914	0,64678

Tablo 3’te Sağlık Okuryazarlığı alt boyutlarının güvenilirliğini ölçmek amacıyla cronbach alfa katsayılarına bakıldığında; Bilgiye Erişim boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,94, Bilgileri Anlama boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,903, Değerlendirme boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,918 ve Uygulama/Kullanma boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,757 olduğu görülmüştür. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin tüm alt boyutlarının cronbach alfası 0.70’in üzerinde olduğu tespit edilmiş ve güvenilir bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının tümü aldıkları puan ortalamasında 4.00 üzerinde puan almışlardır. Ayrıca bilgiye erişim alt boyutu en fazla ortalama sahipken; bilgileri anlama boyutu en düşük ortalama sahip olduğu görülmektedir. Buradan bireyler sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmada herhangi bir problem yaşamadığını; ancak ulaştıkları bilgileri anlamada zorluklar yaşadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 4: Bilgiye Erişim Boyutunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	X	Ss	t/F	p
Yaş Grubu					
29-	172	4,567	----		
30-39	145	4,561	----	F=22,398	0,000
40-49	99	4,598	----		
50+	72	3,747	----		
Meslek Grubu					
Çalışmıyor	63	4,377	-----		
Ev Hanımı	123	4,235	-----		
Memur	120	4,710	-----		
Emekli	27	4,318	-----	F=4,116	0,000
Diğer(Çiftçi, Özel Sektör, Esnaf, Kendi İş)	44	4,336	-----		
İşçi	72	4,458	-----		
Öğrenci	39	4,656	-----		
Gelir Durumu					
2999TL-	108	4,133	-----		
3000-4999TL	131	4,461	----	F=9,984	0,000
5000-6999TL	87	4,708	-----		
7000TL+	49	4,706	-----		
Eğitim Durumu					
İlkokul	48	3,512			
Ortaokul	39	3,851			
Lise	107	4,471			
Önlisans	58	4,620		F=25,316	0,000
Lisans	167	4,693			
Lisansüstü	69	4,681			
Yerleşim Yeri					
Köy	43	3,865	---		
İlçe	126	4,128	--	F=33,213	0,000
İl	319	4,657	----		
Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?					
Evet	458	4,578	0,653	t=16,317	0,000
Hayır	30	2,500	0,963		
İnternet kullanıyor musunuz?					
Evet	471	4,527	0,724	t=11,983	0,000
Hayır	17	2,341	1,088		
İhtiyaç duyduğunuz sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebiliyor musunuz?					
Evet	424	4,649	0,558	t=16,946	0,000
Hayır	64	3,134	1,156		

Dijital sağlık uygulamalarını kullanabiliyor musunuz? (Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi(e-nabız), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) vb.,)					
Evet	438	4,597	0,642	t=13,296	0,000
Hayır	50	3,168	1,211		
Kendinizi Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenme konusunda yeterli buluyor musunuz?					
Evet	310	4,652	0,585	t=7,388	0,000
Hayır	178	4,098	1,070		
Toplum ortalamasına göre internet kullanımınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Çok Gerisindeyim	65	3,298	1,241	t=-	0,000
Toplum Ortalaması İle Aynı	304	4,611	0,589		
Toplum Ortalamasının İlerisinde	---	---	----		
İnternet Kullanım Süresi					
0-5 yıl	108	3,846	----	F=46,254	0,000
6-10 yıl	164	4,620	----		
11+	212	4,654	---		

Tablo 4’te katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($F=22,398$, $p<0,05$). Yapılan ileri kıyaslamalarda farkın 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların bilgiye erişim boyutu puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük seviyede olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Katılımcıların meslek durumlarına bakıldığında anlamlı farklılık olduğu tabloda görülmektedir ($F=4,116$, $p<0,05$). Burada oluşan farklılığı tespit etmek için Tukeys b analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ise ev hanımlarının bilgiye erişim boyutu puanlarının diğer meslek gruplarına göre düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bilgiye erişim boyutu ile katılımcıların gelir durumu karşılaştırıldığında; istatistiki anlamda farklılık olduğu görülmektedir ($F=9,984$, $p<0,05$). Ortaya çıkan farklılığın 2999TL ve aşağısında geliri olan bireylerin bilgiye erişim boyutu puanlarının diğer gelir gruplarından düşük olduğu tespit edilmiştir. Denilebilir ki; gelir durumu arttıkça sağlık bilgisine erişimde artmaktadır. Eğitim durumu ve bilgiye erişim boyutu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($F=25,316$, $p<0,05$). İlkokul düzeyinde eğitimi olan katılımcıların ortaokul eğitimi olanlara göre daha düşük puana sahip olduğunu ve ortaokul eğitimine sahip katılımcıların lise, önlisans, lisans ve yüksek lisans eğitime sahip katılımcılara göre düşük puana sahip olduğu tespit edilmiştir. Yani; eğitim düzeyi arttıkça bilgiye erişiminde arttığına ulaşılmıştır.

Bilgiye erişim boyutuyla katılımcıların yerleşim yeri değişkeni arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=33,213$, $p<0,05$). Tukeys b analizine göre; köyde yaşayan katılımcıların, ilçede yaşayanlara göre bilgiye erişim boyutu puanlarının düşük, ilçede yaşayan katılımcıların puanı ise ilde yaşayan katılımcılara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılara *çevresinden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb. cihazları kullanabiliyor musunuz?* Şeklinde sorulan ifadeye göre; anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($t=16,317$, $p<0,05$). Bu anlamlı farklılık; çevresinden yardım almadan bu tip cihazları kullanabilen

katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları kullanamayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların internet kullanması ile bilgiye erişim boyutundan aldıkları puanlar arasında önemli bir farklılık olduğu görülmektedir ($t=11,983$, $p<0,05$). İkili karşılaştırmalarda, internet kullanan katılımcıların kullanamayanlara göre bilgiye erişim puanları yüksek bulunmuştur. “*İhtiyaç duyduğunuz sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebiliyor musunuz?*” ifadesine verdikleri cevaplar ile bilgiye erişim boyutu arasında farklılık olduğu görülmektedir ($t=16,946$, $p<0,05$). Bu farklılık internetten sağlık bilgisine ulaşabilenlerin puanlarının ulaşamayanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Bu boyut, dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme değişkeniyle karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=13,296$, $p<0,05$). Oluşan farklılık, dijital sağlık uygulamaları kullanan katılımcıların kullanamayanlara göre puanlarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Bilgiye erişim boyutuyla katılımcıların “*Kendinizi BİT’ndeki gelişmeleri öğrenme konusunda yeterli buluyor musunuz?*” değişkenine verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık oluşmuştur ($t=7,388$, $p<0,05$). İkili taramalarda, BİT ile ilgili gelişmeleri takip etmede kendini yeterli bulan katılımcıların, bulmayanlara göre bilgiye erişim boyutu puanı yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların “*Toplum ortalamasına göre internet kullanımınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?*” değişkenine verdikleri cevaplar ile bilgiye erişim boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($t=-12,894$, $p<0,05$). İnternet kullanma seviyesi toplum ortalamasının altında olan katılımcıların bilgiye erişim boyutu puanı toplum ortalaması aynı olanlara göre düşük çıkmıştır. İnternet kullanım süresi de bilgiye erişim boyutunu etkileyen bir değişkendir. Katılımcıların internet kullanım süresi ile bilgiye erişim boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($F=46,254$, $p<0,05$). Tukeys b testi sonucuna göre; 0-5 yıl aralığında internet kullanan katılımcıların puanı, 6-10 yıl ve 11 yıl/üzeri süredir internet kullanan katılımcılara göre bilgiye erişim boyutu puanı düşüktür.

Tablo 5: Bilgiyi Anlama Boyutunun Katılımcıların Sosyo- Demografik Değişkenleriyle Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	Ss	t/F	p
Medeni Durum					
Bekar	163	4,428	0,594	t=2,614	0,009
Evli	315	4,229	0,870		
Diğer	----	----	-----		
Yaş Grubu					
29-	172	4,434	-----	F=24,002	0,000
30-39	145	4,413	-----		
40-49	99	4,356	-----		
50+	72	3,595	-----		

Meslek Grubu						
Çalışmıyor	63	4,310	----			
Ev Hanımı	123	4,082	-----	F=3,426	0,003	
Memur	120	4,488	-----			
Emekli	27	4,095	----			
Diğer(Çiftçi, Özel Sektör, Esnaf, Kendi İşi)	44	4,250	--			
İşçi	72	4,267	----			
Öğrenci	39	4,505	----			
Gelir Durumu						
2999TL-	108	4,097	---			
3000-4999TL	131	4,169	----	F=6,870	0,000	
5000-6999TL	87	4,507	--			
7000TL+	49	4,565	----			
Eğitim Durumu						
İlkokul	48	3,580	-----			
Ortaokul	39	3,860	-----			
Lise	107	4,165	-----	F=17,030	0,000	
Önlisans	58	4,406	-----			
Lisans	167	4,516	-----			
Lisansüstü	69	4,563	-----			
Yerleşim Yeri						
Köy	43	3,966	----			
İlçe	126	4,022	----	F=16,700	0,000	
İl	319	4,437	---			
Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?						
Evet	458	4,388	0,663			
Hayır	30	2,761	1,190	t=12,231	0,000	
İnternet kullanıyor musunuz?						
Evet	471	4,357	0,705			
Hayır	17	2,395	1,109	t=11,006	0,000	
İhtiyaç duyduğunuz sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebiliyor musunuz?						
Evet	424	4,451	0,585			
Hayır	64	3,209	1,166	t=13,435	0,000	
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabiliyor musunuz? (Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi(e-nabız), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) vb.,)						
Evet	438	4,407	0,649			
Hayır	50	3,245	1,210	t=13,296	0,000	
Kendinizi Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenme konusunda yeterli buluyor musunuz?						
Evet	310	4,463	0,610			
Hayır	178	3,984	0,996	t=6,577	0,000	
Toplum ortalamasına göre internet kullanımınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Çok Gerisindeyim	65	3,329	1,173			
Toplum Ortalaması İle Aynı	304	4,420	0,602			
Toplum Ortalamasının İlerisinde	---	----	----	t=-10,860	0,000	
İnternet Kullanım Süresi						

0-5 yıl	108	3,871	----		
6-10 yıl	164	4,406	---	F=21,670	0,000
11+	212	4,430	---		

Tablo 5'te bilgileri anlama boyutu ile katılımcıların medeni durumlarıyla karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($t=2,614$, $p<0,05$). Buradan hareketle bekarların evlilere göre bilgileri anlama konusunda daha iyi oldukları söylenebilir. Bilgileri anlama boyutu ile katılımcıların yaş grupları karşılaştırıldığında; istatistiki anlamda önemli farklılık olduğu bulunmuştur. Bu farklılık 50 yaş ve üzerinde olan katılımcıların bilgileri anlama boyutu puanının diğer yaş gruplarından düşük olmasından kaynaklanmıştır. Bu bulguya göre; ileri yaştaki bireylerin sağlık bilgisini anlama düzeyinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bu boyut ile katılımcıların meslek grubu değişkenleri karşılaştırıldığında; anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($F=3,426$, $p<0,05$). Ev hanımlarının bilgiyi anlama boyutunda diğer mesleklere göre düşük puan aldığına ulaşılmıştır.

Katılımcıların bilgileri anlama boyutundan aldıkları puanlar ile gelir durumu değişkeni karşılaştırıldığında; önemli farklılık olduğu ulaşılmıştır ($F=6,870$, $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, 2999TL ve aşağı geliri olan bireylerin, 5000-6999TL ve 7000TL/üzeri geliri olan katılımcılara göre bilgileri anlama düzeyinin düşük olduğu ulaşılmıştır. Katılımcıların eğitim durumları karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık söz konusudur ($F=17,030$, $p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde ise ilkökul eğitimi olan katılımcılar ve lise düzeyindeki katılımcılar arasında farklılık oluşmuştur. Lise eğitimi olan ile lisans ve lisansüstü eğitimi olan katılımcılar arasında farklılık oluşmuştur. İlkokul eğitimi olan katılımcıların bilgiyi anlama puanı daha düşük çıkmıştır. Buradan hareketle; eğitim düzeyi arttıkça sağlık bilgilerini anlama düzeyinin arttığı söylenebilir.

Bilgiyi anlama boyutu ile katılımcıların yaşadıkları yerleşim yeri arasında anlamlı ilişki vardır ($F=16,700$, $p<0,05$). İlişki ilde yaşayanların bilgiyi anlama boyutu puanlarının köyde ve ilçede yaşayan katılımcıların puanlarına göre yüksek olmasından ortaya çıkmaktadır. “Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?” değişkeni ile bilgiyi anlama boyutu arasında istatistiksel anlamda farklılık vardır ($t=12,231$, $p<0,05$). Çevresinden yardım almadan bilgisayar, akıllı telefon vb. cihazları kullanabilen katılımcıların kullanamayan katılımcılara göre bilgiyi anlama boyutu puanları yüksek olarak bulunmuştur. İnternet kullanma değişkeni ile bilgileri anlama boyutu arasında oluşan anlamlı farklılık ($t=11,006$, $p<0,05$); internet kullanan katılımcıların bilgileri anlama boyutunun kullanmayanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmıştır.

Katılımcıları ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerini internet üzerinden öğrenebilme değişkeni ile bilgiyi anlama boyutu arasındaki anlamlı farklılık ($t=13,435$, $p<0,05$), sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenenlere göre öğrenemeyenlerin bilgiyi anlama boyutu puanlarının yüksek çıkmasından oluşmaktadır. Dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme değişkeniyle karşılaştırılması durumunda anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($t=13,296$, $p<0,05$). Bu farklılıkta dijital sağlık uygulamalarını kullanabilen katılımcıların puanlarının dijital sağlık uygulamalarını kullanmayanlara göre düşük olmasından oluşmaktadır.

Tablo 6: Değerlendirme Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenleriyle Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	Ss	t/F	p
Medeni Durum					
Bekar	163	4,452	0,583		
Evli	315	4,277	0,816	t=2,614	0,009
Diğer	----	----	----		
Yaş Grubu					
29-	172	4,455	---		
30-39	145	4,407	-----	F=17,038	0,000
40-49	99	4,399	-----		
50+	72	3,767	-----		
Gelir Durumu					
2999TL-	108	4,114	-----		
3000-4999TL	131	4,268	-----	F=6,213	0,000
5000-6999TL	87	4,535	-----		
7000TL+	49	4,515	-----		
Yerleşim Yeri					
Köy	43	3,970	---		
İlçe	126	4,116	----	F=15,348	0,000
İl	319	4,460	----		
Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?					
Evet	458	4,414	0,652		
Hayır	30	3,016	1,047	t=10,871	0,000
İnternet kullanıyor musunuz?					
Evet	471	4,388	0,676		
Hayır	17	2,669	1,051	t=10,064	0,000
İhtiyaç duyduğunuz sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebiliyor musunuz?					
Evet	424	4,482	0,591		
Hayır	64	3,310	0,951	t=13,455	0,000
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabiliyor musunuz? (Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi(e-nabız), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) vb.,)					
Evet	438	4,426	0,646		
Hayır	50	3,465	1,078	t=9,177	0,000
Kendinizi Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenme konusunda yeterli buluyor musunuz?					
Evet	310	4,492	0,605		
Hayır	178	4,042	0,905	t=6,556	0,000
Toplum ortalamasına göre internet kullanımınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Çok Gerisindeyim	65	3,513	1,024		
Toplum Ortalaması İle Aynı	304	4,423	0,624		
Toplum Ortalamasının İlerisinde	----			t=-6,895	0,000
İnternet Kullanım Süresi					
0-5 yıl	108	3,996	---		
6-10 yıl	164	4,414	---	F=14,806	0,000
11+	212	4,446	----		

Tablo 6’da sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutu olan değerlendirme boyutundan katılımcıların aldıkları puanların demografik özellikler ile karşılaştırılmaları verilmiştir. Katılımcıların medeni durumu ile karşılaştırıldığında; istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($t=2,614$, $p<0,05$). İkili karşılaştırmalarda bekarların değerlendirme boyutu puanlarının evlilere göre yüksek olması farklılığa yol açmıştır. Katılımcıların gelir durumu karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmektedir ($F=6,213$, $p<0,05$). Bu farklılık 2999TL ve altında geliri olan bireylerin değerlendirme boyutundan 5000-6999TL ve 7000TL/üzeri geliri olan katılımcılara göre düşük puan almasından kaynaklanmaktadır.

Değerlendirme boyutu ile katılımcıların yerleşim yeri değişkeni karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($F=15,348$, $p<0,05$). Tukeys b analizine göre, oluşan farklılık ilde yaşayan katılımcıların değerlendirme boyutu puanı köy ve ilçede yaşayan katılımcılara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. “Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?” ifadesine katılımcıların verdikleri cevaplar ile değerlendirme boyutu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($t=10,871$, $p<0,05$). Çevresinden yardım alarak BİT’ni kullanabilen katılımcıların değerlendirme boyutu puanı, yardım almadan kullanamayanların puanlarına göre düşüktür. Katılımcıların internet kullanımı ile değerlendirme boyutu puanları karşılaştırılmasında anlamlı farklılık vardır ($t=10,064$, $p<0,05$). Bu farklılık, internet kullananların değerlendirme boyutundan internet kullanmayanlara göre yüksek puan almasından oluşmaktadır. Katılımcıların ihtiyaç duydukları sağlık bilgisine internet üzerinden ulaşabilmeleri ifadesiyle değerlendirme boyutunun karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılık olduğu ($t=13,455$, $p<0,05$) ve bu anlamlı farklılığın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizlerde, internet üzerinden ihtiyaç duyulan bilgilere ulaşabilenlerin ulaşamayanlara göre değerlendirme boyutu puanları yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların dijital sağlık uygulamalarını kullanma ifadesine verdikleri cevaplar ile değerlendirme boyutu puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t=9,177$, $p<0,05$). İkili taramalar aracılığıyla bu farklılığın dijital sağlık uygulamalarını kullanan katılımcıların puanlarının kullanmayanlara göre yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Katılımcıların BİT’ndeki gelişmeleri takip konusunda kendilerini yeterli görmeleri değişkeni ile değerlendirme boyutu karşılaştırılması sonucu farklılık olduğu ($t=6,556$, $p<0,05$) ve yapılan analizlerde BİT’ndeki gelişmeleri takip edebilen katılımcıların değerlendirme boyutu puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplum ortalamasına göre internet kullanım düzeyine verilen cevaplar ile değerlendirme boyutu arasında istatistiksel anlamda farklılık söz konusudur ($t=-9,32$, $p<0,05$). Toplum ortalamasının gerisinde olan bireylerin değerlendirme boyutu puanları toplum ortalaması ile aynı durumda olanlara göre düşük çıkmıştır. Ayrıca katılımcıların internet kullanım süresi ile değerlendirme boyutu karşılaştırılması yapıldığında anlamlı farklılık olduğu ($F=14,806$, $p<0,05$) ve yapılan ileri analizlerde 0-5 aralığında internet kullanan katılımcıların puanlarının

6-10 yıl sürede ve 11 yıl ve üzerinde internet kullanan katılımcılara göre puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7: Uygulama/Kullanma Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenleriyle Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	Ss	t/F	p
Yerleşim Yeri					
Köy	43	4,102	----		
İlçe	126	4,295	----	F=2,067	0,128
İl	319	4,315	---		
Çevrenizden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabiliyor musunuz?					
Evet	458	4,313	0,644		
Hayır	30	3,953	0,598	t=2,979	0,003
İnternet kullanıyor musunuz?					
Evet	471	4,311	0,641		
Hayır	17	3,741	0,564	t=3,614	0,000
İhtiyaç duyduğunuz sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebiliyor musunuz?					
Evet	424	4,381	0,577		
Hayır	64	3,706	0,705	t=8,448	0,000
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabiliyor musunuz? (Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi(e-nabız), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) vb.,)					
Evet	438	4,350	0,602		
Hayır	50	3,784	0,712	t=6,180	0,000
Kendinizi Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki gelişmeleri öğrenme konusunda yeterli buluyor musunuz?					
Evet	310	4,401	0,588		
Hayır	178	4,102	0,674	t=5,128	0,000
Toplum ortalamasına göre internet kullanımınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Çok Gerisindeyim	65	3,996	0,643		
Toplum Ortalaması İle Aynı	304	4,315	0,635		
Toplum Ortalamasının İlerisinde	----	----	---	t=-3,657	0,000

Tablo 7’de sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutu olan uygulama/kullanma boyutundan katılımcıların aldıkları puanların demografik özellikler ile karşılaştırılmaları verilmiştir. Katılımcıların çevreden yardım almadan akıllı telefon kullanmasına verdikleri cevaplar ile uygulama/kullanma boyutundan aldıkları puanların karşılaştırılması sonucunda istatistiksel anlamda farklılık olduğu tespit edilmiştir (t=2,979, p<0,05). Çevresinden yardım almadan akıllı telefon, bilgisayar vb., cihazları kullanabilen katılımcılar uygulama/kullanma boyutundan yüksek puan almışlardır. Katılımcıların internet kullanma değişkeni ile uygulama/kullanma boyutu karşılaştırılmasında farklılık olduğu görülmekte (t=3,614, p<0,05) ve bu farklılık yapılan ileri analizler sonucunda internet kullanan katılımcıların puanlarının kullanmayanlara göre yüksek olduğundan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Katılımcıların ihtiyaç duydukları sağlık bilgisini internet üzerinden öğrenebilmesi

değişkeni ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmüş ($t=8,448$, $p<0,05$) ve internet üzerinden sağlık bilgisine erişim sağlayabilen katılımcıların erişim sağlayamayanlara göre uygulama/kullanma boyutu puanı yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların uygulama/kullanma boyutu puanları ile dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme özellikleri karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel anlamda farklılık tespit edilmiştir ($t=6,180$, $p<0,05$). Oluşan farklılık, dijital sağlık uygulamalarını kullanabilen bireylerin, kullanamayanlara göre puanlarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların BİT’ndeki gelişmeleri takip etme konusunda kendini yeterli bulma değişkenine verdikleri cevaplar ile katılımcıların uygulama/kullanma boyutundan almış oldukları puanların karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($t=5,128$, $p<0,05$). BİT’ni takip eden katılımcıların uygulama/kullanma boyutundan almış oldukları puanlar BİT’ni takip etmekte yeterli olmayanlara göre puanları yüksek çıkmıştır. Yani BİT’ndeki gelişmelerini takip eden bireylerin sağlık bilgisini hayatlarında uygulaması ve kullanması daha başarılıdır denebilir. Aynı zamanda katılımcıların kendilerini toplum ortalamasına göre internet kullanımı düzeyi konusundaki değerlendirme yapmalarına verdikleri cevaplar ile uygulama/kullanma boyutu puanları karşılaştırılması yapılmıştır. Bu karşılaştırmanın sonucunda da anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($t=-3,657$, $p<0,05$). İkili karşılaştırmalarda internet kullanımını toplum ortalamasının gerisinde gören katılımcıların aldıkları puanların toplum ortalaması ile aynı olduğunu belirten katılımcılara göre düşük puan aldıkları saptanmıştır.

3. SONUÇ

Dijital bölünmenin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, cinsiyet değişkeninin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemediğine ulaşılmıştır. Çıkan sonucun aksine, Akçilek (2017: 43) yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğuna ulaşmış ve kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere göre yüksek olduğunu raporlamıştır. Kırarç (2019: 71) katılımcıların cinsiyeti ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmiştir ve kadınların sağlık okuryazarlığı erkeklere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Kadın ve erkek arasındaki dijital uçurumun kapandığını kadınların her geçen gün kendilerini geliştirdikleri ve teknolojiyi yakaladıkları yapılmış olan çalışmada belirtilmiştir. Teknolojiyi ve gelişimi takip eden kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesinde de erkeklerle eşdeğer olduğu ve geri olunmadığına ulaşılmıştır. Gökoğlu (2021: 145-146)’nın da belirttiği gibi sağlık okuryazarlığına sahip kadınların hem kendi sağlıkları hem de çocuklarının ve ailesinin sağlığını geliştirici davranışlar aynı zamanda toplumda hastalığı önleme davranışları artmaktadır. Hastalığı önleme davranışlarında bilinçlenme sağlık maliyetleri üzerinde düşürücü etki oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, bireylerin medeni durumu, yaşı, gelir durumu, yerleşim yeri ve eğitim durumu değişkenleri sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği bulunmuştur. Güner ve arkadaşlarının (2020: 220) diyabetli hastaların sağlık okuryazarlığını belirlemek için yapmış oldukları çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin

ileri yaş ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların sağlık okuryazarlığı düşük bulunmuştur. Furuya ve arkadaşları (2015: 510) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi düşük olan katılımcıların sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğuna ulaşmışlardır. Çalışmalardaki bu sonuçlara etki eden nedenlerden birinin BİT araçlarının etkin bir şekilde kullanılamaması ve sağlıkla ilgili yeterli daha doğrusu internetteki bilgi karmaşasının içinden doğru bilginin ayırt edilememesi etkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması ulusal çapta dijital bölünme düzeyini belirlenmesini sağlamaktadır. TÜİK tarafından yapılan araştırmanın sonucuna göre 2016 yılında bilgisayar kullanımı %54.9 ve internet kullanımı %61.2 olarak ölçülmüştür. Bu araştırmada cinsiyet özelliklerine göre bakıldığında zaman erkeklerin kadınlara göre daha fazla (bilgisayar kullanımı erkeklerde %65.7 iken kadınlarda %47.7; internet kullanımında erkeklerde %75.1 iken kadınlarda %58.7) bilgisayar ve internet kullandığı tespit edilmiştir. 2016 yılında Türkiye'deki hanelerin internete erişim düzeyi %73,1 iken bu oran 2017 yılında %78.3'e yükselmiştir (Erten, 2019: 20). 2020 yılında ölçülen TÜİK verilerine göre ülkemizde 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranı %79'dur. İnternet kullanım oranı erkeklerde %84.7; kadınlarda bu oran %73.3 olarak belirlenmiştir. Evden internete erişim imkanı 2019 yılında %88.3 iken; bu oran 2020 yılında %90.7 ulaştığı gözlemlenmiştir. 2009-2020 yılları arasında bilgisayar, internet kullanımı ve internete erişim düzeyleri artış göstermiştir (TÜİK, 2020). BİT'nin kullanımının artış gösterdiği istatistiksel olarak görülmektedir.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan dijital bölünme ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; internet kullanan bireylerin, sağlık ilgisini internet üzerinden öğrenebilenlerin, yardım almadan BİT'ni kullanabilenlerin, dijital sağlık uygulamalarını kullanabilenlerin ve BİT'ni kullanabilen bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak; Dijital bölünme sağlık okuryazarlığında belirleyici bir faktördür ve dijital bilgi ve beceriler arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. Buna günümüzde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma kaynağının internet olmasının etkisi yadırganamaz. Yine gençler, eğitim ve gelir durumu yüksek olanlar ile illerde yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Buna etki eden etmenin BİT araçlarına ve internete ulaşımın kolaylaşması olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, günümüzde erkek ve kadınların arasındaki bilgi farklılığının azaldığını da belirtebiliriz. Özellikle de sağlık okuryazarlığı ve BİT konusunda cinsiyet hususunda bilgi farklılığı görülmemektedir.

29 yaş ve altındaki katılımcıların internet çağında büyüdüğü için sağlık bilgisine ulaşma ve uygulama konusunda zorlanmadıkları, aynı zamanda 40-49 yaş aralığındaki katılımcıların sağlık sorunları yaşama risklerinin artmasından dolayı ulaşılan sağlık bilgisini hayatlarında uygulama/kullanmada zorluk yaşamadıkları düşünülmüştür. Yerleşim yeri, sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktörken, uygulama/kullanma hususunda etkili bir faktör olarak çıkmamıştır.

Bu durum, köylerde sağlıklı ürünlere ulaşmanın kolay olmasından kaynaklı olması göz önünde bulundurulacak noktalardan bir tanesidir.

KAYNAKÇA

- Akçilek, E. (2017), “Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Aras, S., Temel, A., B. (2017), “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi”, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(2), 85-94.
- Atılgan, O. (2003), “Bilgi İletişim Teknolojilerinde Sayısal Uçurum”, Türk Kütüphaneciliği, 17(1), 37-42.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., Huang, J. (2007), “Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons”, Archives of Internal Medicine, 167(14), 1503-1509.
- Çapar, F., Vural, Ö., F. (2013), “E-devletleşme önündeki engel: Dijital eşitsizlik”, International Journal of Human Sciences, 10(1), 1674-1692.
- Erten, P. (2019), “Dijital Bölünme”, Uluslararası Eğitim Bilim ve Teknoloji Dergisi, 5(1), 15-23.
- Furuya Y., Kondo N., Yamagata .Z, Hashimoto H. (2015), “Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan”, Health promotion international, 30(3), 505-513.
- Gökoğlu, A. G. (2021), “Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Çocuk Sağlığına Etkisi”, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 132-148.
- Harper, R. (2013), “Comprehensive Health Literacy Assessment For College Students”, Department of Journalism and Technical Communication, Doctor of Philosophy, Colorado State University.
- International Telecommunication Union (ITU) (2012), “Measuring the Information Society, International Telecommunication Union”, CH-1211 Geneva/Switzerland.
- International Telecommunication Union (ITU), (2003), “World Telecommunication Development Report 2003”, Geneva, Aralık.
- Kanj, M., Mitic, W. (2009), “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”, 7th Global Conference on Health, Kenya.
- Kıraç, R. (2019), “Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma”, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2005), “Navigating Health: The Role Of Health Literacy”, Gastein Healthy Choices Forum, London.
- OECD, (2001), “Understanding the Digital Divide”, oecd-ilibrary.org/docserver/236405667766.pdf?expires=1620225220&id=id&accname=guest&checksum=D7C4F5180106522CD48CAF2B8F62569F, Erişim Tarihi: 05.05.2021 Saat: 17.32
- Öztürk, L. (2002), “Dijital Uçurumun Küresel Boyutları”, Ege Akademik Bakış Dergisi, 2(1), 1-10.
- Öztürk, L. (2005), “Türkiye’de Dijital Eşitsizlik: Tübitak-Bilten Anketleri Üzerine Bir Değerlendirme”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 24, 111-131.

- Robinson, B.M. (2017), “Evaluating the Role of Health Literacy in Communities: A Review of Community Health Needs Assessments of Georgia Hospitals [Public Health Capstone Projects]”, Atlanta, Georgia: Graduate Faculty of Georgia State University.
- Sezer, A. (2012), “Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012), “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, BMC Public Health, 12(80), 1-13.
- Şen, A., Akdeniz, S. (2012), “Sayısal Uçurumla Başetmek: OECD Trendleri ve Türkiye”, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 7(1), 53-75.
- Teleş, M. (2018), “Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma”, Doktora Tezi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TÜİK, (09 Mayıs 2020), “Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması”, [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2020-33679), Erişim Tarihi: 09.05.2021 Saat: 23:35
- Türkoğlu, Ç. (2016), “Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- World Health Organization, (1998), “Health Promotion Glossary”, Geneva, <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, Erişim Tarihi: 11.05.2021 Saat: 23:20
- Yıldız, H., Seferoğlu, S. S. (2012), “Sayısal Uçurum Üzerine Karşılaştırılmalı Bir İnceleme”, Türkiye Bilişim Derneği 29. Ulusal Bilişim Kurultayı Bildiriler Kitabı, 111-117.