

Hastalarda Beş Faktör Kişilik Modelinin Teknoloji Kabul Modeline Etkisinin Yapısal Eşitlik Modellemesiyle İncelenmesi*

Nisa HACILAR**, Tuba DÜZCÜ***

Öz

Amaç: Bu çalışmada hastaların beş faktör kişilik modelinde yer alan kişilik özelliklerinin dijital sağlık teknolojisi algılarına olan etkisini ölçmek ve sağlık yöneticilerine bu alanda strateji üretmeleri konusunda destek olmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Bursa ilinde ikamet eden, son altı ay içerisinde sağlık hizmeti almış 18-65 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini bu özellikleri taşıyan 340 kişi oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında Beş Faktör Kişilik Ölçeği ve Teknoloji Kabul Modeli kullanılarak oluşturulan soru formu kullanılmıştır. Veriler, soru formunun kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan hastalara online platformda yöneltilmesiyle toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS for Windows 25.00 ve AMOS 24.0 programı ile yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre; Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) alt boyutlarından Dışa dönüklük (D) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli (TKM) değişkenine etkisi ($\beta=,751$; $p<0,05$) pozitif ve anlamlı bulunmuştur. Nevrotiklik (N) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta=-,206$; $p<0,05$) negatif ve anlamlı bulunmuştur. Sorumluluk (S) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta=-,246$; $p<0,05$) negatif ve anlamlı bulunmuştur. Yumuşak Başlılık (YB) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta=-,567$; $p<0,05$) negatif ve anlamlı bulunmuştur. Deneyime Açıklık (DA) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta=,393$; $p<0,05$) pozitif ve anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Araştırma sonucunda dışa dönük ve deneyime açık bireylerin teknoloji kabul modeli ölçeğine pozitif etkisi olduğu; nevrotiklik, sorumluluk ve yumuşak başlılık düzeyleri yüksek olan bireylerin teknoloji kabul modeli ölçeğine negatif etkisi olduğu saptanmıştır. Sağlık kurumları ve Sağlık Bakanlığı tarafından dijital sağlık teknolojileri konusunda hastalara daha fazla bilgi verilmesinin, hastalarının yanı sıra sağlık kurumları yöneticileri ve geniş kapsamda tüm sağlık yöneticileri ve sağlık politikacıları açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık teknolojisi, kişilik değerlendirmesi, sağlık hizmetleri yönetimi.

Özgün Araştırma Makalesi (Original Research Article)

Geliş / Received: 27.11.2023 & **Kabul / Accepted:** 26.06.2024

DOI: <https://doi.org/10.38079/igusabder.1396593>

* Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Tuba DÜZCÜ'nün danışmanlığında Nisa HACILAR tarafından hazırlanan İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde 2023 yılında kabul edilen "Hastaların kişilik özelliklerinin dijital sağlık teknolojileri algılarına etkisi" başlıklı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

** İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye.

E-posta: nisahacilar@gmail.com [ORCID https://orcid.org/0009-0000-2137-6064](https://orcid.org/0009-0000-2137-6064)

*** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye.

E-posta: tduzcu@medipol.edu.tr [ORCID https://orcid.org/0000-0002-4108-535X](https://orcid.org/0000-0002-4108-535X)

ETİK BİLDİRİM: Çalışmanın etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi, Etik Kurulundan alınmıştır (Tarih: 24/11/2022, Sayı:988) ve çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

Investigation of the Effect of the Five-Factor Personality Model on the Technology Acceptance Model in Patients Using Structural Equation Modeling

Abstract

Aim: This study aims to measure the impact of patients' personality traits in the five-factor personality model on their perception of digital health technology and to support healthcare managers in producing strategies in this field.

Method: The population of the research consists of individuals between the ages of 18 and 65 who reside in Bursa and have received health services in the last six months. The sample of the research consists of 340 people with these characteristics. A questionnaire was created using the Five Factor Personality Scale and the Technology Acceptance Model was used to collect the data. Data were collected by directing the questionnaire to the patients reached through snowball sampling on the online platform. The collected data were analyzed and interpreted using structural equation modeling with SPSS for Windows 25.00 and AMOS 24.0 programs.

Results: According to research findings; The effect of the Extraversion (D) sub-dimension, one of the Five Factor Personality Scale (FPS) sub-dimensions, on the Technology Acceptance Model (TAM) variable ($\beta=.751$; $p<0.05$) was found to be positive and significant. The effect of the Neuroticism (N) subscale on the Technology Acceptance Model scale (TAM) variable was found to be negative and significant ($\beta=-.206$; $p<0.05$). The effect of the Responsibility (S) sub-dimension on the Technology Acceptance Model scale (TAM) variable ($\beta=-.246$; $p<0.05$) was found to be negative and significant. The effect of the agreeableness (AD) sub-dimension on the Technology Acceptance Model scale (ACM) variable ($\beta=-.567$; $p<0.05$) was found to be negative and significant. The effect of the Openness to Experience (OE) sub-dimension on the Technology Acceptance Model scale (ACM) variable was found to be positive and significant ($\beta=.393$; $p<0.05$).

Conclusion: As a result of the research, It was determined that individuals who are extroverted and open to experience have a positive effect on the technology acceptance model scale; and individuals with high levels of neuroticism, conscientiousness and agreeableness had a negative effect on the technology acceptance model scale. It is thought that providing more information to patients about digital health technologies by health institutions and the Ministry of Health will be beneficial for their patients, as well as for the managers of health institutions and, in a broad sense, all health managers and health politicians.

Keywords: Health technology, personality assessment, health services administration.

Giriş

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru bilgi çağının oluşumunda ve şekillenmesinde en önemli belirleyicilerin başında şüphesiz ki teknoloji gelmektedir. Küreselleşmenin de etkisiyle bilgi ve bilişim teknolojilerinin hızla gelişim göstermesi; beraberinde birçok sektörü de etkisi altına alarak bu sektörleri dijital dönüşüme yönlendirmiştir. Dijital teknolojilerin insan hayatına olan etkisinin yanında birçok farklı sektörü de etkilediği görülmektedir. Bu sektörlerden bir tanesi de sağlık sektörüdür¹. Sağlık hizmetlerinin sunumunda sınırlı kaynaklar bulunmaktadır ve nüfusun artması ve insan ömrünün uzamasıyla birlikte bu sınırlılık daha da önemli hale gelmiştir. Bu sınırlılık içerisinde verilen hizmetin verimliliğini ve kalitesini arttırmak, doğru ve güvenilir bir hizmet sunabilmek için dijital teknolojilerden faydalanılmaktadır². Sağlık sektöründe hızla yayılan dijitalleşmenin nedenleri arasında; sağlık hizmetlerinde her gün artan ve

farklılaşan beklenti, istek ve ihtiyaçlar, verilen hizmetin verimliliğini ve sürdürülebilirliğini arttırmak ve tüm bunları yapıyorken maliyetleri azaltmak ve kaliteyi arttırmak bulunmaktadır³.

Dijital teknolojiler, taşınabilme, giyilebilme, makineler arası iletişim (nesnelerin interneti), bulut bilişim sistemleri, sanal gerçeklik teknolojileri ve yapay zeka gibi çeşitli alanlarda varlık göstermektedir. Sunulan sağlık hizmetinin sektöre uğramadan hızlı, doğru ve güvenilir olmasındaki sürekliliğin sağlanmasında; teknolojinin etkin bir şekilde kullanılması, benimsenmesi, yeni gelişen teknolojik gelişmelere hazır bulunması büyük önem arz etmektedir. Bununla birlikte kişilerin refahını yükseltmek, yaşam boyu sağlık kayıtlarını depolamak, korumak ve verilerin bilgiye dönüşümünü sağlamak gibi birçok hizmeti etkili sunabilmek ve yönetebilmek için bilişim teknolojileri yoğun bir şekilde kullanılmaktadır⁴. Sağlık hizmetlerinde dijital sağlık teknolojilerinin yoğun bir şekilde kullanılması ile hizmet veren sağlık profesyonelleri ile hizmet alan hastaların teknolojiye hazır bulunuşlukları ve teknoloji kullanımını kabullenmeleri önemli bir konu haline gelmektedir. Teknoloji kabulü, insanların yeni teknolojileri benimseme ve kullanma eğilimlerine atıfta bulunduğu için; hizmet sunan sağlık çalışanlarının teknoloji kabulleri kadar hizmet alan hastaların da teknoloji kabulleri dijital süreçlerin uygulanabilirliği açısından oldukça önem taşımaktadır. Ancak teknoloji kabullerinin hastaların kişilik özelliklerine göre değişebileceği düşünülmektedir. Kişilik özellikleri tüm hayatımızdaki davranışlarımıza, sosyal ilişkilerimize, kararlarımıza ve tutumlarımıza yansımaktadır. Özellikle yeniliklere olan adaptasyonda ya da dirençte kişilik özelliklerinin yeri çok önemlidir⁵. Bu nedenle çalışmada, kişilik özelliklerinin detaylı olarak irdelendiği beş faktör kişilik modeli ile bu özelliklerin hastaların teknoloji alguları üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Dijital Sağlık Teknolojileri

Dijital sağlık teknolojilerinin birden fazla kişi ve kurum tarafından tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlar incelendiğinde dijital sağlık teknolojileri; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre "problemlerini çözmek, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlıklarını geliştirmek için geliştirilen cihaz, ilaç, aşı, prosedür ve sistemlerin organize bir şekilde uygulanması", Office of Technology Assessment (OTA)'ya göre ise "sağlık hizmet sunumunda kullanılan bütün araç, gereç, tıbbi malzemeleri ve sağlık hizmet sunumu için gerekli olan yönetim ve organizasyon ile destek sistemlerini içeren kavram" olarak belirtilmiştir. Dijital sağlık teknolojileri tarihsel açıdan incelendiğinde, yirmi birinci yüzyılda üretimde yaşanan gelişme ile hayatımıza giren ve "Endüstri 4.0" olarak

adlandırılan yeni sanayi devrimi ile dijital sağlık teknolojilerinin meydana geldiği görülmektedir. Dijital sağlık teknolojileri sağlık sisteminde bulunan paydaşlar arasında dijital bağlantıyı geliştirmeyi hedeflemektedir. Bütün bu sistemler ile birlikte sağlık hizmet sunucularının güncel teknik altyapıya sahip olması beklenmektedir. Bahsedilen sistemlerin yalnızca sağlık profesyonelleri için değil, sağlık hizmet sunumu alan hastaların kuruma girişinden itibaren kamera, internet ve destek sistemleri, haberleşme sistemleri, engelli hastalara yardımcı olacak destekleyici sistemler, mobil tıbbi asistanlar ile birlikte ortaya çıkan verilerin depolanması, işlenebilmesi ve analiz edilebilmesi için mevcut programlarla entegre olması gerekmektedir⁶. Dijital sağlık teknolojileri deyince ilk akla gelen kavramlar; “Karar Destek Sistemleri, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS), Tıbbi Görüntü ve Depolama ve Yönetim Sistemi (PACS), E-order, Elektronik sağlık kayıt sistemi, Tele-tıp, Elektronik Sağlık (E-sağlık), Mobil sağlık (M-sağlık), Sanal gerçeklik (SG), Artırılmış gerçeklik (AG), Yapay Zeka, Bulut Bilişim Teknolojileri, Giyilebilir Teknolojiler, Nesnelerin İnterneti, Dijital Hastane, HIMSS, Blok Zinciri Teknolojileri, Büyük Veri ve Veri Madenciliği” dir. Aşağıda bu kavramlardan en fazla öne çıkanların literatür bilgilerine değinilmektedir.

Karar Destek Sistemleri: Karar vericilere yardımcı olmak amacıyla veri, bilgi, belge ve iletişim teknolojilerini ve modellerini kullanarak problemleri tanımlama, çözme ve karar verme sürecini tamamlama, sonuca ulaşma gibi karar vermeyi sağlayan interaktif bilgisayar sistemleri olarak tanımlanmaktadır⁷.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS): Sağlık işletmelerinde tıbbi, mali ve idari tüm süreçlerin bir bütün olarak elektronik ortama entegre haline getirilmesi olarak ifade edilmektedir⁸.

E-order: Eksik, fazla ya da hatalı istem sonucu meydana gelen tıbbi hataların azaltılmasına yönelik olarak geliştirilmiş bir sistemdir⁹.

Elektronik Sağlık Kayıt Sistemi: Hem tıbbi hem de idari süreçlerde doğru ve tam bilgiye, yönlendirmelere, ikazlara ve klinik karar destek sistemlerine erişim sağlama yoluyla kullanıcıları desteklemek üzere geliştirilmiş sistemdir¹⁰.

Tele-tıp: 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tele-tıbbi “hastaların ve sağlık hizmet sağlayıcıların birbirlerinden uzak olduğu durumlarda sunulan sağlık hizmeti” olarak tanımlamaktadır.

Sanal Gerçeklik (SG): Kurgu ve teknoloji aracılığıyla; gözlük, kulaklık ve data eldiven yardımıyla gerçek ve hayalin aynı zeminde buluşmasını sağlayan alternatif bir dünya olarak açıklanmaktadır¹¹.

Artırılmış Gerçeklik (AG): Gerçek hayattaki nesnelerin sanal ortamda oluşturulan ses, görüntü, grafik, GPS gibi yapay öğeler kullanılarak canlı bir görünüm elde etme olarak ifade edilmektedir¹².

Yapay Zeka: Düşünme, yorum yapma, çözüm geliştirme, karar verme gibi insan beyin fonksiyonlarının temel alınarak bilgisayar, robot, makine, program gibi sistemlere aktarılmasıdır¹³.

Giyilebilir Teknolojiler: İnsan vücuduna yapıştırılabilen, eşya ve aksesuarların içine yerleştirilebilen tüm elektronik cihazlar olarak tanımlanmaktadır¹⁴.

Nesnelerin İnterneti: Birden fazla nesnenin birbirlerini görme, duyma, düşünme ve aralarında konuşma imkanları sağlanarak nesneler arası bilgi paylaşımını mümkün kılan, teknolojilerin geleneksel sistemden akıllı sisteme evrilmesi şeklinde açıklanmaktadır¹⁵.

Dijital Hastane: Tüm idari, mali ve tıbbi süreçlerde asgari düzeyde bilişim teknolojilerin kullanıldığı hastaneleri ifade etmektedir.

Büyük Veri: Bireylerden, toplumlara, toplumlardan makinelere kadar her türlü verinin insan davranış ve faaliyetlerine göre hızla anlamlı ve işlenebilir hale dönüştürülmesidir¹⁶.

Veri Madenciliği: Veri madenciliği, büyük boyuttaki verilerden öz bilgiye ulaşma süreci olarak tanımlanmaktadır¹⁷.

Beş Faktör Kişilik Modeli ve Boyutları

Beş faktör kişilik modelinin P.T. Costa ve R.R. McCrae tarafından 1988 yılında ilk faktör analizi tekniği kullanılarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu modelin temelini, farklı kişilik özelliklerine sahip bireylerin farklılıklarının günlük hayatlarına yansıtacağı ve bu farklılıkların her dilde farklı şekilde adlandırılacağı görüşü oluşturmaktadır¹⁸. Kişilerin düşünce, davranış ve algılayış şekilleri beş faktör kişilik modeli ile tanımlanmaktadır. Bu modelde beş farklı kişilik boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar “*dışa dönüklük, nevrotiklik, sorumluluk, yumuşak başlılık ve deneyime açıklık*”dır¹⁹.

Dışa dönüklük: Dışadönüklük boyutunun temelinde; konuşkan, girişken ve sıcakkanlı bireylerin sosyal ilişkiler kurma becerisinin daha yüksek olduğu görülmektedir^{19,20}.

Neurotiklik: Bu boyuta sahip bireyler; endişe seviyeleri yüksek, huzursuz ve depresif bir ruh haline sahip, duygu durumlarında sürekli iniş ve çıkış mevcut ve güven problemleri bulunmaktadır²¹⁻²³.

Sorumluluk: Bu boyut, sorumluluk alma eğilimi, dikkatli, düzenli, özenli olma ve görev bilincini ifade etmektedir²⁴.

Yumuşak Başlılık: Costa ve McCrae bu boyutun kişiler arası ilişkilere bağlı bir boyut olduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra bireyin kendini tanıma ve algılamasını, sosyal yaklaşımlarını ve yaşam felsefelerini geliştirmektedir²⁴⁻²⁶.

Deneyime açıklık: Bu boyuta sahip bireylerin, hayal gücü yüksek, ilgi alanları oldukça geniş, meraklı ve öğrenmeyi seven, sanata karşı ilgili, analitik, özgün ve cesur olduğu belirtilmektedir²⁶.

Teknoloji Kabul Modeli ve Değişkenleri

Geçmişten günümüze kullanıcıların teknolojilere adaptasyonunun nasıl olduğunu anlamak ve ortaya koymak için çeşitli teoriler geliştirildiği görülmektedir. “Sebepli Davranış Teorisi” ve “Planlı Davranış Modeli”nin akabinde “*Teknoloji Kabul Modeli (TKM)*” nin 1989 tarihinde Fred Davis tarafından geliştirildiği bilinmektedir. Davis, TKM ile bireylerin ve bireylerin oluşturduğu toplumun teknolojiyi nasıl algıladıklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Zaman içerisinde değişime uğrayan model, günümüzde; teknolojik gelişme kabulünü ölçmek ve açıklamak için kullanılmaktadır. Bu model aracılığıyla bireylerin yeni teknolojileri benimseme, kabullenme ve kullanma eğilimlerini ortaya koymaktadır²⁷. Bu model dört boyuttan oluşmaktadır. Bunlar “*Algılanan Kullanışlık/Fayda, Algılanan Kullanım Kolaylığı, Algılanan Zevk, Kullanım Niyeti*” dir.

Algılanan Kullanışlık/Fayda: Bireylerin, belirli bir teknolojiyi kullandıklarında bunlardan sağlayacakları faydalara olan inancı olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin teknoloji kullanımı sonrasında günlük hayatında performanslarının arttığıyla ilgili sahip olduğu olumlu/olumsuz düşünceleri ortaya koymaktadır²⁷.

Algılanan Kullanım Kolaylığı: Bireylerin bir teknolojiye kolay bir şekilde erişebilmesi, çok fazla vakit ve çaba sarf etmeden kullanımını öğrenmesi olarak tanımlanmaktadır.

Algılanan Zevk: Teknoloji, insanların hayatlarının kolaylaştıran, bağımlılık geliştiren özellikleriyle hazzı yönlerine hitap etmektedir. Algılanan zevk, Davis²⁷ tarafından dışsal ve içsel motive edici bir unsur olarak tanımlanmaktadır. Moon ve Kim²⁸ tarafından ise

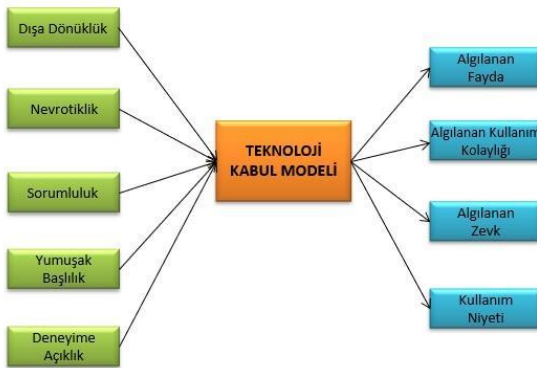
algılanan zevki bireyin teknoloji kabulünde içsel inancını yansıtan bir faktör olarak tanımlanmaktadır. *Kullanım Niyeti*: Teknoloji kabul modeli, bireylerin teknolojiyi kullanma eğilimlerini bağımlı bir değişken olan bireyin niyeti olduğunu öne sürmektedir²⁹.

Gereç ve Yöntem

Sağlık hizmet sunucularının teknoloji kabullerinin önemli olduğu kadar hizmeti alan hastaların da bu teknolojileri kabullenmeleri, bu teknolojilerin uygulanabilirliği açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı; hastaların dijital sağlık teknolojilerini benimsemesine dair algılarının ölçülerek, mikro perspektifte sağlık kurumu yöneticilerine hastanelerinin dijitalleşmesi konusunda yol göstermek ve strateji üretmeleri için yardımcı olmak, makro perspektifte ise sağlık politikacıları ve planlayıcılarına stratejiler üretmeleri konusunda bilgi üretmektir. Bu amaçla çalışmada uluslararası indekste yer alan ölçekler kullanılarak, hastaların kişilik özelliklerinin dijital sağlık teknoloji algılarına olan etkisinin ölçülmesi hedeflenmektedir. Benzer ölçekler kullanılarak farklı sektörlerde kullanıcıların teknoloji kabul algılarının ölçüldüğü çalışmalara rastlanılmış olsa da sağlık sektöründe hastalara bu bağlamda uygulanan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Alan yazında yalnızca sağlık kurumları yöneticileri ve sağlık profesyonellerinin dijital sağlık teknolojileri algılarını ve hazır bulunuşluklarının irdelendiği çalışmalar bulunmakta fakat bu çalışmalar hasta bazında incelenmemektedir. Literatürde sağlık sektöründe bu araştırmanın değişkenlerini ve modelini kullanan benzer bir araştırmaya rastlanılmamış olması çalışmanın özgün nitelikte olduğunu ve alana katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Araştırma Modeli

Şekil 1. Araştırma Modeli



Örneklem büyüklüğü, Kalton 1987³⁰ ve Zülfikar³¹ e göre hesaplanmıştır. Tüm evrene ulaşmak zaman ve maddi açıdan yeterli olmadığı için ilin, temsil niteliğine sahip olan yaş aralıkları ve oranları ile coğrafi açıdan nüfusun yoğunlukta olduğu ilçelere göre oranlama yapılarak örneklem belirlenmiştir. Bu oranlar belirlenirken Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden ve Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet bölgelerinden yararlanılmıştır. TÜİK verilerine göre Bursa ilinin toplam nüfusu 3.194.720'dir. Bu sayının 1.595.869'u erkek nüfus, 1.598.851'ini ise kadın nüfus oluşturmaktadır. Bursa ilinde 18-25 yaş aralığı toplam 345.658 kişi, 26-35 yaş aralığı 432.937 kişi, 36-45 yaş aralığı 519.288 kişi, 46-55 yaş aralığı 422,648 kişi, 56-65 yaş aralığı ise 329.557 kişidir (200). Bursa ilindeki kişilerin eğitim durum incelendiğinde; ilkokul mezunu 730.087 kişi, ortaokul mezunu 138.411 kişi, lise mezunu 389.063 kişi, üniversite mezunu 132.117 kişi, master/doktora mezunu ise 7.354 kişidir. Örnekleme, Bursa ilinde ikamet eden ve son altı ay içerisinde sağlık hizmeti almış 18-65 yaş aralığında olan toplam 340 hasta oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından Bursa'da Sağlık Hizmet Bölgeleri toplam 4 bölgeye ayrılmıştır. Veriler toplanırken bu bölgelerden en fazla popülasyona sahip olan bölgelerden katılımcıların olmasına özen gösterilmiştir. Literatürde indeksli yayınlarda ve tezlerde kullanılmış, güvenilirlik geçerliliği kanıtlanmış, kamuya açık Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği ve Beş Faktör Kişilik Modeli ölçekleri kullanılarak ve sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorular eklenerek 5'li Likert (1:Kesinlikle Katılmıyorum- 5: Kesinlikle Katılıyorum) ölçeğine göre soru formu oluşturulmuştur. Toplamda dört bölümden oluşan soru formunun ilk bölümünde 6 adet sosyo-demografik bilgiler ile ilgili soru, ikinci bölümünde 4 adet dijital sağlık uygulamaları kullanımı ile ilgili soru yer almaktadır.

- *Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği* için güvenilirliği geçerliliğinin test edildiği³² kaynağından yararlanılmıştır. Soru formunun üçüncü bölümünde 14 adet teknoloji kabul modeli ile ilgili soru yer almaktadır.
- *Beş Faktör Kişilik Modeli Ölçeği* için³³ kaynağından yararlanılmıştır. Soru formunun son bölümünde ise beş faktör kişilik modeline dair 20 adet soru bulunmaktadır.

Çalışmanın etik kurul onayı 28.11.2022 tarihinde E-10840098-77202-7146 sayısı ile İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Veriler, Ocak-Nisan 2023 tarihleri arasında belirtilen kriterler uyan hastalara, kartopu örnekleme yoluyla online platformda anket uygulanarak toplanmıştır. Hem veri toplama hem de örnekleme yöntemi olan kartopu örnekleme; çalışmanın konusu ile ilgili referans bir kişi seçilerek bu kişi aracılığıyla diğer kişilere ulaşmaktır³⁴. Örnekleme

ulaşmak için belirtilen kriterlere uygun 220 hastanın yanı sıra; Bursa’da ikinci basamak sağlık hizmeti sunan özel bir hastanede son altı ay içerisinde sağlık hizmeti almış 18-65 yaş aralığında olan 120 hasta çalışmaya dahil edilmiş ve toplamda 340 hastadan veri toplanmıştır. Anket analizleri SPSS for Windows 25.00 ve AMOS 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anket formunda yer alan Beş Faktör Kişilik Modeli (BKO) ile Teknoloji Kabul Modeli (TKM) ölçeklerinin doğrulayıcı faktör analizleri yapılarak örnekleme geçerliliği ve güvenilirliği Cronbach’s Alpha ve birleşik güvenilirlik ile Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) değerleri hesaplanarak ölçümlenmiştir. Değişkenler arasında Discriminat geçerliliği analizi yapılarak yapısal eşitlik modellemesi için değişkenler arası ayrışımın yeterli olup olmadığı incelenmiştir. Gözlenen değişkenlerle yol analizi modelinde model test değerleri ($p < 0.05$) ölçülmüştür. Modelin uyum indeks değerleri; uyum iyiliği indeksi (Goodness Of Fit Katsayı-GFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index-CFI), standart kök ortalama kare kalan (Standardized-Root Mean Square Residual- SRMR) ve kök ortalama kare yaklaşım hatası (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA) ile kabul edilebilirlik açısından ölçülmüştür. Analizde yer alan tüm maddelerin standart faktör yükleri (0,50) değerinden yüksek ve anlamlı ($p < 0,05$) bulunmuştur. Tüm bu sonuçlara göre Beş Faktör Kişilik ölçeği (BKO) ve Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM)’nin araştırma örnekleminde geçerli olduğu anlaşılmaktadır.

Bulgular

Araştırmada 362 katılımcının anket sonuçlarına ulaşılmış olup, 22 katılımcının anketi geçersiz olduğu için toplamda 340 katılımcının anket verileri baz alınmıştır.

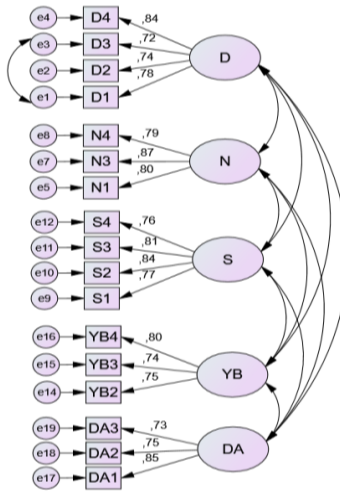
Tablo 1. Örnekleme ait demografik özelliklerin yüzdesel dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	186	54,7%
	Erkek	154	45,3%
Yaş grupları	18-25	67	19,7%
	26-35	120	35,3%
	36-45	80	23,5%
	46-55	53	15,6%
	56-65	20	5,9%

Medeni durum	Bekar	122	35,9%
	Evli	210	61,8%
	Diğer	8	2,4%
Eğitim durumu	İlkokul	76	22,3%
	Ortaokul	80	23,5%
	Lise	104	30,6%
	Üniversite	60	17,6%
	Master/doktora	20	5,8%
Gelir durumu	5500TL- 85000TL	97	28,5%
	8501TL-11000 TL	74	21,8%
	11001TL-14000 TL	69	20,3%
	14001 TL ve üstü	100	29,4%

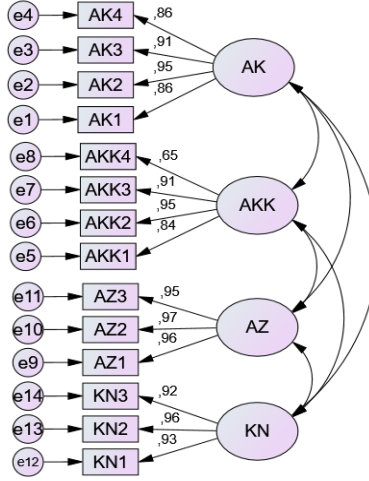
20 maddeli ve 5 boyutlu olarak literatürde yer alan Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde Nevrotiklik (N) boyutunun 2.maddesi, Yumuşak Başlılık (YB) boyutunun 1.maddesi ve Deneyime Açıklık (DA) boyutunun 4.maddesi faktör yükü ($FY < 0,50$) bulunduğu için analizden elenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi literatürde yer aldığı gibi 5 boyutlu olarak 17 madde ile sonuçlandırılmıştır. Analizde faktör yükü standart değerleri ($,72; ,85$) aralığında yer almakta olduğu görülmektedir.

Şekil 2. Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi boyut yapısı



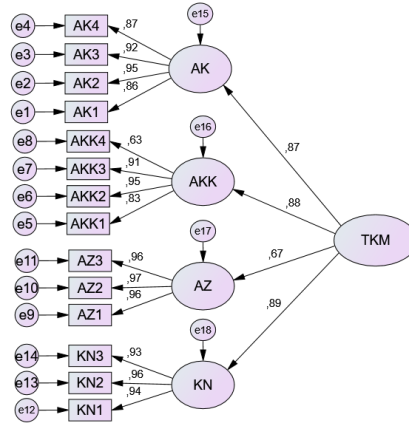
14 maddeli ve 4 boyutlu olarak literatürde yer alan Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM)'ne uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde tüm maddelerin faktör yükleri (FY>0,50) olduğundan analizden elenen madde olmamıştır. Analizde yer alan 14 maddeden hesaplanan faktör yükü standart değerlerinin (0,65;0,97) aralığında yer almakta olduğu görülmektedir.

Şekil 3. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM) Doğrulayıcı faktör analizi boyut yapısı



Doğrulayıcı faktör analizinde model fit değerleri, ($P < 0.05$) olmak üzere, χ^2 (146,773), χ^2/df (2,067) bulunduğu Doğrulayıcı Faktör Analizinin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum indeks değerleri GFI (,923) ve CFI (,948), SRMR (,0642), RMSEA (,0561) kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığından araştırma örneklemini için ölçeğin yapısal geçerliliğinin sağlanmış olduğu görülmektedir. Araştırma modelinde genel boyut üzerinden hipotezler sınanacağı dikkate alınarak Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM) Doğrulayıcı Faktör analizinde 4 boyutlu yapısının tek bir boyuta indirildiği 2.düzyer doğrulayıcı faktör analizine taşınmıştır. 2. Düzyer doğrulayıcı faktör analizinde faktör yükü standart değerleri (0,63;0,97) aralığında yer almakta olduğu görülmektedir.

Şekil 4. Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM) 2.düzye doğrulayıcı faktör analizi tek boyut yapısı

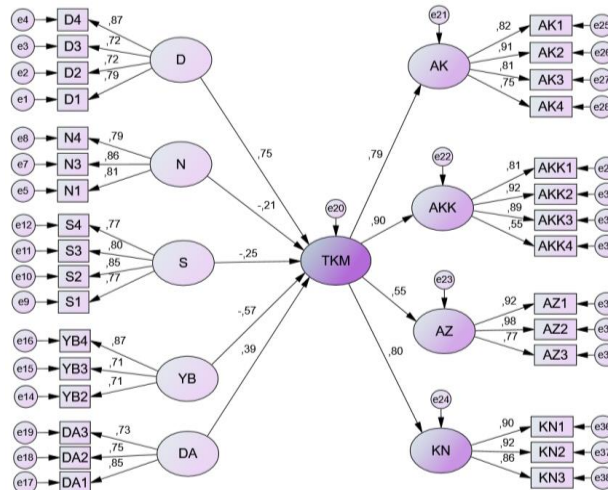


Analizde kalan maddelerin standart faktör yükleri (0,50) değerinden yüksek ve anlamlı ($p < 0,05$) bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM) ölçeği tek boyutlu yapı (2. Düzey doğrulayıcı faktör analizi) örneklem için geçerli olduğu söylenebilmektedir.

Araştırma Modelinin Gözlenen Değerlerle Uygulanan Yapısal Eşitlik Modellemesi Yol Analizi

Araştırma modelinde Teknoloji Kabul Modeli (TKM) değişkeninin, Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) alt boyutları olan, Dışadönüklük (D), Nevrotiklik (N), Sorumluluk (S), Yumuşak başlılık (YB) ve Deneyime açıklık (DA) alt boyutları tarafından açıklanması modeli incelenmiştir.

Şekil 5. Gözlenen değişkenlerle yapısal regresyon modeli yol analizi



Gözlenen değişkenlerle yol analizi modelinde model test değerleri ($p < 0.05$) olmak üzere χ^2 (989,681), χ^2/df (2,385) bulunduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum indeks değerleri GFI (,910) CFI (,943), SRMR (,0708), RMSEA (,0643) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Model regresyon parametreleri Tablo 2.'de yer almaktadır.

Tablo 2. Modelde yer alan regresyon katsayılarının anlamlılık testi

Bağımsız		Bağımlı	Katsayı	Std.katsayı	Z	P	Hipotez
D	→	TKM	,469	,751	3,868	,00001***	Kabul
N	→	TKM	-,127	-,206	-3,168	,002**	Kabul
S	→	TKM	-,172	-,246	-3,133	,002**	Kabul
YB	→	TKM	-,493	-,567	-2,946	,003**	Kabul
DA	→	TKM	,291	,393	4,831	,00013**	Kabul

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ TKM: Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği D: dışa dönüklük, N: Nevrotiklik, S: Sorumluluk, YB: Yumuşak başlılık, DA: Deneyime açıklık

Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) alt boyutlarının Teknoloji Kabul Modeli (TKM) ölçeğine etkisinin incelendiği modelde, tüm etkilerin ($p < 0,05$) anlamlı olduğu anlaşılmaktadır.

Buna göre;

Dışa dönüklük (D) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli (TKM) değişkenine etkisi ($\beta = ,751; p < 0,05$) pozitif ve anlamlı bulunmuştur. Buna göre Dışa dönüklük (D) değişkeninin değerinin yükselmesi Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkeninin de değerinin yükselmesini sağlamaktadır.

Nevrotiklik (N) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta = -,206; p < 0,05$) negatif ve anlamlı bulunmuştur. Buna göre Nevrotiklik (N) değişkeninin değerinin yükselmesi Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkeninin değerinin azalmasını sağlamaktadır.

Sorumluluk (S) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta = -,246; p < 0,05$) negatif ve anlamlı bulunmuştur. Buna göre Sorumluluk (S) değişkeninin değerinin yükselmesi Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkeninin değerinin düşmesini sağlamaktadır.

Yumuşak başlılık (YB) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta = -,567; p < 0,05$) negatif ve anlamlı bulunmuştur. Buna göre Yumuşak başlılık

(YB) değişkeninin değerinin yükselmesi Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkeninin değerinin azalmasına yol açmaktadır.

Deneyime Açıklık (DA) alt boyutunun Teknoloji Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkenine etkisi ($\beta=,393;p<0,05$) pozitif ve anlamlı bulunmuştur. Buna göre *Deneyime açıklık (DA)* değişkeninin değerinin yükselmesi Kabul Modeli ölçeği (TKM) değişkeninin değerinin yükselmesini sağlamaktadır.

Bu model ile Teknoloji Kabul Modeli (TKM) değişkeninin, Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) alt boyutları olan “Dışadönüklük (D), Nevrotiklik (N), Sorumluluk (S), Yumuşak başlılık (YB) ve Deneyime açıklık (DA)” alt boyutları tarafından %35,5 oranında açıklanabildiği ($R^2=0,355$) anlaşılmıştır.

Sosyodemografik Alt Gruplarının Araştırma Değişkenleri ile Karşılaştırılması

Araştırma değişkenlerinin *cinsiyete göre* karşılaştırılmasında Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BKO) alt boyutlarından Dışadönüklük (D) ve Sorumluluk (S) boyutlarında ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur. Dışadönüklük (D) boyutunda kadınların ortalaması (3,43), erkeklerin ortalamasından (3,18) yüksek bulunmuştur. Sorumluluk (S) boyutunda kadınların ortalaması (3,82), erkeklerin ortalamasından (3,46) yüksek bulunmuştur.

Araştırma değişkenlerinin *yaş gruplarına göre* karşılaştırılmasında kişilik özelliklerinin tamamında ($p>0,05$) bulunduğu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Teknoloji kabul modeli ölçeği toplam puanında ise ($p<0,05$) bulunduğu için anlamlı farklılık söz konusudur.

Araştırma değişkenlerinin *eğitim durumuna göre* karşılaştırılmasında dışa dönüklük (D) ve Yumuşak başlılık (YB) ve Teknoloji Kabul Modeli Ölçeği (TKM) değişkenlerinde ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur.

Araştırma değişkenlerinin *gelir durumuna göre* karşılaştırılmasında tüm değişkenlerde gelir grupları arasında uygulanan karşılaştırmada ($p>0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Araştırma değişkenlerinin *medeni durumuna göre* karşılaştırılmasında tüm değişkenlerde medeni durum grupları arasında uygulanan karşılaştırmada ($p>0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Tartışma

Dijital sağlık teknolojileri kavramı, alan yazında gerek mikro gerek makro perspektifte irdelenmiş bir kavramdır. Alan yazında bu çalışmaların genellikle dijital hastane kapsamında incelendiği ve dijital sağlık teknolojilerinin bileşenlerinden olan yapay zeka, karar destek sistemleri, e-sağlık uygulamaları, büyük veri konularının ayrı ayrı irdelendiği görölmektedir. Bunun yanı sıra, dijital sağlık teknolojilerinin bilinirliği açısından sağlık sektöründe önemli bir pay almış olan dijital sağlık teknolojileri uygulamalarına yönelik sağlık profesyonellerinin ve yöneticilerinin bakış açılarının incelendiği görölmektedir. Ancak hastaların dijital sağlık teknolojileri algısına yönelik olarak teknoloji kabul modeli ölçeği ile yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmadaki 340 katılımcıdan elde edilen verilerin analizleri incelendiğinde; katılımcıların %47,1'inin hastane randevularını telefon üzerinden, %52,9'unun ise dijital platformlar üzerinden aldıkları görölmektedir. Yani hastane randevusu alma konusunda katılımcıların yarısından çoğunun dijital platformlara başvurduğu görölmektedir. Katılımcılara ölkemizde özellikle COVID-19 pandemisi ile birlikte gündeme gelen Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması dışında sağlıkla ilgili herhangi bir uygulama/aplikasyon kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda; kullananların oranının %44,7 olduğu görölmektedir. Mobil uygulama/aplikasyonlar dışında herhangi bir dijital sağlık uygulaması kullandığını ifade eden katılımcıların oranı ise %23,8'dir. Bu oran mobil sağlık uygulamaları/aplikasyonu kullanım oranıyla birlikte değerlendirildiğinde; katılımcıların sağlıkla ilgili daha çok mobil uygulamaları tercih ettiği, diğer sağlık teknolojilerini çok daha az kullandığını göstermektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların dışa dönüklük düzeyinin sağlık teknolojileri kabulüne pozitif etkisi olduğu, bireylerin dışa dönüklük boyutunun artmasıyla teknoloji kabulünün de arttıracağı tespit edilmiştir. Literatürde dışa dönük bireylerin en temel özellikleri; girişken, aşırı derecede sosyal, aktif, enerjik, risk seven, hevesli, liderlik vasıfları yüksek, girişken, yenilikçi fikirlere sahip şeklinde betimlenmektedir³⁵⁻³⁷. Bu bağlamda dışa dönüklük düzeyleri yüksek bireylerin yeni teknolojilere karşı ilgi duyması, kabullenmesi ve algıları üzerinde pozitif bir etki olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcıların nevroitiklik düzeyinin sağlık teknolojileri kabulüne negatif etkisi olduğu, bireylerin nevroitiklik boyutunun artmasıyla teknoloji kabulünün azalacağı görölmüştür. Nevrotik düzeyleri yüksek olan bireylerde kaygı, güvensizlik, karamsarlık, anksiyete, belirsizlik, olumsuz duygular, duygu durumlarında hızlı değişiklikler, savunmasızlık, düşmanlık, kararsızlık, tedirgin ruh haline sahip olma gibi

baskın özellikler bulunmaktadır^{26,38-40}. Bu özellikler göz önüne alındığında nevroitiklik düzeyleri yüksek olan bireylerin çok kapsamlı ve günden güne gelişmekte olan dijital sağlık teknolojilerine önyargılı yaklaşılabilecekleri çıkarımı yapılabilmektedir. Katılımcıların sorumluluk düzeyinin sağlık teknolojileri kabulüne negatif etkisi olduğu, bireylerin sorumluluk boyutunun artmasıyla teknoloji kabulünün azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Sorumluluk düzeyi yüksek bireylerde temkinli davranma, harekete geçmeden önce iyice düşünme ve dikkatli davranma gibi özellikler ön plana çıkmaktadır. Bunun yanı sıra bu bireyler çalışkan, kurallara bağlı, sebatkar ve temkinli olan olarak tanımlanmaktadır^{26,41}. Sorumluluk düzeyleri yüksek olan bireylerin taşıdıkları özellikler nedeniyle yeni bir dünyanın kapılarını aralayan dijital sağlık teknolojilerine de temkinli yaklaşıyor olmaları olasıdır. Katılımcıların yumuşak başlılık düzeyinin sağlık teknolojileri kabulüne negatif etkisi olduğu, bireylerin yumuşak başlılık düzeyinin artmasıyla teknoloji kabulünün azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Yumuşak başlılık boyutu, bireylerin daha çok insancıl tarafına hitap etmektedir. Yumuşak başlı insanlar için kendinden önce çevresindeki insanlar önem arz etmektedir ve yumuşak başlı bireyler başkalarına karşı yardım etme konusunda çok isteklidir⁴². Bununla birlikte yumuşak başlı bireyler alçak gönüllü, sempatik, duyarlı, affedici, güvenilir, insanlara güvenen ve işbirliğini seven, dürüst ve yeni şeylere açıktır^{26,41}. Tüm bu tanımlara bakıldığında yumuşak başlı bireylerin uyumlu olma yetenekleri, yeni şeylere açık ve hevesli özellikleriyle dijital sağlık teknolojilerine olan algılarının olumlu yönde etkilenmesi beklenmektedir. Fakat çalışma sonuçlarına göre yumuşak başlılık düzeyi artan bireylerin, dijital sağlık teknolojileri kabul düzeylerinin azalması dikkat çekici bir sonuçtur. Katılımcıların deneyime açıklık düzeyinin sağlık teknolojileri kabulüne pozitif etkisi olduğu, bireylerin deneyime açıklık boyutunun artmasıyla sağlık teknolojileri kabulünün de artacağı ortaya çıkmıştır. Deneyime açık olan bireyler farklılığa, çeşitliliğe, yaratıcılığa, sanat ve güzele karşı duyarlı olmaktadır⁴³. Özgünlüğe düşkün olan deneyime açık bireylerin; bireysel ve entelektüel merak, yenilenmeye ve öğrenmeye açıklık, yeni düşünce, fikir ve deneyimlere karşı açık ve hazır oluşları ön plana çıkmaktadır⁴⁴. Deneyime açıklık düzeyi yüksek olan bireylerin tüm bu özellikleri göz önüne alındığında dijital sağlık teknolojilerine yönelik algı ve kabulünde meydana gelen olumlu etkinin olağan olduğu düşünülmektedir.

Sağlık yöneticilerinin hastanelerinin dijitalleşmesi açısından; hizmet veren sağlık profesyonellerinin dijital sağlık teknolojileri konusunda yetkin olması önemlidir. Bununla birlikte hastane yöneticilerinin dijital sağlık teknolojileriyle ilgili gündemi

yakından takip etmesi ve güncel yaklaşımlar ve uygulamalar doğrultusunda hedef kitlenin bu yöndeki düzeyiyle uyumlu olarak çalışmalarına yön vermesi gerekmektedir. Özellikle bu araştırmada ortaya çıkan hastane randevularının ağırlıklı olarak dijital platformlardan alınması ve sağlıkla ilgili mobil uygulama kullanım oranının yüksekliği bilgileriyle birlikte, araştırmanın yapıldığı ildeki hastanelerin mobil uygulamaları yoksa bu çalışmalara başlanmasının önemli olduğunu söylemek mümkündür. Araştırma sonucuna göre “dışa dönük ve deneyime açık” bireylerin teknoloji kabul düzeyleri diğer kişilik boyutlarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bireylerin başında bulunduğu standlar oluşturularak hastane girişinde tanıtım, yardım ve yönlendirme esasıyla bu konuda bilgi sahibi olmak isteyen ayaktan ve yatan hastalara bu yönde hizmet sunmaları faydalı olabilmektedir. Bunun yanı sıra hastane içinde panolara ve televizyonlara yansıtılacak dijital sağlık teknolojileri uygulamaları ile hastalarda farkındalık oluşturulabilmekte ve hastanenin bu yöndeki çalışmaları ve uygulamaları aktarılabilir. Aynı bakış açısıyla hastaların kişilik özellikleri tespit edilerek, özellikle dijital sağlık uygulamaları algıları yüksek olan dışa dönük ve deneyime açık hasta ve potansiyel hastalara yönelik olarak hastanenin bu yöndeki uygulamalarıyla ilgili bilgilendirmelerin bu uygulamalara dair bilinirliğin artırılması çalışmalarının yapılması kuruma katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın etik kurul onayı 28.11.2022 tarihinde E-10840098-77202-7146 sayısı ile İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Sonuç

Bu çalışmanın makro amacı olan sağlık politikacı ve planlayıcılarına yönelik olarak ise; hastaların kendi sağlık verilerini kendileri yönetebildikleri dijital sağlık teknoloji ürünü üreticilerine teşvik verilerek, bu ürünlerin daha fazla hastaya ulaşmasını sağlanmasında faydalı olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde mobil sağlık uygulamaları bazında hastaların kullandığı E-nabız ve MHRS gibi mobil uygulamaların yanı sıra; kullanımı kolay ve içerik bakımından zengin farklı uygulamalar geliştirilebilmektedir. Ülkemiz dijital hastaneler konusunda oldukça gelişmiş olmakla beraber bu dijital sağlık teknolojilerinin, hastalarla daha fazla buluşturulabileceği düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığının ilgili birimlerince sağlık teknolojileriyle ilgili çalışmalar yürütülmekle birlikte, bu çalışmaların halka duyurulma faaliyetleri de aktif bir şekilde devam etmektedir. Bu faaliyetlerin yanı sıra; hastaların telefonlarına gidecek tanıtım videoları sayesinde bu teknolojik uygulamalara aşinalık kazanılmasının sağlanabileceği

düşünülmektedir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı bünyesinde dijital sağlık teknolojilerine yönelik hasta bilgilendirme teşkilatı kurulup “Dijital Sağlık Teknolojileri Uygulamalarında Artık Hastalar Da Var” veya “Dijital Sağlık Teknolojileri Dünyasını Keşfetmek İster Misiniz?” gibi başlıklar altında etkinlikler, bilgilendirmeler düzenlenerek, ülkemizin her şehrinde bulunan ALO 153-Beyaz Masa gibi dijital sağlık teknolojileri ile ilgili de şehir meydanlarında bilgilendirme masaları oluşturulabileceği düşünülmektedir. Sağlık politikacıları tarafından hastalara sağlık okuryazarlığı eğitiminin yanı sıra; e-sağlık okuryazarlık eğitimlerinin de verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Böylelikle dijital sağlık teknoloji uygulama süreçlerine hastalar dahil edilerek, sağlık hizmeti sunan ve hizmet alanlar arasında oluşabilecek bilgi asimetrisinin önüne geçilebileceğine inanılmaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler ışığında; hastaların dijital sağlık teknolojilerini kullanmaya açık oldukları fakat yeteri kadar bilgiye sahip olmadıkları yorumu yapılabilmektedir. Dijital sağlık teknolojileri hizmeti alan hastalara daha detaylı bilgi verilmesi, bu teknolojilerin kullanımı arttırıcı şekilde tanıtımların yapılması, uygulama öncesinde ve esnasında mümkün olduğunca hastalara detaylı bilgilendirmeler yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan sonuçların, özgün nitelikte olduğu ve alana katkı sağlayacağı düşünülmekle birlikte; bu araştırmanın farklı illerde ve mümkünse tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yapılacak ileriki çalışmalara ışık tutması hedeflenmektedir.

Araştırma örnekleminin hastaların Bursa ilinde ikamet eden ve son altı ay içerisinde sağlık hizmeti alan 18-65 yaş arasındaki kişilerden oluşması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

KAYNAKLAR

1. Dorn SD. Digital health: Hope, hype and amara's law. *Gastroenterology*. 2015;149(3):516-520. doi: 10.1053/j.gastro.2015.07.024.
2. Haggerty E. Healthcare and digital transformation. *Network Security*. 2017;8:7-11. doi: 10.1016/S1353-4858(17)30081-8.
3. Şengül Y, Ulusinan E. Türkiye’de sağlık bilişimi altyapısının kamusal alandaki gelişimi ve E-sağlık hizmetleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları*. 2019;1(2):14-20.
4. Kuo KM, Liu CF, Ma CC. An investigation of the effect of nurses' technology

- readiness on the acceptance of mobile electronic medical record system. *BMC Medical Informatics And Decision Making*. 2013;13(1):1-14. doi: 10.1186/1472-6947-13-88.
5. Yener D, Taşçıoğlu M. Algılanan risk ve yenilikçiliğin tüketici direnci üzerindeki etkisi: Ebeveynlerin organik gıdalara karşı tutumu. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme*. 2020;16(2):429-439. doi: 10.17130/ijmeb.756949.
 6. Çapacı M, Özkaya S. COVID-19 pandemi döneminde tele-tıp uygulamaları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri*. 2020;25(1):260-262. doi: 10.21673/anadoluklin.738672.
 7. Özata M, Aslan Ş. Klinik karar destek sistemleri ve örnek uygulamalar. *Kocatepe Tıp*. 2004;11-7.
 8. Kalaycıoğlu MB, Ateş Duru Ö. Tıbbi cihazların HBYS (hasta bilgi yönetim sistemi) entegrasyonunun sağlık ekonomisine katkıları. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*. 2020;8(64):1799-1808. doi: 10.29228/smryj.64588.
 9. Limon S. Hastanelerdeki tıbbi dokümanların geleneksel ortamdan elektronik ortama dönüşümü. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar*. 2019;1(1):30-39.
 10. Dick RS, Steen EB, Detmer DE, ed. *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology For Health Care*. Washington: National Academy Press; 1997.
 11. Şekerci C. Sanal gerçeklik kavramının tarihçesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar*. 2017;10(54):1126-1133. doi: 10.177719/jisr.20175434681.
 12. İçten T. Artırılmış gerçeklik üzerine son gelişmelerin ve uygulamaların incelenmesi. *Fen Bilimleri*. 2017;5(2):111-136.
 13. Öztürk K, Şahin ME. Yapay sinir ağları ve yapay zekaya genel bir bakış. *Takvim-i Vekayi*. 2018;6(2):25-36.
 14. Çakır FS, AYTEKİN A, TÜMİNÇİN F. Nesnelerin interneti ve giyilebilir teknolojiler. *Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri*. 2018;4(5):84-95.
 15. Gündüz MZ, Daş R. Nesnelerin interneti: Gelişimi, bileşenleri ve uygulama alanları. *Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri*. 2018;24(2):327-335.

16. Dülger Ü. Stratejik Büyük Veri Yönetiminin Yatırımlar Üzerindeki Etkileri. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul, Türkiye: Mühendislik Bilimleri, Fen Bilimleri Enstitüsü; 2015.
17. Terzi Ö, Küçüksille EU, Ergin G, İlker A. Veri madenciliği süreci kullanarak güneş ışınımı tahmini. *SDU International Technologic Science*. 2011;3(2):30-32.
18. McCrae RR, Costa PTJ. Reinterpreting the Myers-Briggs type indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality*. 1989;57:17-40. doi: 10.1111/j.1467-6494.1989.tb00759.x.
19. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. Beş faktör kişilik envanterinin geliştirilmesi-1: Ölçek ve alt ölçeklerin oluşturulması. *Türk Psikolojisi*. 2002;17(49):21-33.
20. Rok KL, John OP. The four faces of Eve: A typological analysis of women's personality at midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;63(3):494-508. doi: 10.1037//0022-3514.63.3494.
21. Benet-Martinez V, John Op. Los Cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analysis of the big five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998;75(3):729-750. doi: 10.1037//0022-3514-75.3.729.
22. Taştemur B. Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Algılanan İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Psikolojik Sermayenin Aracı Rolü: Özel Sektör Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul, Türkiye: İşletme, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
23. Develioğlu K, Tekin ÖA. Beş faktör kişilik özellikleri ve yabancılaşma arasındaki ilişki: Beş yıldızlı otel çalışanları üzerine bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*. 2013;18(2):15-30.
24. Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised Neo Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*. 1995;64(1):21-50.
25. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. *Kurumdan Uygulamaya Beş Faktör Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Envanteri (5FKE)*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2011.
26. Costa PT, McCare RR. Four ways five factors are basic. *Personality and*

- Individual Differences*. 1992;13(6):653-665. doi: 10.1016/0191-8869(92)90236-l.
27. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*. 1989;13(3):319-340. doi: 10.2307/249008.
28. Moon JW, Kim YG. Extending the TAM for a world-wide-web context. *Information & Management*. 2001;38(4):217-230. doi: 10.1016/S0378-7206(00)00061-6.
29. Çivici T, Kale S, Mimari tasarım bürolarında bilişim teknolojilerinin kullanımını etkileyen faktörler: Bir yapısal denklem modeli. İçinde: Kongre Sempozyum Bildiriler Kitabı, 4. İnşaat Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı. Balıkesir: Maya Basın Yayın; 2007:119-128.
30. Kalton G. *Sage Publication Inc, Introduction to Survey Sampling*. 5th edition, Beverly Hills, 1987.
31. Zülfiyar H. Örneklem Yaklaşımlarının Piyasa Araştırmaları Kapsamında İrdelenmesi. [Doktora Tezi]. İstanbul, Türkiye: Ekonometri, Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 1997.
32. Niemelä-Nyrhinen J, Leskinen E. Multicollinearity in marketing models: Notes on the application of ridge trace estimation in structural equation modelling. *The Electronic Journal of Business Research Methods*. 2014;12(1):3-15.
33. Donnelan MB, Oswald FL, Baird BM, Lucas RE. The mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the big five factors of personality. *Psychological Assessment*. 2006;18(2):92-203. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.192.
34. Goodman CS. *Introduction to Health Technology Assessment*. US: Publisher Not Identified;2004.
35. Rubenzer SJ, Faschingbauer TR. *Personality, Character & Leadership in The White House: Psychologist Assess The Presidents*, Washington: Potomac Books; 2004:158-267.
36. Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994;103:18-31.
37. McCrae RR, John Op. An introduction to the five-factor model and its applications, *Journal of Personality*. 1992;60(2):175-215. doi:10.1111/j.1467-

6494.1992.tb00970.x.

38. Goldberg LR, An alternative “description of personality”: the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990;59(6):1216-1229. doi: 10.1037/0022-3514.59.6.1216.
39. Gunthert KC, Cohen LH, Armelli S. The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77:1087-1100.
40. McKnight CG, Huebner Es, Suldo S. Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*. 2002;39(6):677-687. doi: 10.1002/pits.10062.
41. Arthur W, Graziano WG. The five-factor model, conscientiousness and driving accident involvement. *Journal of Personality*. 1996;64:593-618. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00523.x.
42. Digman JM. Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*. 1990;41:417-440. doi: 10.1146/annurev.ps.41.020190.002221.
43. John OP, Naumann LP, Soto CJ, ed. Paradigm shift to integrative big five trait taxonomy: History, Measurement and Conceptual Issues. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, eds. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press; 2008: Chapter 4.
44. John OP, Srivastava S. The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement and Theoretical Perspectives. In: Pervin LA, John OP eds. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York; Guilford Press, 1999:102-138.