

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

DİJİTAL SAĞLIK EKOSİSTEMİNDE UZAKTAN
SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TUTUMLAR
VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Dr. Nisanur ÇAĞIL

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM 2025

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Nisanur ÇAĞIL tarafından hazırlanan “Dijital Sağlık Ekosisteminde Uzaktan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Tutumlar Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN

Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim hayatımın başından itibaren gerek duruşu, gerek hayat deneyimi, gerekse bilgi ve mesleki tecrübesi ile bana örnek olan; çalışma özverisini her zaman örnek alacağım, tez araştırmasının bütün aşamalarında desteğini esirgemeyen kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Oğulluk'a,

Yine eğitim sürecimin ilk günlerinden itibaren bana farklı bakış açıları kazandıran, tez araştırmamın planlanması ile yürütülmesinde tecrübeleri ile bizi aydınlatan, aile hekimliği camiasının ve bizim şansımız değerli hocam Prof. Dr. Derya (İren) Akbıyık'a,

Klinik rotasyonlarım ve üniversite hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, aynı klinikte adeta bir aile olduğumuz, birlikte çalıştığımız; şimdi uzman olan, kıdemli ve eğitimleri süren asistan arkadaşlarıma,

Belki de ilkokulda başlayan bu zorlu eğitim yolculuğumda her daim yanımda olan, benimle gülen, benimle ağlayan canım babam Adnan'a; her zaman arkamda olup beni destekleyen, bana hep özen gösteren canım annem Ayşe'ye; bir parçamın her zaman ona ait olduğu biricik kardeşim Sedanur'a,

Beni kendi evlatlarından ayırmayan ve her anımızda destek olan kıymetli eşimin ailesi Yunus ve Emine'ye,

Tüm hayatın iniş çıkışlarında yanımda sarsılmadan duran; sevgisiyle bu yolu güzelleştiren, eğitim hayatım boyunca sabırla destek olan canım biricik eşim Ömer Faruk'a,

Ve dünyamıza renk katan, yaşam enerjimizi artıran, hayatımızı güzelleştiren canım oğlum Semih Kaan'a,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nisanur Çağıl

ÇORUM 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
KISALTMALAR.....	VIII
TABLO LİSTESİ	IX
ŞEKİL LİSTESİ	X
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. DİJİTAL SAĞLIK EKOSİSTEMİ.....	2
2.1.1. Dijital Sağlık Ekosisteminin Tanımı, Kapsamı ve Unsurları	2
2.2.1. Teletıp Kavramı	3
2.2.2. Teletıpın Tarihçesi.....	4
2.2.3. Teletıp ve Aile Hekimliğindeki Uygulama Alanları.....	5
2.2.4. Teletıp Uygulamalarının Avantajları ve Sınırlılıkları	7
2.2.5. Türkiye’de ve Dünyada Teletıp Uygulamaları.....	8
2.2.6. Teletıpın Hukuksal ve Etik Boyutu	9
2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	10
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kapsamı	10
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	11
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Türkiye ve Dünya Verileri.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE SÜRESİ.....	13
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	13
3.3 İŞLEM.....	13
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	14
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	14
3.3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32).....	14
3.3.3. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği (USHKYTÖ).....	15
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	16
3.5. ÇIKAR ÇATIŞMASI.....	17
3.6. ETİK KURUL ONAYI	17
4. BULGULAR.....	18

5. TARTIŞMA.....	30
5.1. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	36
5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
6.1. SONUÇ	38
6.2. ÖNERİLER	39
7. KAYNAKLAR.....	40
EKLER	45
EK: 1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	45
EK: 2 TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32	46
EK: 3 UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANILMASINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ.....	48
EK: 4 HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİNİ	50
EK: 5 T.C. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI ARAŞTIRMA UYGULAMA İZİNİ BELGESİ.....	51

ÖZET

DİJİTAL SAĞLIK EKOSİSTEMİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TUTUMLAR VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine (teletıp) yönelik tutumları arasındaki ilişki ve sosyodemografik verilerin bu ilişkiye etkisi incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel ve tanımlayıcı araştırma, Nisan-Haziran 2025 tarihleri arasında, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Çorum ili Merkez ilçesinde bulunan tümü devlet okullarında aktif çalışan, dahil edilme kriterlerini karşılayan 1312 öğretmen ile yürütülmüştür. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Katılımcılara; Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği ve araştırmacılar tarafından ilgili literatür verileri taranarak hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formu uygulanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 30 kullanılmıştır.

Bulgular: Bu araştırmada elde edilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Genel sınıflamasına göre katılımcıların %28,6'sı yetersiz, %43,6'sı sorunlu-sınırlı, %17,0'si yeterli ve %10,7'si ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyodemografik değişkenler karşılaştırıldığında yalnızca gelir durumu ile istatistiksel olarak doğru orantılı anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği (USHKYTÖ) puan ortalaması $61,24\pm 13,2$ ve ortanca değer 63 ile orta-iyi düzeyde bulunmuştur. Evli bireylerin, yüksek lisans mezunlarının ve geliri giderinden fazla olanların puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlıkla ilgili bilgi edinme amaçlı ilk başvuru kaynağı internet olanların USHKYTÖ

puanları sağlık çalışanı ya da sağlık kuruluşu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

TSOY-32 toplam puanı ile USHKYTÖ toplam puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak bireylerin teletıp hizmetlerine yönelik tutumlarını yalnızca bilgi düzeyi değil, aynı zamanda sosyoekonomik koşullar, deneyimler ve sağlık hizmetlerine erişim imkanlarının da etkileyebileceği görülmektedir. Gerek toplumun yaş ortalamasının yükselmesi bununla birlikte yatağa bağlı ve kronik hastalığa sahip birey sayısının artması gerekse de sanayileşmenin artması ile iş gücü kaybının daha önemli hale gelmesi gibi durumlar, teletıp uygulamalarının sağlık hizmetlerindeki önemini giderek arttırmaktadır. Bu bilgiler işığında toplum farkındalığının arttırılmasının, teletıp hizmetlerine yönelik imkanların geliştirilmesinin ve ilgili politikaların bu yönde iyileştirilmesinin, hem sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği hem de toplum ve bireysel faydalar açısından önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Teletıp, Dijital sağlık ekosistemi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTITUDES TOWARDS TELEMEDICINE IN THE DIGITAL HEALTH ECOSYSTEM AND HEALTH LITERACY

Objective: This study examined the relationship between health literacy levels and individuals' attitudes towards telemedicine services, as well as the effect of sociodemographic data on this relationship.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted between April and June 2025 with 1,312 teachers meeting the inclusion criteria, working in all public schools affiliated with the Ministry of National Education in the central district of Çorum province. Data were collected through face-to-face interviews. Participants were administered the Turkish Health Literacy Scale-32 (TSOY-32), the Attitude Scale Towards the Use of Telemedicine Services, and a Sociodemographic Data Form prepared by the researchers through a review of relevant literature. Statistical analyses and calculations were performed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 30.

Results: According to the overall classification of the Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32), 28.6% of participants had inadequate, 43.6% had problematic–limited, 17.0% had sufficient, and 10.7% had excellent health literacy levels. When health literacy levels were compared with sociodemographic variables, only income level was found to have a statistically significant positive correlation ($p<0.05$).

The mean score of participants on the Attitude Scale Towards the Use of Telemedicine Services (USHKYTÖ) was 61.24 ± 13.2 , with a median value of 63, indicating a moderate-to-good level. Scores of married individuals, those with a master's degree, and those whose income exceeded expenses were found to be significantly higher ($p<0.05$). Participants whose first source of health-related information was the internet had significantly higher USHKYTÖ scores compared to those whose first source was a healthcare professional or healthcare institution ($p<0.001$).

No statistically significant relationship was found between the total score of TSOY-32 and the total score of USHKYTÖ ($p>0.05$).

Conclusion: In conclusion, individuals' attitudes towards telemedicine services are influenced not only by their level of knowledge but also by socioeconomic conditions, experiences, and access to healthcare services. Factors such as the increasing average age of the population, the growing number of bedridden individuals and those with chronic diseases, and the rising importance of labor loss due to industrialization highlight the increasing importance of telemedicine applications in healthcare. In light of this information, raising public awareness, improving access to telemedicine services, and developing relevant policies in this direction are important both for the sustainability of healthcare systems and for societal and individual benefits.

Keywords: Health literacy, Telemedicine, Digital health ecosystem



KISALTMALAR

- AB: Avrupa Birliği
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ARK.: Arkadaşları
ASHUTS: Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği
EHR: Elektronik Sağlık Kaydı
EKG: Elektrokardiyografi
ESS: Elektronik Sevk Sistemi
HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HES: Hayat Eve Sığar
HLS-EU : Health Literacy Survey in Europe
IoT: Nesnelerin İnterneti
MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
NASA: National Aeronautics and Space Administration
NHS: National Health Service
OTN: Ontario Telemedicine Network
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TSOT-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
USHKYTÖ: Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği
USVS: Ulusal Veri Sağlık Sözlüğü
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	18
Tablo 2. Katılımcıların yaş ve antropometrik ölçümleri	19
Tablo 3. Katılımcıların TSOY-32 ve USHKYTÖ toplam puanları	20
Tablo 4. Katılımcıların kullandığı hizmetler	20
Tablo 5. Katılımcıların TSOY-32 alt boyut puanları-1.....	21
Tablo 6. Katılımcıların TSOY-32 alt boyut puanları-2.....	21
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle USHKYTÖ puanlarının karşılaştırılması	21
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 puanlarının karşılaştırılması .	22
Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle, TSOY-32 Tedavi ve hizmet dikey boyutu ile alt boyut puanlarının karşılaştırılması-1	24
Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32, Tedavi ve hizmet dikey boyutu ile alt boyut puanlarının karşılaştırılması-2	25
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi dikey boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyut puanlarının karşılaştırılması	27
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi dikey boyutu sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyut puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 13. Katılımcıların USHKYTÖ ve TSOY-32 ölçek puanlarının ilişkisi	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Akış Şeması	18
----------------------------	----



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişen dijital teknoloji, sağlık hizmetlerinde köklü dönüşümleri beraberinde getirmiştir. Geleneksel sağlık hizmetleri modelinden dijital sağlık ekosistemine geçiş, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimi, iletişimi yeniden tanımlamaktadır. Bu kapsamda teletıp hizmetleri, bireylerin zamandan ve mekandan bağımsız olarak sağlık hizmetlerine erişebilmesini sağlayan yenilikçi bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Ancak bireylerin bu hizmetlere olan tutumu ve kullanım sıklığı, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olabilmektedir (1).

Sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlık alanındaki bilgiyi edinme, anlamlandırma, değerlendirme ve uygulama becerisini ifade eder (2). Sağlık okuryazarlığının artırılması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak erişim eşitliğini desteklemektedir (1,3). Dijital sağlık ekosisteminde bu durum, teletıp hizmetlerinden yararlanma potansiyelini de güçlendirebilir. Bu bakış açısıyla, günümüzde sağlık okuryazarlığı ile bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine (teletıp) yönelik tutumları arasında ilişki ve sosyodemografik verilerin bu ilişkiye etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİJİTAL SAĞLIK EKOSİSTEMİ

2.1.1. Dijital Sağlık Ekosisteminin Tanımı, Kapsamı ve Unsurları

Teknolojideki hızlı gelişmeler, modern tanı yöntemleri, minimal invaziv cerrahi uygulamaları ve farklı tedavi seçeneklerine erişimi kolaylaştırarak sağlık hizmetlerinde köklü bir dönüşüm sürecini başlatmıştır. Bu dönüşüm yalnızca bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimlerini değiştirmemiş, aynı zamanda sağlık sektöründe yeniliklerin, teknolojiye uyumun artmasına da zemin hazırlamıştır (4).

Dijital sağlık ekosistemi; sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan kurumlar, sağlık profesyonelleri, hastalar, teknolojik araçlar ve dijital platformlar arasında çok yönlü etkileşimlerin gerçekleştiği dinamik bir yapıdır. Bu ekosistem; e-sağlık, mobil sağlık, teletıp, giyilebilir teknolojiler, büyük veri, bulut bilişim ve yapay zekâ gibi bileşenleri bir araya getirerek sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, bütüncül ve sürdürülebilir biçimde sunulmasını amaçlar (5).

Ekosistemin aktörleri arasında hastaneler, klinikler, aile hekimlikleri ve özel muayenehaneler gibi sağlık hizmeti sağlayıcıları bulunurken, sürecin merkezinde hastalar yer almaktadır. Finans boyutunda sigorta şirketleri ve ödeme kurumları, yenilikçi çözümler üretme noktasında ise ilaç ve tıbbi teknoloji şirketleri rol almaktadır. Ekosistemin teknolojik altyapısını; elektronik sağlık kayıtları, teletıp uygulamaları, nesnelerin interneti (IoT) ve giyilebilir cihazlar oluşturmaktadır. Bu araçlar sayesinde bireylerin sağlık durumları sürekli izlenebilmekte; yapay zekâ ve büyük veri analitiği aracılığıyla hastalıkların öngörülmesi, tanı ve tedavi süreçlerinin hızlandırılması ve kişiselleştirilmesi mümkün olmaktadır (5).

Dijital sağlık ekosisteminin işleyişinde veri paylaşımı ve entegrasyon kritik öneme sahiptir. Farklı sistemlerin birbiriyle uyumlu çalışabilmesi için standartlar ve protokoller geliştirilmektedir. Bu noktada özellikle veri güvenliği ve gizlilik ilkeleri ön

planda tutulmaktadır. Hukuki ve politik düzlemde ise dijital sağlık stratejileri, regülasyonlar, denetim ve izleme mekanizmaları, uygulamaların güvenli ve etkin bir şekilde hayata geçirilmesine katkı sağlamaktadır (6).

Dijital sağlık çözümleri ise bireylerin sağlıklarını bilinçli yönetmelerini ve sağlık sistemlerinin verimliliğini desteklemektedir. Bu nedenle dijital sağlık teknolojileri, günümüzde ve gelecekte sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği açısından stratejik bir alan olarak görülmektedir (5,7).

Bu dönüşümün en görünür uygulama alanlarından biri ise, hasta ve hekim etkileşimini mekân ve zaman sınırlarının ötesine taşıyan teletıp hizmetleridir.

2.2. TELETIP

2.2.1. Teletıp Kavramı

Teletıp; genel bir ifadeyle bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin zamandan ve mekândan bağımsız olarak sunulmasını ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), teletıbbi “ulaşılabilirliğin olduğu durumlarda, tanı, tedavi, hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, araştırma, değerlendirme ve sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi gibi amaçlarla bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması yoluyla bireylerin ve toplumların sağlığının geliştirilmesi” olarak tanımlamaktadır (8). American Telemedicine Association’a göre; teletıp kavramı, ‘Telekomünikasyon teknolojileri aracılığıyla sağlık hizmetleri ve klinik bilgilerin uzaktan iletilmesi ve bu sürecin internet, kablosuz ağlar, uydu sistemleri ve telefon altyapısı üzerinden geniş bir klinik hizmet yelpazesini kapsamaması’ şeklindedir (9).

Teletıp uygulamaları, kullanılan teknolojik altyapıya göre iki temel model üzerinden yürütülmektedir.

Senkron (eş zamanlı) teletıp; video konferans gibi yöntemlerle ses ve görüntünün aynı anda aktarılması sayesinde hasta ve sağlık profesyoneli arasında gerçek zamanlı etkileşim kurulur. Bu model özellikle tanı ve tedavi süreçlerinde anlık geri bildirim sağlamasıyla öne çıkar (10).

Asenkron (zaman kaydırmalı) teletıp; sağlık verilerinin farklı zamanlarda kaydedilip iletildiği, eşzamanlı etkileşimin bulunmadığı modeldir. Örneğin, bir cilt lezyonuna ait fotoğrafların, hastanın sağlık öyküsüyle birlikte uzaktaki bir uzmana e-posta yoluyla gönderilmesi bu modele örnektir (10).

Teletıp yalnızca hasta hekim iletişimi ile sınırlı olmayıp, sağlık profesyonelleri arasında ikinci görüş alınması, tıbbi eğitim süreçleri ve idari uygulamaların dijitalleşmesini de kapsamaktadır.

2.2.2. Teletıpın Tarihçesi

Teletıp, yüz yılı aşkın bir geçmişe sahiptir ve gelişimi, iletişim ve bilgi teknolojilerindeki ilerlemelerle paralel bir seyir izlemiştir. İlk kullanım örneklerinin eski uygarlıklarda, salgın hastalıklarla ilgili uyarıların duman yoluyla iletilmesi şeklinde ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bu uygulamalar, sınırlı da olsa tıbbi bilginin uzaktan paylaşılmasına olanak tanımıştır.

Teletıbbın temelleri, 19. yüzyılda iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle atılmıştır. Amerikan İç Savaşı sırasında telgraf, yaralanmaların bildirilmesi, kayıpların rapor edilmesi ve tıbbi malzemelerin siparişi için kullanılmıştır (11). Alexander Graham Bell'in 1876'da telefonu icat etmesiyle sağlık iletişiminde yeni bir dönem başlamış; 1879'da The Lancet dergisinde yayımlanan bir raporda bir hekimin telefon üzerinden bebeğin öksürüğünü dinleyerek krup tanısı koymaya çalıştığı aktarılmıştır (12). Yine aynı yıl, Minnesota'da Dr. William Worrall Mayo'nun evi ile şehir merkezindeki bir eczane arasında kurulan telefon hattı, uzaktan sağlık iletişiminin ilk adımlarından biri olarak kabul edilmektedir (13).

Hollandalı hekim Willem Einthoven 1905'te, kalp seslerini telefon aracılığıyla bir hastaneden laboratuvarına iletmiştir. New York'taki kardiyologlar 1910'da, elektrokardiyografi (EKG) kayıtlarını kablolar aracılığıyla koğuşlardan EKG odasına aktarmıştır (14). Bu gelişmeler, teletıbbın klinik anlamdaki ilk uygulamaları olmuştur. Norveç Haukeland Hastanesi 1920'de, gemilerdeki hastalara tıbbi destek sağlamak için çift yönlü radyo iletişimini kullanmaya başlamıştır (15). O tarihlerde her ne kadar çok ilgi görmemiş olsa da Radio News dergisinde 1924'te yayımlanan "Radyo Doktoru" başlıklı bir illüstrasyon, hasta-hekim arasındaki görüntülü görüşmeyi öngörerek modern teletıbbın erken bir tasavvurunu ortaya koymuştur (16).

Teletıbbın modern tarihindeki dönüm noktalarından biri, 1959'da Nebraska Üniversitesi'nde gerçekleşmiştir. Üniversitede kurulan iki yönlü televizyon sistemi aracılığıyla nörolojik muayeneler kampüsün farklı noktalarındaki tıp öğrencilerine canlı olarak aktarılmıştır (17). Aynı yıl, bu sistem psikiyatrik konsültasyonlarda da kullanılmış ve teletıpta ilk kez gerçek zamanlı video teknolojisi devreye girmiştir.

NASA (National Aeronautics and Space Administration) 1960'lı yıllarda, başlamış olduğu bir proje ile hem Amerikan yerlilerine hem de astronotlara sağlık hizmeti sağlamak için uydu iletişimini kullanmıştır. 1972'de NASA'nın ATS-1 uydusu, Alaska'daki kırsal toplulukları sağlık merkezlerine bağlamıştır (18). Teletıp, savaş bölgeleri, kutup araştırma istasyonları ve cezaevlerinde 1970'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemde özellikle radyoloji, görüntülerin uzaktan iletimi sayesinde teletıbbı benimseyen ilk tıbbi alan olmuştur (19).

İnternetin yaygınlaşması, dijital görüntüleme teknolojilerindeki ilerlemeler ve mobil iletişim olanakları sayesinde teletıp büyük bir ivme kazanmıştır. E-sağlık kavramı 1990'larda ortaya çıkmış; bu kavram, teletıp da dahil olmak üzere elektronik sağlık hizmetlerini kapsamıştır (20). Yüksek hızlı internet, elektronik sağlık kayıtları (EHR), mobil sağlık teknolojileri, 5G ağları ve yapay zekâ entegrasyonu 2000'li yıllarda, teletıbbın rutin sağlık hizmetlerine entegrasyonunu kolaylaştırmıştır (21).

COVID-19 pandemisi, teletıp hizmetlerinin küresel ölçekte benimsenmesini hızlandırmış ve sağlık politikalarında köklü değişimlere yol açmıştır. Birçok ülke, lisanslama gereksinimlerinin esnetilmesi, tele-sağlık hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınması gibi düzenlemeler yapmıştır (22).

2.2.3. Teletıp ve Aile Hekimliğindeki Uygulama Alanları

2.2.3.1. Teletıp Kapsamı

Teletıp yalnızca hasta-hekim görüşmelerinden ibaret olmayıp, sağlık çalışanları arasındaki bilgi paylaşımı, toplum sağlığı araştırmaları, sağlık yönetimi ve epidemiyolojik izleme gibi geniş bir alanı kapsar. Günümüzde teletıp; teleradyoloji, telekonsültasyon, telepsikiyatri, telepatoloji, telekardiyoloji, teledermatoloji, telerehabilitasyon, telediyabet ve evde bakım hizmetleri gibi pek çok alt uygulama alanı altında değerlendirilmektedir. Literatürde ayrıca telegeriatrik bakım, telepediatri,

teleonkoloji, tele-yoğun bakım ve telecerrahi gibi uzmanlık temelli uygulamalar da tanımlanmıştır (23).

2.2.3.2. Aile Hekimliği'nde Teletıp

Aile hekimliği, kişilerin sağlık sistemine ilk başvuru noktasını oluşturur aynı zamanda birey, aile ve toplum düzeyinde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri kapsayan bütüncül yaklaşımıyla öne çıkar.

Aile hekimliği uygulamasının temel görevleri arasında gebelik, doğum ve lohusalık takibi, aile planlaması hizmetleri, çocuk ve yaşlı sağlığının korunması, kronik hastalıkların düzenli izlenmesi, raporlama, evde bakım hizmetleri ve evde takibe ihtiyaç duyan bireylerin kontrolü yer almaktadır (24). Türkiye'de 2005 yılından itibaren dijital sağlık projelerinin hız kazandığı görülmüştür. Bunun bir örneği olarak 2005'te Düzce'de pilot uygulaması yapılan, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) birinci basamak sağlık verilerinin dijital ortamda yönetilmesi amacıyla geliştirilen ilk uygulamalardan biri olmuştur (25).

AHBS uygulamasının Türkiye genelinde 2010'lu yıllarda yaygınlaştırılmasına kadar, aile hekimleri bu görevlerin yürütülmesinde hastalarıyla doğrudan görüşemediği durumlarda telefon aracılığıyla iletişim kurmakta ve özellikle yaşlı veya kronik hastalığı olan bireyleri düzenli arayarak resmi bir sistematik altyapıdan ziyade daha çok aile hekimlerinin kişisel çabalarıyla sınırlı kalmış, özellikle telefon görüşmeleri ve SMS bilgilendirmeleri şeklinde uygulanmıştır (26).

Bunu takiben, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), Sağlık-Net, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), e-Reçete, Elektronik Sevk Sistemi (ESS) ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) gibi projeler hayata geçirilmiştir (27).

COVID-19 pandemisi, aile hekimliğinde teletıp uygulamalarının ne kadar önemli bir rol üstlenebileceğini göstermiştir. Pandemi döneminde evde izolasyona alınan hastaların klinik durumları "Dijital İzolasyon" sistemi aracılığıyla izlenmiş, ayrıca Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması ile vatandaşların risk durumlarını görebilmesi, güvenli alanları belirleyebilmesi ve sağlık kurumlarına kolay erişim sağlaması mümkün kılınmıştır(28). Aile hekimleri bu süreçte telefon görüşmeleri yoluyla hastaların şikâyetlerini değerlendirmiş, tedavi ve ilaç takiplerini gerçekleştirmiştir. Gerekliğinde ev ziyaretleri yapılmış, daha yoğun bakım gerektiren durumlarda hastalar yataklı tedavi kuruluşlarına yönlendirilmiştir.

Günümüzde aile hekimliğinde teletıp kullanımı, yalnızca salgın hastalıklar gibi olağanüstü durumlarla sınırlı değildir. Zaten pandemi öncesinde de kronik hastalıkların takibi, evde bakım hizmetleri, sağlıklı yaşam danışmanlığı ve bireylerin sağlık davranışlarının yönlendirilmesi gibi alanlarda da aktif olarak kullanılıyor olup bu rol giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Dolayısıyla aile hekimliği, hem yapısı hem de görev tanımı gereği, teletıp teknolojilerinin en verimli şekilde kullanılabileceği branşlardan biri olarak öne çıkmaktadır.

2.2.4. Teletıp Uygulamalarının Avantajları ve Sınırlılıkları

2.2.4.1 Teletıp Uygulamalarının Avantajları

Teletıp, hem sağlık çalışanları hem de hastalar için bilgiye erişimi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıran önemli bir araçtır. Sağlık çalışanları elektronik veri tabanları ve telekonsültasyonlar aracılığıyla güncel bilgilere hızla ulaşabilirken, hastalar da hastalık seyri, tedavi seçenekleri ve yaşam tarzı önerileri hakkında bilgi edinerek tedavi sürecine daha aktif katılım sağlayabilmektedir (29).

Özellikle kırsal ve sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu bölgelerde teletıp, uzman desteğine erişimi kolaylaştırarak eşitsizlikleri azaltmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, evde doğum, yaşlı bakımı ve diyaliz gibi özel alanlarda da etkili bir şekilde kullanılmaktadır (30).

Teletıp, hasta bakımının yanı sıra sağlık çalışanlarının mesleki gelişimine de katkı sunar. Uzaktan eğitim, sanal simülasyonlar ve telekonferanslarla sağlık çalışanları yeni bilgi ve beceriler kazanabilmekte, bu da hizmet kalitesini yükseltmektedir.

Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde ise, teletıp birinci basamak ve evde bakım hizmetlerini güçlendirerek uzun vadede maliyetleri düşürmektedir (31). Kronik hastalıkların yönetiminde hasta sevk ihtiyacının azalması ve komplikasyon oranlarının düşmesi bunun en somut örneklerindedir (32). Özellikle yaşlı bireyler için geliştirilen telebakım uygulamaları, evde bağımsız yaşam olasılığını artırırken bakıcıların yükünü de hafifletmektedir.

2.2.4.2. Teletıp Uygulamalarının Sınırlılıkları

Teletıp uygulamaları, bazı sınırlılık ve zorlukları da beraberinde getirmektedir. Fiziksel temasın olmaması hasta-hekim ilişkisinde mesafeye yol açmakta, empati ve güven unsurlarını zayıflatabilmekte ve tam bir fizik muayene yapılamaması tanı

sürecinde kısıtlılıklar oluşturabilir (33). Organizasyonel düzeyde ise altyapı eksiklikleri, yasal düzenlemelerdeki belirsizlikler, lisanslama ve geri ödeme sorunları teletıbbın yaygınlaşmasının önündeki başlıca engeller arasında yer almaktadır (29). Özellikle yaşlı popülasyonda, teknoloji okuryazarlığının düşük olması, bilişsel ve duyuşsal sınırlılıklar, güvenlik endişeleri ve cihazlara erişim güçlükleri teletıp kullanımını kısıtlamaktadır (1). Son olarak, sağlık verilerinin dijital ortamda işlenmesi ve aktarılması, siber tehditlere karşı savunmasızlık nedeniyle veri güvenliği ve mahremiyet açısından önemli riskler taşımakta; bu nedenle güçlü güvenlik protokollerinin uygulanması gerekmektedir.

2.2.5. Türkiye’de ve Dünyada Teletıp Uygulamaları

Türkiye’de sağlık alanında dijitalleşme süreci 2000’li yıllardan itibaren hız kazanmış, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte e-sağlık, m-sağlık ve tele-sağlık uygulamaları giderek yaygınlık kazanmıştır (34). Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi, ilk kez 2014 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuş, 2020 ve 2022 yıllarında kapsamı genişletilerek güncellenmiştir. Bu sistem ile Türkiye’nin farklı illerinde çekilen radyolojik görüntüler elektronik ortamda uzman hekimlere iletilmekte ve raporlanabilmektedir. Böylece özellikle radyoloji uzmanı bulunmayan merkezlerde hızlı tanı konulması mümkün hale gelmiştir (35).

Bir diğer önemli uygulama, E-Nabız Tele-Sağlık Projesi’dir. Bu sistem, vatandaşların MHRS üzerinden görüntülü randevu alarak çevrimiçi muayene olmalarına olanak sağlamayı hedeflemektedir. Ayrıca hekimler bu platform aracılığıyla reçete düzenleyebilmekte ve reçeteler doğrudan e-Nabız’a entegre edilmektedir. Henüz tüm Türkiye’de tam kapsamlı uygulanmasa da pilot çalışmalar devam etmektedir (36).

COVID-19 döneminde Hayat Eve Sığar uygulamasını entegrasyonu sayesinde pozitif veya temaslı hastaların evden takibi yapılmış; ilaç temini ve izolasyon süreçleri uzaktan izlenmiştir (28).

COVID-19 pandemisi, Türkiye’de teletıp uygulamalarının benimsenmesini hızlandırmıştır. Bu deneyim, teletıp hizmetlerinin sağlık sistemine entegrasyonunun önemini ortaya koymuş, hem hekimler hem de hastalar açısından farkındalığı artırmıştır.

Teletıp, tüm dünyada giderek daha fazla benimsenmektedir. Örneğin;

Amerika Birleşik Devletleri (ABD): Teletıp uygulamalarını en sistematik kullanan ülkelerden biridir. Pandemi öncesinde ayakta başvuruların yalnızca %0,1'i teletıp üzerinden yapılırken, pandemi sonrası bu oran %30'lara ulaşmıştır (37).

Avrupa Birliği (AB): Yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların artışı dijital çözümlere yönelimi hızlandırmıştır. AB'nin United4Health ve European Health Data Space girişimleri, teletıp hizmetlerinin sınırlar ötesi güvenli kullanımını hedeflemektedir (38).

Birleşik Krallık: National Health Service (NHS), "NHS Long Term Plan" kapsamında dijital hizmetleri birinci basamakta yaygınlaştırmış, pandemi döneminde NHS App üzerinden çok fazla hastaya uzaktan hizmet sunulmuştur (39).

Kanada: Ontario Telemedicine Network (OTN) yılda yaklaşık bir milyon konsültasyon ile dünyanın en büyük teletıp ağlarından biridir.

Dünya Tabipler Birliği, 2007'de yayımladığı ve 2018'de güncellediği etik yönergelerle hasta mahremiyeti, hekim sorumluluğu, özerklik ve bakım kalitesi gibi önemli noktalar belirlemiş; bu yönergeler küresel ölçekte teletıp hizmetlerinin güvenilir biçimde yürütülmesine rehberlik etmektedir (40).

2.2.6. Teletıpın Hukuksal ve Etik Boyutu

Türkiye'de teletıp uygulamaları uzun süre hukuki belirsizlik içerisinde yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi Entegrasyon Kılavuzu, yalnızca görüntüleme, telekonsültasyon ve teleradyoloji hizmetlerini kapsamakta; hekim-hasta arasında sesli veya görüntülü görüşmelere dair düzenleme içermemekteydi (35). COVID-19 pandemisi sırasında sosyal medya ve iletişim uygulamaları üzerinden uzaktan sağlık hizmetlerinin fiilen sunulmaya başlanması (28), yasal altyapı da bulunan eksikler ortaya çıkmıştır. Bu eksiklik, 10 Şubat 2022 tarihli "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile giderilmiş; böylece uzaktan sağlık hizmetlerinin kapsamı, koşulları ve hukuki dayanağı tanımlanmıştır (41).

Hukuki çerçeve değerlendirilirken, Biyo-Tıp Sözleşmesi de yol göstericidir. Sözleşmede, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında insanın menfaatinin toplum veya bilimin menfaatlerinden üstün tutulması gerektiğini vurgularken; yöntem ne olursa olsun, sağlık

hizmetlerinin “mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun” yürütülmesi gerektiği belirtilmektedir. Dolayısıyla teletıp uygulamalarında da yüz yüze hizmette geçerli olan mesleki sorumluluklar aynen geçerlidir (42).

Etik açıdan temel ilke, hasta yararının gözetilmesi ve zarar riskinin en aza indirilmesidir. Dünya Tabipler Birliği, yüz yüze ilişkinin “altın standart” olduğunu, teletıbbın ancak uygun koşullarda tamamlayıcı işlev üstlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (43).

Teletıp uygulamalarında, aydınlatılmış onam, kişisel verilerin gizliliği ve mesleki sınırların korunması gibi klasik etik ilkeler yeniden ön plana çıkmaktadır. “Önce zarar verme” (*primum non nocere*) ilkesi, her hasta için bireysel yarar-zarar dengesi değerlendirilerek uygulanmalıdır. Bilimsel kanıta dayalı olmadığı veya zarar olasılığı daha yüksek olduğu durumlarda teletıp uygulamaları haklı çıkarılamaz (44).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kapsamı

Sağlık okuryazarlığı kavramı, 1970’lerden itibaren literatürde yer almaya başlamış ve zamanla yalnızca temel okuma-yazma becerilerinin ötesine geçerek çok boyutlu bir yapı kazanmıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığının en kapsamlı tanımı şu şekilde yapılmıştır (2):

“Sağlık okuryazarlığı, bireylerin yaşamları boyunca sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi bağlamında sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma bilgi, motivasyon ve becerilerine sahip olmasıdır.”

Sağlık okuryazarlığı yalnızca yazılı bilgiyi okuyup anlamaktan ibaret değildir. Güncel yaklaşımlar, bu kavramın çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama, değerlendirme ve gerektiğinde davranışlarına yansıtma becerilerini içerdiğini vurgulamaktadır (2,45,46).

Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı; bireysel sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini ve genel sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı göstergesidir.

Sağlık okuryazarlığının tanımlanmasında görülen çeşitlilik, sınıflandırma konusunda da kendini göstermektedir. Konuya ilişkin uluslararası alanda en fazla kabul gören sınıflama Nutbeam'in üç düzeyli modeli olmuştur. Nutbeam'in bu yaklaşımı, sağlık okuryazarlığının kapsamlı ve çok boyutlu yapısını açıklamada temel bir çerçeveye sunmaktadır (46).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temel okuma-yazma ve sayısal becerileri içerir. Bireylerin sağlık risklerini, sağlık sistemini kullanma yollarını ve temel eğitim materyallerini okuyup anlayabilme kapasitesini ifade eder.

Etkileşimli (iletişimsel) sağlık okuryazarlığı, daha gelişmiş bilişsel beceriler ve sağlık çalışanlarıyla aktif iletişim kurma yeteneğini kapsar.

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisini analiz etme, sorgulama ve karar verme süreçlerinde kullanma yeterliliğini tanımlar. Bu düzeydeki bireyler, farklı kaynaklardan elde ettikleri bilgileri eleştirel olarak değerlendirerek hem kendi hem de toplumun kapasitesini arttırabilir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı, en ileri düzey okuryazarlık becerisini temsil eder.

Etkileşimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığına yönelik eğitim, yalnızca bireylerin değil, toplulukların da sağlık belirleyicileri üzerinde etkili olmasına katkı sağlar. Bu durum, modern sağlık eğitimi stratejilerinin bireylere tek taraflı olarak sunulan bir uygulama olmaktan çıkıp, kişiler ve topluluklarla birlikte yürütülen güçlendirici bir süreç şeklinde yürütülmesini gerektirmektedir (46).

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler hem bireysel hem de çevresel etkenleri içerir. Bu bu faktörler şunlardır;

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni hâl ve meslek gibi demografik değişkenler sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili rol oynamaktadır. Okuma-yazma becerileri, problem çözme, eleştirel düşünme, dikkat ve hafıza gibi bilişsel yetiler sağlık

okuryazarlığının temelini oluşturur. Yaşlı bireylerde görülen bilişsel gerilemeler, sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılması ve uygulanmasında güçlük oluşturmaktadır (47).

Kadın bireylerde, aile sağlığı ile daha fazla ilgilenme eğilimi nedeniyle sağlık okuryazarlığının daha yüksek olabileceği belirtilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanma becerileri de artmakta, bu nedenle sağlık okuryazarlığı ile eğitim arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (48).

Kültürel değerler, sağlık inançları ve dilsel yeterlilik, bireylerin sağlık bilgilerini algılama ve yorumlama biçimini doğrudan etkilemektedir. Sağlık sisteminin dili ile bireyin ana dili arasındaki farklılık, bilgiye erişimi ve bilgilerin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum özellikle göçmenler, azınlık topluluklar ve çok kültürlü toplumlarda sağlık okuryazarlığı açısından dezavantaj oluşturmaktadır (49).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Türkiye ve Dünya Verileri

Avrupa’da yapılan HLS-EU (Health Literacy Survey in Europe) Sağlık Okuryazarlığı araştırmasına göre nüfusun yaklaşık %47’si yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahiptir (50). ABD’de yapılan değerlendirmelerde de benzer şekilde düşük sağlık okuryazarlığı oranı %36 olarak bulunmuştur (51). Aralık 2024’te yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlgili Faktörler Araştırması’na göre nüfusumuzun %21’i yetersiz, %32,9’u sorunlu-sınırlı, %34,4’ü yeterli, %11,7’si ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (52).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE SÜRESİ

Bu kesitsel ve tanımlayıcı araştırma, 30 Nisan 2025-20 Haziran 2025 tarihleri arasında, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Çorum ili Merkez ilçesinde bulunan tümü devlet okullarında aktif çalışan, dahil edilme kriterlerini karşılayan öğretmenler ile yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Çorum ili Merkez ilçesinde bulunan tümü devlet okullarında aktif çalışan 3100 öğretmen oluşturmaktadır. Araştırmada evrendeki tüm kişilere ulaşılması hedeflenmiştir.

Yapılan güç analizi sonucunda örneklem büyüklüğü 1293 kişi olacak şekilde belirtilmiştir.

Gönüllülerin araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaş üstünde olmak
- İletişim kurabilecek bilişsel yeterlilikte olmak
- Türkçe bilmek

Gönüllülerin araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri:

- Sağlık çalışanı olmak

3.3 İŞLEM

Araştırma için etik kurul onayı ve belirlenen okullar için Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alındıktan sonra okul müdürleri ile önceden belirlenen günlerde okullara gidilerek okulların öğretmen odasında öğretmenler ile görüşüldü.

Bilgilendirilmiş onamları alınan gönüllü öğretmenlere, sosyodemografik veri formu ile TSOY-32 ve USHKYTÖ ölçeklerini içeren, yaklaşık 20 dakika süren üç bölümlük anket kitapçığı, okulların öğretmen odalarında ders aralarında veya boş ders saatlerinde uygun çalışma koşulları sağlanarak uygulanmıştır.

Uygulama öncesinde, aydınlatılmış onam formu ayrıntılı bir şekilde açıklanan gönüllü katılımcılara çalışmada isim, soy isim kullanılmayacağı ve bu yüzden araştırma sonuçlarının taraflara bildirilmeyeceği bilgisi verilmiştir. Anlaşılmayan noktaların olma ihtimali veya gelebilecek herhangi bir soru için araştırmacı ortamda hazır bulunmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcılara bilgilendirme sonrasında Sosyodemografik Veri Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği verildi.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

İlgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan formda kişinin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, görev yaptığı okul, kronik hastalığı olup olmadığı, ailesinde yatağa bağımlı veya hastaneye gidemeyecek birey olup olmadığı, iletişim araçlarından herhangi birini kullanıp kullanmadığı, internet erişimi, sağlıkla ilgili bilmediği bir durumda bilgi kaynağı olarak ilk tercihleri, daha önce teletıp hizmetlerinin duyup duymadıkları ve bu hizmetlerden hangilerini kullandıkları gibi konular sorgulanmıştır. (Ek:1)

3.3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

TSOY-32, 15 yaşın üzerindeki ve en az ilkokul mezunu bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir; kuramsal temeli, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu'nun (HLS-EU Consortium, 2012) modeline dayanmaktadır. Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında, 15 yaş üstü, 400 birey üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. (Ek:2)

Orijinal ölçekteki üç boyut yerine Türkçe uyarlamada iki temel boyut esas alınmış ve bu yapı 2x4'lük bir matris formunda düzenlenmiştir.

Bu matris;

- **İki boyut:** Tedavi ve sağlık hizmetleri ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi,
- **Dört süreç:** Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama/kullanma olmak üzere toplam sekiz alt bileşenden oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık Cronbach Alfa katsayısı 0.927 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında, *Tedavi ve Hizmet* boyutu için Cronbach Alfa değeri 0.880, *Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi* boyutu için ise 0.863'tür.

Her bir madde, 4 dereceli Likert tipi ölçekle değerlendirilir:

1 = Çok kolay, 2 = Kolay, 3 = Zor, 4 = Çok zor.

Ayrıca, katılımcının yanıt veremediği durumlar için "Fikrim yok" seçeneği 5 olarak kodlanmıştır. Analiz öncesinde, puanlamada 1-4 arası seçenekler ters kodlanarak (1↔4) yeniden düzenlenmektedir.

0 puan en düşük, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçekten elde edilen değerler dört kategoride sınıflandırılmaktadır:

- **0–25 puan** → Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- **>25–33 puan** → Sorunlu / sınırlı sağlık okuryazarlığı
- **>33–42 puan** → Yeterli sağlık okuryazarlığı
- **>42–50 puan** → Mükemmel sağlık okuryazarlığı

3.3.3. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği (USHKYTÖ)

Bu araştırmada, katılımcıların uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 2023 yılında Yücel ve Uyar tarafından geliştirilen, 18 yaş üstünde 600 kişi ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. (Ek:3)

Ölçek, 18 yaş ve üzerindeki bireylerde uygulanmak üzere geliştirilmiş olup, uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik algı, benimseme, fayda, kullanım kolaylığı ve gizlilik gibi unsurları değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Ölçek şu özelliklere sahiptir:

- **18 maddeden oluşmaktadır.**
- **Tek boyutlu** bir yapıya sahiptir.
- Her madde **5’li Likert tipi** ile derecelendirilir:
1 = Kesinlikle katılmıyorum,
2 = Katılmıyorum,
3 = Kararsızım,
4 = Katılıyorum,
5 = Kesinlikle katılıyorum.

Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.947’dir.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan **18**, en yüksek puan **90**’dır. Puanlar yükseldikçe bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik daha olumlu bir tutuma sahip oldukları, düşük puanlarda ise olumsuz tutumların daha belirgin olduğu kabul edilmektedir.

Ölçekteki 8. madde olumsuz içerikli olduğundan ters kodlama yapılarak toplam puan hesaplanmaktadır.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Örnekleme büyüklüğü G*Power v.3.1.9.4. ile belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 30.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayısal veriler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde dağılımları sunulmuştur. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerde iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında

ise Kruskal-Wallis testi kullanılmış; anlamlı farklılık bulunan durumlarda Bonferroni düzeltmesi yapılmış post-hoc analizler uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler, Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiş ve katsayılar; 0-0.20 arası çok zayıf, 0.21-0.40 arası düşük/orta, 0.41-0.60 arası orta, 0.61-0.80 arası güçlü ve 0.81-1.0 arası mükemmel yakın ilişki olarak yorumlanmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

3.5. ÇIKAR ÇATIŞMASI

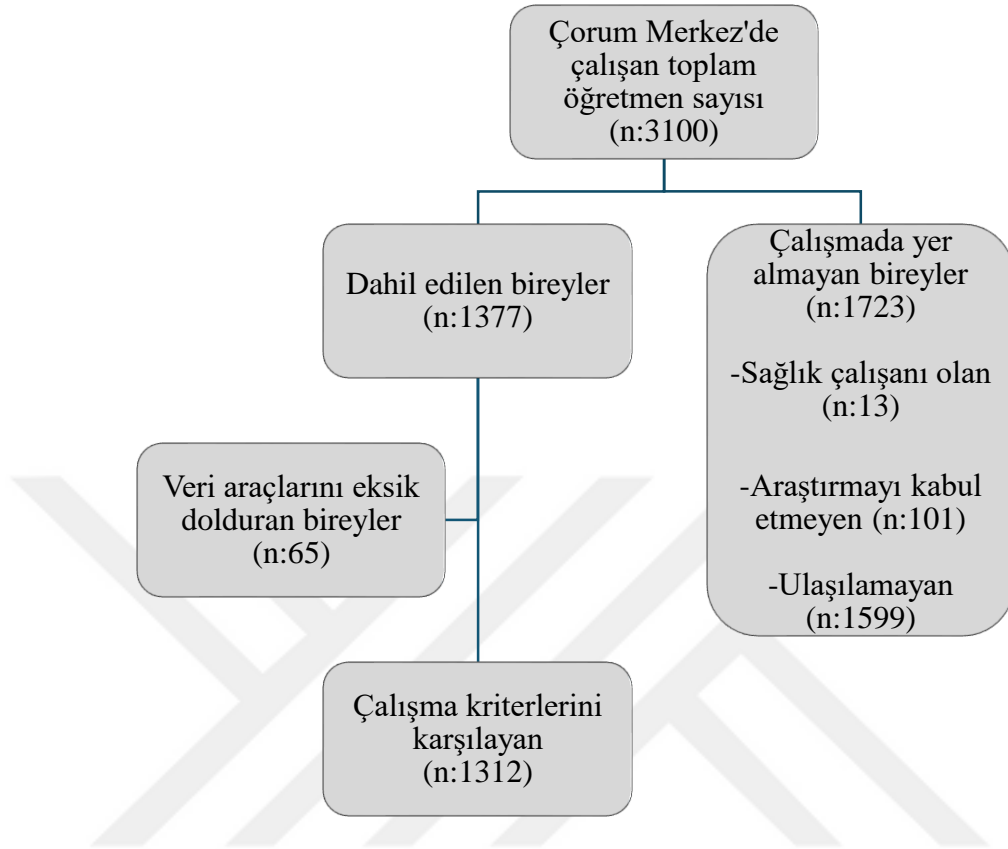
Bu çalışmada herhangi bir kişisel ya da mali çıkar çatışması bulunmamaktadır.

3.6. ETİK KURUL ONAYI

Yapılan araştırma için T.C. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.03.2024 tarihinde onay alınmıştır. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Araştırma Uygulama İzni Belgesi MEB.TT.2025.024753.01 başvuru no ile 30.04.2025 tarihinde alınmıştır. (Ek:4,5)

Araştırma, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkeler doğrultusunda yürütülmüştür.

4. BULGULAR



Şekil 1. Akış Şeması

Araştırma kapsamında toplam 1312 öğretmene ulaşılmış olup katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	833 (63,49)
	Erkek	479 (36,51)
Medeni durum	Evli	1090 (83,14)
	Bekar	154 (11,75)
	Dul/boşanmış	67 (5,11)
Eğitim durumu	Lisans	1039 (79,19)
	Yüksek lisans	250 (19,05)
	Doktora	23 (1,75)

Gelir durumu	Gelirim giderimden az	281 (21,42)
	Gelirim giderime denk	770 (58,69)
	Gelirim giderimden fazla	261 (19,89)
Görev yapılan okul	Anaokulu	8 (0,61)
	İlkokul	294 (22,41)
	Ortaokul	249 (18,98)
	Lise	588 (44,82)
	Diğer	173 (13,19)
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	951 (72,48)
	Evet	361 (27,52)
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?	Hayır	1228 (93,6)
	Evet	84 (6,4)
İletişim araçlarından (telefon, bilgisayar, vb.) herhangi birini kullanıyor mu?	Hayır	2 (0,15)
	Evet	1310 (99,85)
İnternet erişimi var mı?	Hayır	7 (0,53)
	Evet	1304 (99,47)
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	İnternet	978 (74,54)
	Sağlık kuruluşu	300 (22,87)
	Sağlık çalışanı yakınlarım	24 (1,83)
	Tanıdıklarım ve akrabalarım	6 (0,46)
	Kitap/dergi	4 (0,3)
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	1106 (84,3)
	Evet	206 (15,7)

Katılımcıların yaş ve antropometrik ölçümleri Tablo 2' de özetlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların yaş ve antropometrik ölçümleri

	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma
Yaş	45 (21-73)	44,96±9,48
Boy (cm)	167 (78-195)	166,9±8,87
Kilo (kg)	71 (42-128)	72,81±13,7
Vki	25,59 (15,78-121,63)	26,09±4,75

Katılımcıların TSOY-32 ve USHKYTÖ toplam puanların Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların TSOY-32 ve USHKYTÖ toplam puanları

	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma
TSOY-32	30,21 (0-50)	29,97±9,32
USHKYTÖ	63 (18-90)	61,24±13,2

Tablo 4’te katılımcıların kullandığı hizmetler sunulmuştur. Katılımcıların birden fazla seçeneği işaretlediği formda en sık kullandığı hizmet çevrim içi doktor randevusu (%82) iken, en az kullanılan hizmetler uzaktan danışmanlık (%6,1) ve psikoterapi (%6,6) olmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların kullandığı hizmetler

		N
Belirtilen hizmetlerden hangilerini kullandı	Çevrim içi doktor randevusu	1047 (82)
	Uzaktan laboratuvar sonuç değerlendirme	395 (30,9)
	Çevrim içi reçete	318 (24,9)
	Mobil sağlık uygulaması	252 (19,7)
	İlaç tedavisi düzenlenmesi	181 (14,2)
	Kronik hastalık takibi	154 (12,1)
	Psikoterapi	84 (6,6)
	Uzaktan diğer danışmanlık hizmetleri	78 (6,1)
Total	2509 (196,5)	

Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların TSOY-32 alt boyut puanları-1

	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	33,33 (0-50)	31,81±10,68
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	33,33 (0-50)	32,21±10,05
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	27,78 (0-50)	26,77±10,16
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	33,33 (0-50)	32,99±10,31

Tablo 6. Katılımcıların TSOY-32 alt boyut puanları-2

	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	33,33 (0-50)	32,45±10,37
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	33,33 (0-50)	31,8±10,34
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	29,17 (0-50)	28,01±10,89
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	25 (0-50)	26,08±10,84

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle USHKYTÖ puanlarının karşılaştırılmasında Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle USHKYTÖ puanlarının karşılaştırılması

		USHKYTÖ		
		Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p
Cinsiyet	Kadın	63 (18-90)	61,03±12,76	^a 0,088
	Erkek	65 (18-90)	61,6±13,94	
Medeni durum	Evli	64 (18-90)	61,6±13,07	^b 0,046*
	Bekar	61 (28-88)	59,05±13,39	

	Dul/boşanmış	64 (18-87)	61,01±13,73	
Eğitim durumu	Lisans	63 (18-90)	60,64±13,3	^b 0,002* *
	Yüksek lisans	65 (18-90)	63,54±12,43	
	Doktora	67 (19-81)	63,22±14,44	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	61 (18-87)	59,39±13,87	^b 0,008* *
	Gelirim giderime denk	63 (19-90)	61,39±13,01	
	Gelirim giderimden fazla	65 (18-88)	62,78±12,82	
Görev yapılan okul	Anaokulu/ilkokul	63,5 (18-90)	61,48±13,4	^b 0,360
	Ortaokul	64 (21-88)	62,41±12,8	
	Lise	63 (18-90)	61,01±13,31	
	Diğer	63 (18-82)	59,92±13,02	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	63 (18-90)	61,21±13,05	^a 0,661
	Evet	64 (18-90)	61,32±13,6	
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?	Hayır	63 (18-90)	61,21±13,18	^a 0,890
	Evet	63 (18-90)	61,7±13,52	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	İnternet	64 (18-90)	62,37±12,83	^a <0,001 ***
	Sağlık kuruluşu/Sağlık çalışanı yakınlarım	60 (19-90)	57,99±13,74	
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	63 (18-90)	61,19±13,45	^a 0,862
	Evet	64 (19-88)	61,51±11,81	

^aMann Whitney U testi, ^bKruskal Wallis testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 puanlarının karşılaştırılması

		TSOY-32 toplam puan		
		Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p
Cinsiyet	Kadın	30,21 (0-50)	30,21±9,24	^a 0,563
	Erkek	30,21 (0-50)	29,56±9,45	

Medeni durum	Evli	30,21 (0-50)	29,85±9,46	^b 0,912
	Bekar	30,46 (3,33-50)	30,65±8,76	
	Dul/boşanmış	30,43 (7,05-50)	30,04±7,88	
Eğitim durumu	Lisans	30,21 (0-50)	29,84±9,3	^b 0,405
	Yüksek lisans	30,46 (0-50)	30,38±9,57	
	Doktora	31,25 (20,31-48,44)	31,76±7,04	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	29,17 (0-50)	29,59±9,28	^b 0,039 *
	Gelirim giderime denk	30,21 (0-50)	29,78±9,17	
	Gelirim giderimden fazla	31,18 (1,92-50)	30,96±9,75	
Görev yapılan okul	Anaokulu/ilkokul	29,76 (0-50)	29,72±9,33	^b 0,583
	Ortaokul	30,73 (0-50)	30,48±8,69	
	Lise	30,21 (0-50)	30,04±9,81	
	Diğer	30,13 (1,67-50)	29,45±8,43	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	30,26 (0-50)	30,23±9,21	^a 0,148
	Evet	29,69 (0-50)	29,29±9,57	
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?	Hayır	30,21 (0-50)	29,97±9,39	^a 0,562
	Evet	29,44 (14,58-49,48)	29,94±8,17	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	İnternet	30,21 (0-50)	29,9±9,26	^a 0,953
	Sağlık kuruluşu/Sağlık çalışanı yakınlarım	30,21 (3,03-50)	30,13±9,42	
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	30,11 (0-50)	29,82±9,24	^a 0,135
	Evet	30,73 (0-50)	30,77±9,7	

^aMann Whitney U testi, ^bKruskal Wallis testi, * $p < 0,05$

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle, TSOY-32 tedavi ve hizmet dikey boyutu ile alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle, TSOY-32 Tedavi ve hizmet dikey boyutu ile alt boyut puanlarının karşılaştırılması-1

		Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma			Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama		
		Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p
Cinsiyet	Kadın	33,33 (0-50)	32,39±10,45	^a0,021*	33,33 (0-50)	32,93±9,99	^a0,003**
	Erkek	33,33 (0-50)	30,8±11,01		33,33 (0-50)	30,96±10,05	
Medeni durum	Evli	33,33 (0-50)	31,74±10,75	^b 0,864	33,33 (0-50)	31,96±10,17	^b 0,141
	Bekar	33,33 (4,17-50)	31,78±10,7		33,33 (0-50)	33,57±9,62	
	Dul/boşanmış	33,33 (0-50)	32,75±9,33		33,33 (0-50)	32,88±8,63	
Eğitim durumu	Lisans	33,33 (0-50)	31,7±10,87	^b 0,842	33,33 (0-50)	32,13±10,12	^b 0,876
	Yüksek lisans	33,33 (0-50)	32,26±10,03		33,33 (0-50)	32,38±9,81	
	Doktora	33,33 (16,67-50)	31,76±8,88		33,33 (20,83-50)	34,06±9,7	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	33,33 (0-50)	31,59±11,08	^b 0,377	33,33 (0-50)	32,2±10,28	^b 0,239
	Gelirim giderime denk	33,33 (0-50)	31,63±10,35		33,33 (0-50)	32,04±9,73	
	Gelirim giderimden fazla	33,33 (0-50)	32,56±11,21		33,33 (0-50)	32,74±10,73	
Görev yapılan okul	Anaokulu/ilkokul	33,33 (0-50)	30,96±10,86	^b 0,544	33,33 (0-50)	31,52±9,93	^b 0,433
	Ortaokul	33,33 (0-50)	32,29±9,98		33,33 (0-50)	32,96±9,32	
	Lise	33,33 (0-50)	32,03±11,08		33,33 (0-50)	32,38±10,58	
	Diğer	33,33 (0-50)	31,86±9,98		33,33 (0-50)	31,74±9,43	

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	33,33 (0-50)	31,96±10,7	^a 0,334	33,33 (0-50)	32,37±9,99	^a 0,442
	Evet	33,33 (0-50)	31,39±10,62		33,33 (0-50)	31,79±10,21	
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?	Hayır	33,33 (0-50)	31,84±10,69	^a 0,264	33,33 (0-50)	32,12±10,08	^a 0,300
	Evet	29,17 (8,33-50)	31,3±10,65		33,33 (8,33-50)	33,47±9,57	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	İnternet	33,33 (0-50)	32,17±10,56	^a 0,049*	33,33 (0-50)	32,11±9,96	^a 0,589
	Sağlık kuruluşu/Sağlık çalışanı yakınlarım	33,33 (0-50)	30,73±10,87		33,33 (0-50)	32,46±10,17	
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	33,33 (0-50)	31,61±10,78	^a 0,125	33,33 (0-50)	32,05±9,98	^a 0,113
	Evet	33,33 (0-50)	32,84±10,1		33,33 (0-50)	33,07±10,41	

^aMann Whitney U testi, ^bKruskal Wallis testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32, tedavi ve hizmet dikey boyutu ile alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32, Tedavi ve hizmet dikey boyutu ile alt boyut puanlarının karşılaştırılması-2

		Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme			Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama		
		Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p
Cinsiyet	Kadın	27,78 (0-50)	27,02±10,23	^a 0,446	33,33 (0-50)	32,89±10,32	^a 0,348
	Erkek	29,17 (0-50)	26,35±10,03		33,33 (0-50)	33,16±10,31	
Medeni durum	Evli	27,78 (0-50)	26,73±10,22	^b 0,901	33,33 (0-50)	33,06±10,32	^b 0,311
	Bekar	29,17 (0-50)	27,19±10,37		33,33 (4,17-50)	33,06±10,74	
	Dul/boşanmış	25 (4,17-41,67)	26,09±8,23		33,33 (0-50)	31,31±8,94	

Eğitim durumu	Lisans	26,39 (0-50)	26,57±10,2	^b 0,331	33,33 (0-50)	32,6±10,38	^b 0,014*
	Yüksek lisans	29,17 (0-50)	27,48±10,18		33,33 (0-50)	34,25±10,05	
	Doktora	29,17 (12,5-45,83)	28,38±7,91		37,5 (20,83-50)	36,96±8,36	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	25 (0-50)	26,54±10,51	^b 0,346	33,33 (0-50)	31,61±10,72	^b 0,001**
	Gelirim giderime denk	27,78 (0-50)	26,64±9,99		33,33 (0-50)	32,94±9,72	
	Gelirim giderimden fazla	29,17 (0-50)	27,44±10,3		33,33 (0-50)	34,64±11,33	
Görev yapılan okul	Anaokulu/ilkokul	27,78 (0-50)	26,12±10,26	^b 0,489	33,33 (0-50)	32,7±10,13	^b 0,638
	Ortaokul	29,17 (0-50)	27,35±9,61		33,33 (0-50)	33,47±9,68	
	Lise	29,17 (0-50)	26,96±10,46		33,33 (0-50)	33,22±10,71	
	Diğer	25 (0-50)	26,48±9,71		33,33 (0-50)	32,03±10,17	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	27,78 (0-50)	26,81±10,2	^a 0,989	33,33 (0-50)	33,35±10,17	^a 0,063
	Evet	27,78 (0-50)	26,68±10,06		33,33 (0-50)	32,02±10,64	
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?	Hayır	27,78 (0-50)	26,76±10,2	^a 0,717	33,33 (0-50)	33,08±10,34	^a 0,049*
	Evet	25 (8,33-50)	26,96±9,64		29,17 (12,5-50)	31,71±9,83	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	İnternet	25 (0-50)	26,55±9,98	^a 0,181	33,33 (0-50)	32,88±10,35	^a 0,902
	Sağlık kuruluşu/Sağlık çalışanı yakınlarım	29,17 (0-50)	27,3±10,52		33,33 (0-50)	33,28±10,17	
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	27,78 (0-50)	26,51±10,12	^a 0,030*	33,33 (0-50)	32,82±10,27	^a 0,131
	Evet	29,17 (0-50)	28,2±10,26		33,33 (0-50)	33,88±10,51	

^aMann Whitney U testi, ^bKruskal Wallis testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi dikey boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi dikey boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma			Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama		
		Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p
Cinsiyet	Kadın	33,33 (0-50)	32,9±10,23	^a 0,203	33,33 (0-50)	32,59±10,12	^a 0,002*
	Erkek	33,33 (0-50)	31,67±10,58		33,33 (0-50)	30,45±10,58	
Medeni durum	Evli	33,33 (0-50)	32,4±10,4	^b 0,925	33,33 (0-50)	31,64±10,45	^b 0,893
	Bekar	33,33 (0-50)	32,64±10,32		33,33 (11,11-50)	32,75±9,8	
	Dul/boşanmış	33,33 (11,11-50)	32,58±10,07		33,33 (8,33-50)	31,97±9,71	
Eğitim durumu	Lisans	33,33 (0-50)	32,3±10,4	^b 0,492	33,33 (0-50)	31,65±10,35	^b 0,511
	Yüksek lisans	33,33 (0-50)	33,03±10,5		33,33 (0-50)	32,31±10,47	
	Doktora	33,33 (20,83-50)	32,97±7,88		33,33 (16,67-50)	33,33±8,61	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	33,33 (0-50)	32,26±10,22	^b 0,474	33,33 (0-50)	31,56±10,22	^b 0,233
	Gelirim giderime denk	33,33 (0-50)	32,3±10,12		33,33 (0-50)	31,57±10,23	
	Gelirim giderimden fazla	33,33 (0-50)	33,11±11,27		33,33 (0-50)	32,78±10,78	
Görev yapılan okul	Anaokulu/ilkokul	33,33 (0-50)	32,22±10,57	^b 0,188	33,33 (0-50)	31,87±10,23	^b 0,134
	Ortaokul	33,33 (0-50)	32,69±10,02		33,33 (0-50)	31,86±9,99	
	Lise	33,33 (0-50)	32,83±10,6		33,33 (0-50)	32,16±10,75	
	Diğer	33,33 (0-50)	31,25±9,73		29,17 (0-50)	30,4±9,58	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	33,33 (0-50)	32,62±10,18	^a 0,570	33,33 (0-50)	31,9±10,16	^b 0,427
	Evet	33,33 (0-50)	32,01±10,86		33,33 (0-50)	31,54±10,82	
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?	Hayır	33,33 (0-50)	32,47±10,48	^a 0,433	33,33 (0-50)	31,83±10,39	^a 0,560
	Evet	33,33 (16,67-50)	32,15±8,79		31,25 (12,5-50)	31,35±9,74	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir	İnternet	33,33 (0-50)	32,51±10,3	^a 0,800	33,33 (0-50)	32,07±10,22	^a 0,082

durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	Sağlık kuruluşu/Sağlık çalışanı yakınlarım	33,33 (0-50)	32,23±10,5		33,33 (0-50)	31,02±10,6	
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	33,33 (0-50)	32,29±10,33	^a 0,325	33,33 (0-50)	31,69±10,21	^a 0,628
	Evet	33,33 (0-50)	33,3±10,58		33,33 (0-50)	32,41±11,03	

^aMann Whitney U testi, ^bKruskal Wallis testi, * $p < 0,01$

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi dikey boyutu sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve diğer özellikleriyle TSOY-32 Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi dikey boyutu sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme			Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama		
		Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p	Ortanca (Min.-maks)	Ort.±std. sapma	p
Cinsiyet	Kadın	29,17 (0-50)	28,19±10,87	^a 0,780	25 (0-50)	25,88±10,73	^a 0,149
	Erkek	29,17 (0-50)	27,7±10,91		25 (0-50)	26,43±11,04	
Medeni durum	Evli	29,17 (0-50)	28,09±10,88	^b 0,483	25 (0-50)	25,88±10,92	^b 0,274
	Bekar	27,78 (0-50)	27,84±11,02		29,17 (0-50)	27,46±10,24	
	Dul/boşanmış	25 (0-50)	26,71±10,49		25 (4,17-50)	25,77±10,41	
Eğitim durumu	Lisans	27,78 (0-50)	27,77±10,79	^b 0,193	25 (0-50)	25,88±10,73	^b 0,421
	Yüksek lisans	29,17 (0-50)	28,88±11,36		25 (0-50)	26,82±11,49	
	Doktora	29,17 (12,5-50)	29,23±9,79		25 (8,33-41,67)	27,17±8,42	
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	25 (0-50)	27,36±11,07	^b 0,111	25 (0-50)	25,13±11,06	^b 0,007**
	Gelirim giderime denk	29,17 (0-50)	27,83±10,74		25 (0-50)	25,86±10,65	
	Gelirim giderimden fazla	29,17 (0-50)	29,25±11,07		29,17 (0-50)	27,76±11,04	
Görev yapılan okul	Anaokulu/ilkokul	29,17 (0-50)	28,47±11,02	^b 0,519	25 (0-50)	26,46±10,72	^b 0,736
	Ortaokul	29,17 (0-50)	28,21±10		25 (0-50)	26,47±10,75	
	Lise	29,17 (0-50)	27,97±11,34		25 (0-50)	25,7±11,15	
	Diğer	25 (0-50)	27,01±10,33		25 (0-50)	26,13±10,14	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	29,17 (0-50)	28,34±10,83	^a 0,091	25 (0-50)	26,54±10,89	^a 0,009**
	Evet	25 (0-50)	27,13±10,99		25 (0-50)	24,89±10,64	
Ailesinde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek	Hayır	29,17 (0-50)	28,05±10,92	^a 0,375	25 (0-50)	26,09±10,92	^a 0,886
	Evet	25 (8,33-50)	27,42±10,39		25 (8,33-50)	25,91±9,59	

olan birey var mı?							
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı	İnternet	29,17 (0-50)	27,89±10,82	*0,545	25 (0-50)	25,74±10,69	*0,040*
	Sağlık kuruluşu/Sağlık çalışanı yakınlarım	29,17 (0-50)	28,43±11		25 (0-50)	26,98±11,23	
Daha önce hiç Teletıp hizmetlerini duydu mu?	Hayır	29,17 (0-50)	27,88±10,76	*0,367	25 (0-50)	25,92±10,86	*0,251
	Evet	29,17 (0-50)	28,68±11,55		25 (0-50)	26,93±10,7	

^aMann Whitney U testi, ^bKruskal Wallis testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 13'te TSOY-32 ve USHKYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. Katılımcıların USHKYTÖ ve TSOY-32 ölçek puanlarının ilişkisi

		USHKYTÖ
USHKYTÖ	r	
	p	
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	r	-0,005
	p	0,857
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	r	-0,016
	p	0,578
Tedavi ve hizmet; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	r	0,030
	p	0,284
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	r	0,005
	p	0,864
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	r	0,014
	p	0,614
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	r	-0,035
	p	0,212
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	r	-0,050
	p	0,071
TSOY-32 toplam puan	r	-0,017
	p	0,542

Spearman korelasyon analizi

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada bireylerdeki uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlar ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilişkisi ve sosyodemografik verilerin bu ilişkiye etkisi incelenmiştir.

Yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, TSOY-32 genel sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %28,6'sı yetersiz, %43,6'sı sorunlu-sınırlı, %17,0'si yeterli ve %10,7'si ise mkemmел sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu grlmştir. Bu dağılım, Aralık 2024'te yayımlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'na göre %21,0'ı yetersiz, %32,9'u sorunlu-sınırlı, %34,4' yeterli ve %11,7'si mkemmел sağlık okuryazarlığı grubunda yer alması ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (21).

Bu bulgular, örneklem farklılıklarına rağmen her iki çalışmada da toplumun önemli bir bölümünün yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinde bulunduğunu ve mkemmел düzeydeki bireylerin oranının görece düşük kaldığını ortaya koymuştur. Dolayısıyla araştırmanın sonuçları, güncel verilerle örtüşmekte ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik stratejilere duyulan ihtiyaı göz önüne koymaktadır.

Araştırmada sağlık okuryazarlığı yalnızca toplam puan üzerinden değil, aynı zamanda alt boyutlar bazında da incelenmiştir. Çünkü sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir yapıdır; yalnızca sağlık bilgisine sahip olmak yeterli değerildir (46). Bireylerin bilgiyi anlaması, değerlendirmesi ve özellikle günlük yaşamda uygulayabilmesi sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini doğrudan etkilemektedir (2,46).

Araştırmada TSOY-32 alt boyutları incelendiğinde, katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma ve anlama becerilerinin görece yüksek, ancak bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama becerilerinin en düşük ortalamalara sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, bireylerin sağlık bilgisine erişebilmesine rağmen bilgiyi eleştirel bir şekilde yorumlama ve günlük yaşamda uygulama konusunda zorluk yaşadığını göstermektedir.

Literatürde de düşük düzeyde sağlık bilgisini değerlendirme becerisinin, yanlış sağlık bilgisi kullanımına ve tedaviye uyum sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (53).

Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; genel değerlendirmede yalnızca gelir düzeyi ile anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden fazla olanların TSOY-32 toplam puanları, geliri giderinden az olanlara kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,039$). Bu bulgu, ekonomik koşulların sağlık bilgisine erişim ve kullanımda belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca gelir düzeyi yüksek bireylerin özellikle “bilgiyi kullanma/uygulama” alt boyutunda daha yüksek puan aldığı da görülmüştür ($p<0,01$).

Gelir düzeyi giderinden fazla olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek bulunması, literatürde sosyoekonomik durumla sağlık okuryazarlığı arasındaki güçlü ilişkiyi destekler niteliktedir (54). Ekonomik açıdan avantajlı konumda olan bireylerin sağlık bilgisine ulaşma imkânlarının daha geniş olması, sağlık kurumlarıyla daha sık temas kurabilmeleri ve eğitim düzeylerinin genellikle daha yüksek olması bu durumu açıklayan temel faktörlerdir (55). Ayrıca yüksek gelir, sağlıklı yaşam biçimlerini benimseme ve sağlıkla ilgili farkındalık geliştirme açısından da bir avantaj sağlayarak sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkileyebilir (56).

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınların “bilgiye ulaşma” ve “bilgiyi anlama” alt boyutlarında erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların, özellikle hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda “bilgiyi anlama” alt boyutunda erkeklerden daha yüksek puan alması, kadınların sağlık bilgisine yönelik ilgilerinin ve farkındalıklarının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık davranışları ve bilgi arayışındaki etkisini ortaya koyan araştırmalarla da paralellik göstermiştir (57).

Araştırmada kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek bulunması, literatürle de uyumlu bir sonuçtur. Nitekim Gonçaves-Fernández ve ark. yaptığı sistematik derlemede, kadınların sağlık okuryazarlığının erkeklere göre daha yüksek olduğu vurgulanmış ve bu durum sağlık arama davranışlarındaki farklılıklar, toplumsal rollerin getirdiği sorumluluklar, sağlık çalışanları ile sık temas ve eğitim fırsatlarından yararlanma düzeyleri ile açıklanmıştır (57).

Ailesinde yatağa bağımlı ya da hastaneye gidemeyecek birey bulunanların, sağlık okuryazarlığı ölçeğinin “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” alt boyutunda anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu bulgu, bakım veren konumunda olan kişilerin günlük yaşamda sağlık bilgilerini daha fazla uygulamak durumunda kalmalarıyla açıklanabilir.

Literatürde de benzer şekilde, bakım sorumluluğu üstlenen bireylerin sağlık bilgisine yönelik farkındalıklarının ve bilgiyi kullanma eğilimlerinin daha yüksek olabildiği bildirilmektedir (58). Özellikle kronik hastalığı olan yakınlarla bakım veren bireylerde, tedavi ve ilaç yönetimi gibi süreçlerde sağlık bilgisini pratiğe aktarma becerisinin geliştiği vurgulanmıştır (59). Bu durum, bakım yükünün olmasının sağlık okuryazarlığını arttırabileceğini düşündürmektedir.

Teletıp farkındalığı açısından incelendiğinde ise daha önce teletıp hizmetlerini duyan katılımcıların “bilgiyi değerlendirme” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuç, teletıp kavramıyla karşılaşmış olmanın ülkemizde de düşük bulunan sağlık bilgisi değerlendirme becerisini destekleyebileceğini düşündürmektedir (60).

Kronik hastalık varlığı da sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin “bilgiyi kullanma/uygulama” puanlarının, özellikle hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bu bulgu, kronik hastalığı olanların sağlık bilgilerini uygulama konusunda çeşitli güçlükler yaşadığını göstermektedir.

Literatürde, bu durumun birkaç nedeni olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenler arasında; kronik hastaların sağlık sistemine daha bağımlı hale gelmeleri, çok sayıda tedavi ve yaşam tarzı önerisinin getirdiği bilgi karmaşası, hastalığın getirdiği stres ve motivasyon düşüklüğü gibi psikososyal faktörler ile bilgiyi bağımsız değerlendirme ve günlük yaşama uyarlama sürecinde zorlanmaları gibi sebepler sayılmaktadır (61). Dolayısıyla kronik hastalık varlığı, yalnızca sağlık durumunu değil, aynı zamanda bireylerin sağlık bilgilerini etkin şekilde hayata geçirme becerisini de sınırlandırabilmektedir. Ya da tersten bakıldığında, kronik hastalığa sahip bireylerin “bilgiyi kullanma/uygulama” puanlarının, özellikle “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” boyutunda daha düşük olduğu tespit edilmesi, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin erken tanı alma, yaşam tarzı değişikliklerini uygulama ve hastalık yönetimi

konusunda yetersizlik yaşadığına ve bunun kronik hastalık riskini artırabileceğine dair literatürdeki bulguları desteklemektedir (62). Çin’de yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde erken tanı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşük olduğu, bunun ise kronik hastalık gelişme riskini yükselttiği gösterilmiştir (63). Benzer şekilde Almanya yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik durumların daha yaygın olduğu ve bu bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini uygulamada güçlük çektiği tespit edilmiştir (64). Dolayısıyla kronik hastalığa sahip bireylerde bilgiyi kullanma/uygulama puanlarının düşük olması, yalnızca mevcut hastalıkların yönetimini zorlaştırmakla kalmayıp, koruyucu sağlık davranışlarının uygulanmasını engelleyerek yeni kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlayabilir.

Bilgi kaynağı tercihi de belirleyici bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilinmeyen bir durumda ilk başvuru kaynağı olarak interneti tercih edenlerin “bilgiye ulaşma” puanları daha yüksek iken, “bilgiyi kullanma/uygulama” puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu durum, internetin bilgiye erişimi kolaylaştırmasına rağmen, ulaşılan bilginin güvenilirliğini değerlendirme ve günlük yaşama uyarlama süreçlerinde sınırlılıklar oluşturduğunu göstermektedir. Nitekim literatürde de benzer şekilde, sağlık bilgisine ulaşma ve anlama becerilerinin görece daha güçlü; bilgiyi değerlendirme ve kullanma boyutlarının ise en zayıf alanlar arasında olduğu vurgulanmaktadır (61).

Sonuç olarak, yapılan bu çalışmada sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyiciler olarak gelir düzeyi, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, teletıp farkındalığı ve bilgi kaynağı tercihleri öne çıkmıştır. Öğretmen grubunda dahi sağlık okuryazarlığının düşük bulunması, özellikle “bilgiyi değerlendirme” ve “bilgiyi kullanma” boyutlarındaki zayıflıkların, eleştirel sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kıldığını göstermektedir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin özellikle düşük gelir grubuna odaklanması ve kronik hastalığı olan bireylerde bilgiyi uygulamaya dönük destek programlarının güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada öğretmenlerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumları ortalama USHKYTÖ puanı 61,24 ($\pm 13,2$), ortanca değer 63 ile orta-iyi düzeyde bulunmuştur. Yapılan bu araştırma ile paralel olarak en son yapılan güncel çalışmalarda

da görülmektedir ki teletıp kullanımına yönelik olumlu tutum dünya genelinde de her geçen gün artmaktadır (65).

Katılımcıların yalnızca %15,7'si teletıp kavramını daha önce duymuş, bu da farkındalık düzeyinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Örneğin, Karataş ve ark. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimleri arasında yaptığı çalışmada teletıp farkındalık düzeylerinin sınırlı olduğunu ortaya koymuştur (66). Yapılan çalışmada bir teletıp uygulaması olan çevrim içi doktor randevusunu kullanan 1047 (%82) kişi olmasına rağmen bunun teletıp uygulamasını olduğunu bilen kişi düzeyi %15 ile sınırlı kalmıştır. Bu durum teletıp hizmetlerinin neleri kapsadığına dair farkındalığın da düşük olduğu göstermektedir.

Türkiye'de yapılan önceki araştırmalarda da toplumun önemli bir bölümünün teletıp kavramına aşina olmadığı, ancak COVID-19 pandemisi ile birlikte farkındalık ve kullanım oranlarının belirgin şekilde arttığı bildirilmiştir (44). Uluslararası literatürde teletıp kullanımı pandemiyle birlikte dramatik biçimde artmıştır. Örneğin, ABD'de muayenehane hekimleri arasında teletıp kullanımı 2019'da %16 iken, pandemi sonrasında %80'in üzerine çıkmıştır (67). Bu fark, ülkelerin sağlık sistemlerindeki dijitalleşme düzeyi, mevzuatın teletıp uygulamalarını kapsayıcılığı ve sağlık politikalarının öncelikleri ile ilişkilendirilebilir.

En sık kullanılan uzaktan sağlık hizmeti çevrim içi doktor randevusu (%82) iken, en az kullanılan hizmetler psikoterapi (%6,6) ve uzaktan danışmanlık (%6,1) olmuştur. Bu bulgular, öğretmen grubunda teletıp kullanımının randevu alma gibi temel hizmetlerle sınırlı olduğunu, daha kompleks alanlarda kullanımın oldukça düşük kaldığını göstermektedir. Katılımcıların en sık tercih ettikleri uzaktan sağlık hizmetinin çevrim içi randevu, en az tercih ettiklerinin ise psikoterapi ve danışmanlık olması, Türkiye'de teletıp hizmetlerinin hâlen daha çok randevu ve temel danışmanlık işleviyle sınırlı kaldığını göstermektedir.

Sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde; evli bireylerin, yüksek lisans mezunlarının, geliri giderinden fazla olanların ve sağlık bilgisinde ilk kaynak olarak interneti kullananların tutum puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşılık yaş ile tutum puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerde bazı alt boyutlarda daha düşük

puanların bulunması da bu grubun geleneksel yüz yüze sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaları ile ilgili olabilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmada öğretmen grubunda teletıp hizmetlerine yönelik tutumlar orta-iyi düzeyde bulunmuş, ancak farkındalık oranı düşük kalmıştır. Bu bulgular, sağlık sisteminde teletıp hizmetlerinin tanıtımının artırılması, kullanıcıların güveninin geliştirilmesi ve daha geniş alanlara yaygınlaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırmada öğretmenlerin TSOY-32 toplam puanı ile USHKYTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin, teletıp hizmetlerine yönelik tutumları tek başına belirlemediğini göstermektedir. Aslında sağlık okuryazarlığı yalnızca bireylerin temel okuma-yazma becerilerine bağlı bir kavram değildir. Norman ve Skinner'ın (2006) tanımına göre bu yetkinlik; bireyin mevcut sağlık sorunu, eğitim düzeyi, e-sağlık deneyimi sırasındaki sağlık durumu, bilgi arama motivasyonu ve kullanılan teknolojiler gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (1).

Araştırmada iki ölçek arasında doğrudan anlamlı bir ilişki saptanamamış olmasının birkaç olası nedeni vardır. İlk olarak, öğretmen grubunun eğitim düzeyi görece yüksek olmakla birlikte, dijital sağlık okuryazarlığı ile genel sağlık okuryazarlığı arasında ayırım yapılmamış olması bu sonucu etkilemiş olabilir. Yani katılımcılar sağlıkla ilgili bilgiyi edinme ve anlama konusunda yeterli olsalar da dijital platformlar üzerinden sağlık hizmeti kullanımına dair özgün becerileri sınırlı kalmış olabilir. İkinci olarak, çalışmamızda teletıp farkındalığının yalnızca %15,7 gibi düşük bir düzeyde olması, sağlık okuryazarlığı yüksek olsa dahi tutum puanlarının sınırlı kalmasına yol açmış olabilir. Üçüncü olarak ise, teletıp hizmetlerinin Türkiye'de henüz yeterince yaygın ve kapsamlı olmaması, bireylerin mevcut sağlık okuryazarlığı düzeyini teletıp kullanımlarına doğrudan yansıtamamalarına neden olmuş olabilir. Dördüncü bir neden ise, kullanılan TSOY-32 ölçeğinin teletıp veya dijital sağlık boyutlarını kapsamaması olabilir. Ölçek sağlıkla ilgili bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerini ölçse de internet üzerinden sağlık bilgisi edinme, mobil sağlık uygulamaları veya çevrimiçi sağlık hizmetlerini kullanma gibi dijital sağlık okuryazarlığına özgü becerileri içermemektedir. Literatürde de sağlık okuryazarlığı ile dijital sağlık okuryazarlığının ayrı fakat ilişkili kavramlar olduğu; klasik ölçeklerin bu

alandaki yeterlilikleri tam olarak yansıtamadığı vurgulanmaktadır (1). Dolayısıyla, çalışmamızda iki ölçek arasında anlamlı ilişki bulunmaması, bizim bulgumuzdan ziyade ölçüm aracının kapsam farklılıklarından da kaynaklanıyor olabilir.

5.1. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Araştırma, Çorum ilinde görev yapan geniş bir öğretmen grubunu kapsamıyla güçlüdür. Görece yüksek katılımcı sayısı, bulguların güvenilirliğini arttırmıştır.

Öğretmenlerin seçilmiş olması, toplumsal eğitimde kritik bir role sahip bir meslek grubunun sağlık okuryazarlığı ve teletıp tutumlarının incelenmesini ve bir farkındalık oluşmasını sağlamıştır. Bu yönüyle çalışma, yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal etkisi olabilecek sonuçlar üretmektedir.

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için TSOY-32, teletıp tutumlarını değerlendirmek için USHKYTÖ kullanılması, verilerin ulusal ve uluslararası literatürle karşılaştırılabilir olmasını sağlamıştır.

Araştırmada yalnızca genel düzeyler değil, gelir, eğitim, cinsiyet, bilgi kaynağı tercihi gibi değişkenlere göre farklılıkların da analiz edilmiş olması, sonuçların yorum gücünü arttırmıştır.

Araştırmanın COVID-19 pandemisi sonrası bir zaman diliminde yapılmış olması, teletıp farkındalığının ve kullanımının güncel düzeyini yansıtmaya açısından değerli bir katkı sunmaktadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma yalnızca Çorum ilinde görev yapan öğretmenlerle yürütülmüştür. Bu nedenle bulgular genellenebilirlik açısından sınırlı olabilir; farklı illerde veya farklı meslek gruplarında yapılacak çalışmalar daha kapsamlı sonuçlar sağlayabilir.

Katılımcıların yalnızca %15,7'sinin teletıp kavramını daha önce duymuş olması, elde edilen tutum puanlarının sınırlı bir farkındalık düzeyinde şekillenmesine neden

olmuş olabilir. Bu da tutum düzeylerinin ve ilişkilerin olduğundan daha zayıf görünmesine yol açmış olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Bu araştırmada öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve uzaktan sağlık hizmetlerine (teletıp) yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğu, özellikle “bilgiyi değerlendirme” ve “bilgiyi kullanma” boyutlarında belirgin zayıflıklar bulunduğu görülmüştür. Buna karşılığ, teletıp hizmetlerine yönelik tutumların genel olarak orta-iyi düzeyde olduğu, ancak farkındalık oranının olduğuça düşük kaldığı saptanmıştır.

Sosyodemografik değişkenler açısından, gelir düzeyi, eğitim ve cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde; eğitim, gelir, medeni durum ve bilgi kaynağı tercihlerinin ise teletıp tutumları üzerinde anlamlı etkiler gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, TSOY-32 toplam puanı ile USHKYTÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, yalnızca bazı alt boyutlar ve demografik değişkenlerle sınırlı ilişkiler saptanmıştır.

Yaşam süresinin uzaması, doğurganlık oranının düşmesi nedeniyle toplumumuzun yaş ortalaması artmıştır. Buna bağlı olarak kronik hastalıklar, yatağa bağımlı hastalar, hastaneye başvurular artmış ve bunun getirdiği ek maliyetler doğmuştur. Ayrıca sanayileşmenin artması iş istihdamını genişletmiştir. Bireyler bu koşullar altında hastanelere çoğunlukla zor şartlar altında başvuru yapabilmektedirler. Tüm bunlar göz önüne alındığında gereksiz hastane başvurularının önüne geçmek, kronik hastalık yönetimini desteklemek, iş gücü kaybını önlemek açısından uzaktan sağlık hizmetlerini sağlık sistemine entegre etmek önemli bir konudur. Öğretmenler gibi eğitimi meslek gruplarında dahi sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve teletıp farkındalığının arttırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Toplumsal farkındalığın güçlendirilmesi, dijital altyapının iyileştirilmesi, sağlık profesyonellerine de yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve politikacıların bu alanı destekleyici düzenlemeler yapmaları hem sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği hem de bireysel ve toplumsal faydanın en yüksek seviyeye çıkması için önemli etkenlerdendir.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada; sağlık okuryazarlığı TSOY-32 ile değerlendirilmiş olup, özellikle teletıp kullanımını daha doğrudan etkileyen “dijital sağlık okuryazarlığı” düzeyini ölçmeye yönelik ölçeklerin kullanılması farkı sonuçlara ulaşma açısından katkıda bulunabilir. Gelecek araştırmalarda dijital sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin kullanılması önerilmektedir.

Teletıp hizmetlerinin tanıtımı ve erişilebilirliği arttırılarak toplumda farkındalık güçlendirilmeli, güven arttırıcı adımlar atılmalıdır.

Sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik eğitim programları geliştirilmeli, özellikle eleştirel sağlık okuryazarlığına odaklanılmalıdır.

Öğretmen grubu toplumsal eğitimde önemli bir örneklem olsa da farklı meslek gruplarında ve farklı sosyoekonomik bölgelerde yapılacak araştırmalar sonuçların genellenebilirliğini arttıracaktır.

Sağlık okuryazarlığı ve teletıp farkındalığını arttırmaya yönelik eğitim programları geliştirilmeli ve bu programların etkinliği deneysel veya yarı deneysel araştırmalarla test edilmelidir.

Kesitsel çalışmalar mevcut durumu göstermektedir; ancak sağlık okuryazarlığı ve teletıp tutumlarının zaman içindeki değişimini ve birbirini nasıl etkilediğini değerlendirmek için uzunlamasına tasarımlar tercih edilmelidir.

Katılımcıların teletıp deneyimlerini, algılarını ve ihtiyaçlarını daha derinlemesine anlamak amacıyla odak grup görüşmeleri ve derinlemesine mülakatlar gibi nitel yöntemlerin kullanılması da alana katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*. 16 Haziran 2006;8(2):e9.
2. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. Aralık 2012;12(1):80.
3. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav*. 01 Temmuz 2007;31(1):19-26.
4. Turakhia MP, Desai SA, Harrington RA. The Outlook of Digital Health for Cardiovascular Medicine: Challenges but Also Extraordinary Opportunities. *JAMA Cardiol*. 01 Ekim 2016;1(7):743.
5. Iyawa GE, Herselman M, Botha A. Digital Health Innovation Ecosystems: From Systematic Literature Review to Conceptual Framework. *Procedia Computer Science*. 2016;100:244-52.
6. Global Strategy on Digital Health 2020-2025. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
7. Oshni Alvandi A, Burstein F, Bain C. A digital health ecosystem ontology from the perspective of Australian consumers: a mixed-method literature analysis. *Informatics for Health and Social Care*. 02 Ocak 2023;48(1):13-29.
8. Consolidated telemedicine implementation guide. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184> Erişim Tarihi:07 Temmuz 2025
9. Lambert K, Fischer-Sanchez D, Watson W, Cooke M. ASHRM/AHA Behavioral Health White Paper Series Behavioral Health Care in the Inpatient Medical Setting.
10. Sungur C. Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistemik Derleme Çalışması. *Hsid*. 16 Eylül 2020;23(3):505-22.
11. Ryu S. History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation. *Healthc Inform Res*. 2010;16(1):65.
12. Strehle EM, Shabde N. One hundred years of telemedicine: does this new technology have a place in paediatrics? *Archives of Disease in Childhood*. 28 Temmuz 2006;91(12):956-9.
13. Streed J. Mayo and the Telephone [Internet]. Mayo Clinic News Network. Erişim adresi: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/mayo-and-the-telephone/>Erişim Tarihi:10 Temmuz 2025

14. Rivera-Ruiz M, Cajavilca C, Varon J. Einthoven's String Galvanometer: The first electrocardiograph. Texas Heart Institute journal / from the Texas Heart Institute of St Luke's Episcopal Hospital, Texas Children's Hospital. 01 Şubat 2008;35:174-8.
15. Wootton R. Telemedicine: a cautious welcome. BMJ. 30 Kasım 1996;313(7069):1375-7.
16. Craig J, Petterson V. Introduction to the Practice of Telemedicine. J Telemed Telecare. Ocak 2005;11(1):3-9.
17. Telemedicine: Opportunities and developments in Member State | WHO | Regional Office for Africa. Erişim adresi: <https://www.afro.who.int/publications/telemedicine-opportunities-and-developments-member-state> Erişim Tarihi: 08 Ağustos 2025
18. Yellowlees PM. Successfully developing a telemedicine system. j telemed telecare. 01 Ekim 2005;11(7):331-5.
19. Doolittle GC, Allen A. Practising oncology via telemedicine. J Telemed Telecare. 01 Haziran 1997;3(2):63-70.
20. Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications for Health Care [İnternet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1996 Erişim adresi:<http://www.nap.edu/catalog/5296> Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2025.
21. Murugan V. Telemedicine: Transforming patient-provider relationships in the digital age. JCHM. 28 Temmuz 2024;11(2):88-97.
22. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. JMIR Public Health Surveill. 02 Nisan 2020;6(2):e18810.
23. Goharinejad S, Hajesmaeel-Gohari S, Jannati N, Goharinejad S, Bahaadinbeigy K. Review of Systematic Reviews in the Field of Telemedicine. Med J Islam Republ Iran [İnternet]. 30 Ekim 2021. Erişim adresi: <https://mjiri.iiums.ac.ir/article-1-7548-en.html> Erişim Tarihi: 22 Temmuz 2025
24. T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yönergeler [İnternet]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/y%C3%B6nergeler/107-sa%C4%9F1%C4%B1k-bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1nca-sunulan-evde-sa%C4%9F1%C4%B1k-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar%C4%B1-hakk%C4%B1nda-y%C3%B6nerge.html> Erişim Tarihi:22 Temmuz 2025
25. Sarıyıldız AY, Güzel A, Kaplan A, Koksall A, Keleş A, Kiremit BY, vd. Sağlık Bilgi Sistemleri. Nobel Akademik Yayıncılık;
26. Önal S, Kaya UHGG. Pandemi Sürecinde Uzaktan Hasta Takibi Uygulamalarında Tele-Tıp ve Birinci Basamaktaki Yeri. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2020;12(3):98-106.
27. Türk Nöroloji Derneği | e-sağlık, Tele-Sağlık, Teletıp Sistemlerinin Nörolojide Kullanımı Hakkında [İnternet]. Erişim adresi: <https://noroloji.org.tr/haber/744/e-saglik-tele-saglik-teletip-sistemlerinin-norolojide-kullanimi-hakkinda-turk> Erişim Tarihi: 2 Ağustos 2025

28. hayatevesişar [İnternet]. Erişim adresi: <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi:13 Ağustos 2025
29. Gajarawala SN, Pelkowski JN. Telehealth Benefits and Barriers. The Journal for Nurse Practitioners. şubat 2021;17(2):218-21.
30. Hjelm NM. Benefits and drawbacks of telemedicine. J Telemed Telecare. 01 Mart 2005;11(2):60-70.
31. Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC, Blumenthal D. The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. Health Affairs. Mart 2011;30(3):464-71.
32. Ma Y, Zhao C, Zhao Y, Lu J, Jiang H, Cao Y, vd. Telemedicine application in patients with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. BMC Med Inform Decis Mak. Aralık 2022;22(1):105.
33. Bokolo Anthony Jnr. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. J Med Syst. Temmuz 2020;44(7):132.
34. Sağlıkta Dönüşüm Programı [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>Erişim Tarihi:18 Temmuz 2025
35. T.C. Sağlık Bakanlığı. Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi. [İnternet] Erişim adresi: <https://teleradyoloji.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi:9 Ağustos 2025
36. Vermişli Peker S, Yavuz Van Giersbergen M, Biçersoy G. Sağlık Bilişimi Ve Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu. 01 Aralık 2018;3(3):228-67.
37. Mehrotra A, Bhatia RS, Snoswell CL. Paying for Telemedicine After the Pandemic. JAMA. 02 şubat 2021;325(5):431-2.
38. Digital health and care - European Commission [Internet]. Erişim adresi: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care_en Erişim Tarihi: 11 Temmuz 2025
39. NHS Long Term Plan [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.longtermplan.nhs.uk/> Erişim Tarihi: 11 Temmuz 2025
40. WMA - The World Medical Association-WMA Statement on the Ethics of Telemedicine [Internet]. [a.yer 15 Eylül 2025]. Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>
41. T.C. Resmi Gazetesi 10 şubat 2022 Perşembe [İnternet]. Erişim adresi: <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm> Erişim Tarihi:11 Temmuz 2025
42. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin etkileri [İnternet]. www.coe.int. Erişim adresi: <https://www.coe.int/tr/web/impact-convention-human-rights/convention-on-human-rights-and-biomedicine>Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2025

43. WMA - The World Medical Association-WMA Statement on the Ethics of Telemedicine [Internet]. Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2025
44. Türk Geriatri Derneği [İnternet]. Erişim adresi: https://geriatri.org.tr/haber_detay?id=118 Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2025
45. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Mart 2016;31(2):121-30.
46. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 01 Eylül 2000;15(3):259-67.
47. DemiR Akça AS, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Güdül S, Özen Barut B, vd. Hastanede Yatan Yaşlılarda Bilişsel İşlevlerin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Anksiyete ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *npa*. 05 Eylül 2014;267-74.
48. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 01 Nisan 2021;42(1):159-73.
49. Singleton K, Krause E. Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy. *Online J Issues Nurs* [İnternet]. 30 Eylül 2009;14(3). Erişim adresi: [https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-14-2009/number-3-september-2009/cultural-and-linguistic-barriers-/](https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-14-2009/number-3-september-2009/cultural-and-linguistic-barriers/) Erişim Tarihi:11 Ağustos 2025
50. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. Aralık 2015;25(6):1053-8.
51. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. 2003;
52. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [İnternet]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107279/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu-yayimlandi.html> Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2025
53. Fan Z ya, Yang Y, Zhang F. Association between health literacy and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health*. Aralık 2021;79(1):119.
54. Güzel A, Turan S, Üner S. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*. 20 Eylül 2022;12(3):390-400.
55. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *J Environ Health Sci*. 2020;6(1):3061.
56. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, vd. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. Aralık 2020;20(1):565.

57. Gonçaves-Fernández ML, Pino-Juste M. Health literacy in healthy adults: A systematic review of recent evidence. *Atención Primaria*. Kasım 2025;57(11):103300.
58. Golics CJ, Basra MKA, Finlay AY, Salek S. The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *J R Soc Med*. Ekim 2013;106(10):399-407.
59. Oldenkamp M, Hagedoorn M, Slaets J, Stolk R, Wittek R, Smidt N. Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatr*. Aralık 2016;16(1):208.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması [İnternet]. [a.yer 12 Eylül 2025]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/530>
61. Storms H, Claes N, Aertgeerts B, Van Den Broucke S. Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health*. Aralık 2017;17(1):475.
62. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*. Nisan 2008;66(8):1809-16.
63. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of Health Literacy on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Pharmacother*. Haziran 2014;48(6):741-51.
64. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl Int*. 27 Ocak 2017;114(4):53-60.
65. Alotaibi HF, Ghazi SS, Asraf NO, Al Asmari ZS. Patients' perceptions of telehealth video visits experience in primary healthcare setting, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Kasım 2023;12(11):2676-84.
66. Karataş NM, Karataş G, Türk İ. Determining The Level Of Knowledge, Awareness, And Perception Of Telemedicine In Physical Medicine And Rehabilitation Physicians. *Akd Tıp D*
67. Zachary P, Lendon J, Caffrey C, Myrick K, Mahar M, DeFrances C. Telemedicine Use During the COVID-19 Pandemic by Office-based Physicians and Long-term Care Providers [İnternet]. National Center for Health Statistics (U.S.); 2024 Erişim adresi: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/159282> Erişim Tarihi: 11 Ağustos 2025

EKLER

EK: 1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU		
1. Cinsiyetiniz		
<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek	
2. Yaşınız ()		
3. Boyunuz () cm		Kilonuz () kg
4. Medeni durumunuz		
<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Dul/Boşanmış
5. Eğitim durumunuz		
<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans	<input type="checkbox"/> Doktora
6. Gelir durumunuza hangisi daha uygundur?		
<input type="checkbox"/> Gelirim giderimden az	<input type="checkbox"/> Gelirim giderime denk	<input type="checkbox"/> Gelirim giderimden çok
7. Görev yapılan okul		
<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Lise	
<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Diğer:	
8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
9. Ailenizde yatağa bağımlı olan ya da hastaneye gidemeyecek olan birey var mı?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
10. İletişim araçlarından (telefon, bilgisayar, vb.) herhangi birini kullanıyor musunuz?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
11. İnternet erişiminiz var mı?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
12. Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız		
<input type="checkbox"/> İnternet	<input type="checkbox"/> Kitap/dergi	
<input type="checkbox"/> Sağlık kuruluşu	<input type="checkbox"/> Diğer:	
13. Daha önce hiç teletıp hizmetlerini duydunuz mu?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
14. Aşağıdaki hizmetlerden hangilerini kullandınız?		
<input type="checkbox"/> Online doktor randevusu	<input type="checkbox"/> Kronik hastalık takibi	
<input type="checkbox"/> İlaç tedavi düzenlenmesi	<input type="checkbox"/> Psikoterapi	
<input type="checkbox"/> Uzaktan danışmanlık	<input type="checkbox"/> Mobil sağlık uygulaması	
<input type="checkbox"/> Online Reçete	<input type="checkbox"/> Uzaktan laboratuvar sonuç değerlendirmesi	
<input type="checkbox"/> Diğer:		

EK: 2 TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak				
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek				
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak				
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek				
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak				
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek				
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek				
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek				
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak				
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak				

**EK: 3 UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANILMASINA YÖNELİK
TUTUM ÖLÇEĞİ**

İFADELER	5: Kesinlikle Katılıyorum	4: Katılıyorum	3: Kararsızım	2: Katılmıyorum	1: Kesinlikle Katılmıyorum
1. Uzaktan sağlık hizmeti ile yapılan muayene, yüz yüze yapılan muayene kadar etkilidir.					
2. Uzaktan sağlık hizmeti ile bazı hastalıkların daha iyi takip edileceğini düşünüyorum.					
3. Uzaktan sağlık hizmetinin, yaşlı ve/veya yatağa bağımlı kişiler için faydalı olacağını düşünüyorum.					
4. Uzaktan sağlık hizmeti kullanmanın, iş yoğunluğu fazla olan insanlar için faydalı olacağını düşünüyorum.					
5. Uzaktan sağlık hizmetini nasıl kullanacağım anlatılırsa, bu hizmeti kullanmak isterim.					
6. Sağlık kuruluşuna gitme külfetini ortadan kaldıracığı için uzaktan sağlık hizmetini kullanırım.					
7. Aile hekimim, uzaktan sağlık hizmetiyle ilgili bilgi verirse bu hizmeti kullanabilirim.					
8. Uzaktan sağlık hizmeti ile verilen tedaviye güvenmem.					
9. Bir kez uzaktan sağlık hizmetini kullandığımda memnun kalırsam, bu hizmeti hep kullanırım.					
10. Uzaktan sağlık hizmetini kullanmayı becerebilirim.					
11. Uzaktan sağlık hizmeti, doktor ve diğer sağlık personeli ile daha kolay anlaşmamı sağlar.					
12. Yakın çevremden biri uzaktan sağlık hizmetini kullanırsa, bu hizmeti kullanma ihtimalim artar.					
13. Tanı ve tedavi sürecini hızlandıracağı için uzaktan sağlık hizmetini kullanırım.					

14. Uzaktan sağlık hizmeti kullanırken, doktora ve diğer sağlık personeline Őikâyetlerimi daha rahat anlatabilirim.					
15. Uzaktan sağlık hizmetini kullanmaktan memnun kalırsam, başkalarına da öneririm.					
16. Uzaktan sağlık hizmetiyle, sağlık hizmetlerine daha kolay erişirim.					
17. Bana zaman kazandıracadı için uzaktan sağlık hizmetini kullanırım.					
18. Uzaktan sağlık hizmetini en yakın zamanda kullanmak isterim.					



**EK: 4 HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU İZİNİ**



**EK: 5 T.C. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI ARAŞTIRMA UYGULAMA İZİNİ
BELGESİ**

