

Dijitalleşme Sürecinde Sağlık Sosyolojisi: Sağlık Davranışlarının ve Eşitsizliklerin Yeniden Biçimlenişi¹

Eyyüp Akyüz²

Özet

Dijitalleşme; çağdaş toplumlarda sağlık alanını yalnızca teknolojik düzeyde değil, aynı zamanda sosyokültürel, ekonomik ve etik düzeylerde dönüştürmektedir. Türkiye’de e-Nabız, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), teletıp uygulamaları ve dijital hastane altyapıları gibi dijital sağlık araçları, sağlık hizmetine erişimden randevu yönetimine, tetkik sonuçlarının izlenmesinden kronik hastalık takibine kadar pek çok süreci dijital ortama taşımıştır. Bu dönüşüm, bireyi yalnızca sağlık hizmeti alan bir hasta olmaktan çıkarıp sürekli veri üreten, kendi sağlık göstergelerini izleyen ve karar süreçlerine dâhil edilen bir “dijital sağlık öznesi” hâline getirmektedir. Ancak bu yeni konum, her birey için aynı koşullarda erişilebilir değildir. Çalışmanın temel amacı, dijitalleşmenin sağlık sosyolojisi açısından nasıl yeni eşitsizlik biçimleri ürettiğini tartışmak ve bu eşitsizlikleri erişim, kullanım, mahremiyet ve katılım boyutları üzerinden incelemektir. Bulgular, dijital uçurumun yalnızca teknik altyapı farklarından ibaret olmadığını; yaş, gelir düzeyi, toplumsal cinsiyet, eğitim geçmişi, mekânsal konum ve dijital beceri gibi toplumsal belirleyicilerle iç içe işlediğini ortaya koymaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde, dijital sağlık uygulamalarına yönelik farkındalığın yüksek olmasına rağmen aktif kullanımın sınırlı olduğu, çoğu işlemin başkalarının yardımıyla yürütüldüğü, bilgiye erişim ile bilgiyi uygulama arasındaki boşluğun sağlık sonuçlarını etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte, dijital sağlık ortamı yalnızca erişim açısından değil, etik açıdan da tartışmalıdır. Kişisel sağlık verilerinin sürekli dolaşımda olması; mahremiyet, gözetim ve kurumsal güven sorunlarını beraberinde getirmektedir. Bireyler daha hızlı hizmet, daha

1 Bu çalışma, 24-25 Ekim 2025 tarihlerinde çevrimiçi olarak düzenlenen 5. Uluslararası Dijital İşletme, Yönetim ve Ekonomi Kongresi’nde (ICDBME2025) özet hali sözlü bildiri olarak sunulan çalışmanın gözden geçirilmiş ve genişletilmiş halidir.

2 Dr., Bağımsız Araştırmacı, ORCID ID: 0009-0009-4835-2965

kişiselleştirilmiş takip ve daha kolay erişim vaadi karşılığında veri paylaşımına teşvik edilmekte; bu da sağlık alanında gönüllü rıza ile kurumsal denetim arasındaki sınırları bulanıklaştırmaktadır. Çalışma, dijitalleşmenin bir yandan sağlık hizmetine erişimi hızlandıran, bireyin kendi sağlığı üzerindeki denetimini artıran ve kurumsal süreçleri şeffaflaştıran bir potansiyel taşıdığını; diğer yandan ise yeni bir “dijital sağlık vatandaşlığı eşiği” oluşturarak özellikle kırılgan gruplar açısından dışlanma, bağımlılık ve güvensizlik üretebildiğini ileri sürmektedir. Sonuç olarak dijital sağlık teknolojileri, fırsat eşitliği yaratma gücüne sahip olmakla birlikte, mevcut toplumsal eşitsizlikleri yeniden biçimlendirme riskini de taşımaktadır. Bu nedenle dijital sağlık politikalarının yalnızca teknolojik altyapıyı geliştirmeye değil, e-sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye, veri güvenliği ve etik denetimi kurumsallaştırmaya ve kırılgan grupların sisteme etkin katılımını desteklemeye odaklanması gerekmektedir.

GİRİŞ

Dijitalleşme, çağdaş toplumların ekonomik, kültürel ve siyasal yapılarında köklü dönüşümlere yol açarken, sağlık alanında da bireylerin davranış biçimlerini, hizmete erişim yollarını ve kurumların örgütlenme biçimlerini yeniden şekillendirmektedir. Sağlık sosyolojisi açısından dijitalleşme, yalnızca teknik bir yenilik süreci değil; bilgi, iktidar ve öznellik ilişkilerinin yeniden tanımlandığı bir dönüşüm alanıdır. Dijital teknolojiler, bireyin kendi sağlığını izleme, değerlendirme ve yönetme kapasitesini artırmakta; bu durum bir yandan sağlıkta katılımı güçlendirirken, diğer yandan eşitsizlikleri yeniden üretmektedir (Lupton, 2013; Fox & Ward, 2006). Dijitalleşmenin temelinde yer alan veriye dayalı yönetim mantığı, sağlık hizmetini ölçülebilir performans göstergeleriyle uyumlu hâle getirirken, hastayı “kendi verisini yöneten özne” konumuna yerleştirmektedir. Bu yönüyle dijitalleşme, modern sağlık sisteminde hem teknik hem de ideolojik bir dönüşüm aracıdır.

Türkiye bağlamında dijital dönüşüm, sağlık alanında yalnızca teknolojik modernleşmenin bir unsuru değil, kamu hizmetlerinin yeniden örgütlenme biçimi hâline gelmiştir. Uysal ve Ulusinan (2020: 50–56), e-Nabız, MHRS, dijital hastane, teletıp ve giyilebilir teknolojiler gibi bileşenlerin, sağlık hizmetinin planlanması, randevu yönetimi, tetkik sonuçlarına erişim, kronik hastalık takibi ve veri paylaşımı gibi temel işlevleri kapsayan bütünleşik bir ekosistem oluşturduğunu vurgular. Dijital sağlık artık bireysel tercihlerden öte, sistemin standart bileşenidir. Bu kurumsallaşma, dijital teknolojilerin “verimlilik, hız, şeffaflık ve maliyet etkinliği” ilkeleri etrafında meşrulaştırıldığını; ancak aynı zamanda sağlık hizmetine katılımın fiilen dijital altyapılara bağımlı hâle geldiğini göstermektedir. Dolayısıyla dijitalleşme, sağlık hizmetinin niteliğini artırmakla kalmamakta, hizmete erişimin biçimini de dönüştürmekte; bireylerin dijital yeterlilik ve bağlantı

kapasitesini yeni bir sağlık vatandaşlığı eşiği olarak tanımlamaktadır. Bu dönüşüm, sağlık davranışlarının, kimliklerinin ve eşitsizliklerinin sosyolojik açıdan yeniden yorumlanmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetine erişim, kullanım biçimleri ve güven ilişkileri artık yalnızca ekonomik ya da mekânsal faktörlerle değil, dijital beceriler, teknolojiye erişim ve veri kültürüyle belirlenmektedir. Dolayısıyla dijitalleşme sürecinde sağlık sosyolojisi, teknolojik ilerlemenin ötesine geçerek bireylerin bu süreçte nasıl konumlandığını, kimlerin dâhil olup kimlerin dışarıda kaldığını ve bu yeni dijital sağlık rejiminin hangi toplumsal sınırları yeniden ürettiğini anlamaya yönelmelidir.

Literatürde dijitalleşmenin çoğunlukla teknik bir ilerleme ve hizmeti iyileştirme aracı olarak ele alındığı görülmektedir. Oysa mevcut çalışmalar, dijital sağlık sistemlerinin aynı zamanda yeni eşitsizlik biçimlerini ürettiğini, mahremiyet ve veri güvenliği alanlarında yeni kırılğanlıklar oluşturduğunu ve sağlık otoriteleri ile birey arasındaki güç ilişkilerini yeniden yapılandırıldığını göstermektedir (Sharon & Zandbergen, 2017; van Dijk, 2016). Bu eleştiriler, dijital sağlık politikalarının toplumsal tabakalaşmayı nasıl etkilediğine ilişkin sosyolojik analizlerin eksik kaldığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla literatür, dijitalleşmenin yalnızca fırsatlarını değil, aynı zamanda kimleri dışarıda bıraktığını, hangi toplumsal grupları dezavantajlı hâle getirdiğini ve sağlık vatandaşlığının sınırlarını nasıl yeniden tanımladığını sorgulayan bütüncül bir çerçeveye ihtiyaç duymaktadır.

Sağlık alanındaki dijital dönüşüm; sağlık davranışlarının, kullanıcı deneyimlerinin ve hizmete erişimin sosyolojik açıdan yeniden ele alınmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetinden yararlanma biçimleri ve güven ilişkileri artık sadece ekonomik ya da mekânsal koşullarla değil, dijital beceriler, teknolojiye erişim kapasitesi ve veri kültürüyle belirlenmektedir. Çalışmanın amacı, dijitalleşmenin sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık davranışlarını ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri hangi toplumsal dinamikler aracılığıyla yeniden şekillendirdiğini incelemektir. Çalışma ayrıca dijital sağlık rejiminin özellikle kırılğan gruplar açısından hangi yeni eşitsizlik biçimlerini ürettiğini sosyolojik bir çerçevede değerlendirmektedir.

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

Dijitalleşme süreci, sağlık davranışlarını yalnızca bireysel tercihlerle değil, yapısal ve kültürel faktörlerle birlikte şekillendirmektedir. Sağlık sosyolojisi literatüründe dijital dönüşüm, bilginin demokratikleşmesi kadar, iktidar ve eşitsizlik ilişkilerinin yeniden üretimi açısından da tartışılmaktadır. Lupton (2013), “katılımcı hasta” kavramıyla bireyin kendi sağlığının girişimcisi

hâline geldiğini; böylece sağlık davranışlarının neoliberal öz-sorumluluk etiğiyle iç içe geçtiğini vurgular. Richardson ve arkadaşları (2022), dijital teknolojilerin sunduğu fırsatların eşit dağılmadığını, dijital yeterliliğin yeni bir kültürel ve toplumsal sermaye biçimine dönüştüğünü belirtir. Van Dijk (2016) ise dijital ağların yalnızca teknik sistemler değil, aynı zamanda politik organizasyonlar olduğunu; bu nedenle dijital eşitsizliklerin altyapı kadar motivasyon, beceri ve kullanım farklarından kaynaklandığını öne sürer. Sharon ve Zandbergen (2017), dijital çağın veri merkezli yapısının bireyi kendi verisinin üreticisi ve tüketicisi hâline getirdiğini, böylece “quantified self” kültürü içinde yeni bir disiplin alanı oluştuğunu savunur. Fox ve Ward (2006) ise dijitalleşmenin, hastayı “uzman hasta”dan “direnen tüketici”ye dönüştürerek sağlık otoritesine karşı yeni kimlik biçimleri yarattığını gösterir. Bu kuramsal yaklaşımlar, dijitalleşmenin yalnızca teknolojik bir yenilik değil, sağlık davranışlarının, kimliklerinin ve eşitsizliklerinin yeniden biçimlendiği çok katmanlı bir toplumsal süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla çalışma, bu kuramsal zemin üzerinden dört boyutlu bir analiz sunmaktadır: Erişim, kullanım, mahremiyet ve katılım eşitsizlikleri.

2. SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ

Dijital sağlık sistemleri, hizmete erişim biçimlerini dönüştürürken beraberinde yeni toplumsal eşitsizlik biçimleri de getirmiştir. Bu bölümde, dijitalleşmenin sağlık alanında yarattığı farklar dört ana eksen üzerinden ele alınmaktadır: Dijital altyapı ve erişim kapasitesi, dijital kullanım ve yetkinlik düzeyleri, mahremiyet ve güven ilişkileri ile katılım ve veri kültürü farklılıkları. Her bir boyut, hem mevcut literatür hem de güncel araştırma bulguları ışığında değerlendirilmektedir.

2.1. Erişim Eşitsizliği: Dijital Altyapı ve Teknolojik Kapasite

Dijitalleşme, sağlık alanında bilgiye ve hizmete erişim biçimlerini yeniden şekillendirirken, bu dönüşüm mevcut sosyoekonomik farkları da görünür kılmaktadır. Dijital altyapıya erişim, yalnızca teknik bir olanak değil, aynı zamanda yeni bir sosyal tabakalaşma eksenini hâline gelmiştir. İnternet bağlantısı, cihaz sahipliği ve dijital okuryazarlık düzeyi, bireylerin sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanabileceğini doğrudan belirlemektedir.

Dijital/sağlık okuryazarlığı, yaş, eğitim ve sosyoekonomik statüyle yakından ilişkili olup, bireyin dijital sağlık alanındaki konumunu belirleyen kültürel bir sermaye biçimine dönüşmektedir (Lupton, 2016: 1–2; Richardson vd., 2022). Tele-sağlık uygulamalarının sürdürülebilirliği yalnızca teknik erişime değil, aynı zamanda mahrem mekân, danışmanlık desteği ve güven duygusuna da bağlıdır.

Küresel ölçekte yapılan çalışmalar, dijital teknolojilerin yaygınlaşmasına rağmen bilişsel ve erişim temelli yeni bir eşitsizlik biçimi ortaya çıktığını göstermektedir. Pandemi döneminde düşük gelirli, kadın ve siyah hastaların tele-randevuları tamamlama oranlarının belirgin biçimde düşük olduğu, özellikle ruh sağlığı hastalarında e-sağlık okuryazarlığının sınırlı kaldığı saptanmıştır (Saeed & Masters, 2021: 2–3). Bu dağılım, örneklemin hâlihazırda hastaneye fiziksel olarak ulaşabilen bireylerden oluştuğu düşünüldüğünde, dijital uygulamaların kullanılmamasının doğrudan sağlık hizmetine erişememe anlamına gelmediğini göstermektedir. Ancak aynı veriler, fiziksel erişimin ötesinde dijital süreçleri bağımsız biçimde yönetme kapasitesinin sınırlı olduğunu; özellikle randevu alma, sonuç takibi ve bilgilere aracısız erişim gibi temel işlevlerde dijital yeterliğin belirleyici hâle geldiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla çalışma, sağlık hizmetine ulaşabilmenin tek başına yeterli olmadığını; dijital yeterlik düzeyinin hizmetten nasıl ve ne ölçüde yararlanılacağını belirleyen temel bir eşitsizlik boyutuna dönüştüğünü göstermektedir. E-Nabız ve MHRS uygulamaları üzerinden sunulan dijital sağlık hizmetleri, araştırmada katılımcıların güçlük yaşadığı başlıca alanları oluşturmaktadır. Bu platformlar randevu alma, tetkik sonuçlarına erişme, reçete ve ilaç bilgilerini görüntüleme, tıbbi kayıtlara ulaşma ve başvuru süreçlerini takip etme gibi temel işlemleri kapsamaktadır. Katılımcıların %84,9'u bu hizmetlerden yararlanırken çeşitli zorluklarla karşılaştığını; söz konusu sorunların bilgi eksikliği (%37), araç yetersizliği (%20,5), bilgilendirme/egitim eksikliği (%19,5) ve danışılacak kişi/kurum yetersizliğinden (%13,5) kaynaklandığını belirtmiştir (İlgar & Bilgili, 2023: 130–132). Bu bulgular, dijital sağlık uygulamalarının kullanımını belirleyen güçlüklerin yalnızca bireysel beceri düzeylerinden kaynaklanmadığını; dijital altyapı, bilişsel yeterlik ve kurumsal destek eksikliklerinin birlikte işlediği daha geniş yapısal bir eşitsizlik alanına işaret ettiğini göstermektedir. Yenilikçi sağlık teknolojilerinin dağılımına ilişkin değerlendirmeler, Türkiye bağlamında da benzer bir tabloya işaret etmektedir. Sarıhan (2020), bu teknolojilerin çoğunlukla büyük şehirlerde ve yüksek donanımlı merkezlerde yoğunlaştığını literatüre dayalı olarak tartışmakta; söz konusu mekânsal yoğunlaşmanın periferde yaşayan hastalar açısından kronik hastalık yönetimi ve erken tanı süreçlerinde dezavantaj üretme potansiyeline sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu yapısal arka plan, yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirilen ampirik çalışmaların bulgularıyla da örtüşmektedir. Örneklemin hâlihazırda hastaneye fiziksel olarak ulaşabilen bireylerden oluştuğu dikkate alındığında, dijital uygulamaların kullanılmıyor olması doğrudan sağlık hizmetine erişememe anlamına gelmemektedir. Buna karşın veriler, fiziksel erişimin ötesinde dijital süreçleri bağımsız biçimde yönetme kapasitesinin sınırlı

kaldığını; özellikle randevu alma, sonuç takibi ve bilgilere aracısız erişim gibi temel işlevlerde dijital yeterliğin belirleyici olduğunu göstermektedir. Böylece sağlık hizmetine ulaşmanın tek başına yeterli olmadığı, hizmetten yararlanılma düzeyinin dijital yeterlik tarafından biçimlendirilen yeni bir eşitsizlik eksenine oturduğu anlaşılmaktadır.

Dijital sağlık alanına ilişkin literatür; dijitalleşmenin yalnızca mevcut eşitsizlikleri yansıtmadığını, aynı zamanda bu farkları yeniden üretebilen bir toplumsal mekanizma hâline geldiğini göstermektedir. Lupton (2016), dijital okuryazarlığın kültürel bir sermaye biçimine dönüşerek farklı toplumsal gruplar arasında ayrışma yarattığını vurgularken; Richardson ve çalışma arkadaşları (2022), dijital sağlık araçlarının teknik kapasite, bilgiye erişim ve kurumlarla etkileşim düzeyi arasında yeni bir “dijital sağlık eşitsizliği” eksenini oluşturduğunu belirtmektedir. Benzer biçimde Sharon ve Zandbergen (2017), dijital teknolojilerin veri toplama ve öz-izleme pratikleri üzerinden bireyler arasında bilişsel ve davranışsal farkları pekiştirme potansiyeline sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu kuramsal çerçeve ışığında değerlendirildiğinde, elde edilen bulgular dijital sağlık sistemlerinin özellikle yaş, gelir ve dijital yeterlik düzeyleri açısından dezavantajlı grupları görece daha kırılgan bir konuma yerleştirdiğini göstermektedir. Bu nedenle dijital sağlık politikalarının yalnızca teknik altyapı iyileştirmeleriyle sınırlı kalmayıp, dijital okuryazarlığı güçlendiren, güvenilir bilgiye erişimi artıran ve danışmanlık desteğini kurumsallaştıran bütüncül stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

2.2. Dijital Kullanım ve Yetkinlik Eşitsizliği

Erişim sorunları çözüldüğünde bile dijital sağlık sistemlerinin etkin kullanımı, bireysel beceriler ve deneyimle yakından ilişkilidir. Dijital yeterlik, yalnızca teknik bilgiye değil, aynı zamanda bilgiye güvenme, değerlendirme ve uygulama becerilerine de dayanır. Bu yönüyle dijital/sağlık okuryazarlığı, yeni bir bilişsel sermaye biçimini temsil eder.

Deniz ve Duman (2024) tarafından Mersin Üniversitesi’nde 315 yaşlı birey üzerinde yürütülen çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ortalaması $20,82 \pm 9,15$ olarak bulunmuştur. Yaş ve kronik hastalık sayısı arttıkça okuryazarlık düzeyinin düştüğü; internet kullanım süresi arttıkça ise anlamlı biçimde yükseldiği saptanmıştır ($r = 0,487$; $p = 0,001$). Katılımcıların %27’sinde polifarmasi görülmüş ve düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyiyle polifarmasi arasında negatif ilişki belirlenmiştir. Bu bulgu, polifarmasinin hekim reçetelerine dayalı bir kullanım biçimi olduğu düşünüldüğünde, okuryazarlığı düşük bireylerin ilaçları daha az kullandığı anlamına gelmemektedir. Daha

çok, dijital okuryazarlığı sınırlı olan bireylerin ilaç takibi, doz yönetimi, yan etki izlemi ve reçete yenileme gibi tedavi sürecine ilişkin dijital işlemleri etkin biçimde sürdüremediğini; bu nedenle tedaviye uyumun zayıfladığı bir klinik tabloyu işaret etmektedir. Dolayısıyla polifarmasi ile düşük e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki, ilaç kullanım miktarından çok, ilaç yönetimi ve tedavi sürecinin sürdürülebilirliğine dair bir eşitsizlik boyutuna işaret etmektedir. Bu çerçevede bulgu, dijital yetkinliğin yalnızca çevrimiçi erişimi değil, tedavi uyumu ve sağlık çıktılarının niteliğini de doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Deniz ve Duman’a benzer biçimde Salar ve Duran (2023) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan 65 yaş üzeri bireylerle (n=159) yürütülen çalışmada, e-sağlık okuryazarlığını en güçlü biçimde internet kullanma becerisi ve cinsiyet belirlemiştir. Erkeklerin puanları daha yüksek bulunurken ($\beta = -2,200$; $p = 0,044$), dijital becerideki her artış okuryazarlık puanını anlamlı biçimde yükseltmiştir ($\beta = 0,854$; $p = 0,001$). Buna karşılık eğitim düzeyi anlamlı bir etken oluşturmamış, en zayıf performans alanı “internette yararlı sağlık kaynaklarını bulma” maddesi olmuştur.

Yukarıdaki sonuçlar, dijital becerinin yalnızca formel eğitimle değil, deneyimsel pratiklerle geliştiğini; bilgiye erişimin toplumsal cinsiyet, yaş ve dijital deneyimle kesiştiğini göstermektedir. Dolayısıyla, dijital sağlık eşitsizlikleri yalnızca teknik veya ekonomik değil, aynı zamanda bilişsel, kültürel ve toplumsal bir nitelik taşımaktadır.

2.3. Mahremiyet ve Güven Eşitsizliği

Dijital sağlık sistemleri, bireylerin kişisel verilerini sürekli olarak dolaşımda tutan bir gözetim ağının parçası hâline gelmiştir. Van Dijk’ın (2016: 411) vurguladığı gibi, ağ toplumunda özel hayatın gizliliğine yönelik tehdit, teknik bir zorunluluğun değil, hükümetlerin ve şirketlerin bilinçli tasarımlarının sonucudur. Kişisel veriler güvenlik ve hizmet iyileştirme gerekçeleriyle toplanmakta, ancak bu süreçte bireylerin özerkliğini sınırlayan yeni denetim biçimleri ortaya çıkmaktadır. Van Dijk, ağların yalnızca teknik altyapılar değil, aynı zamanda iktidar ilişkilerini yeniden üreten örgütsel sistemler olduğunu belirterek, veri akışının kime hizmet ettiğini sormayı zorunlu kılar. Bu noktada Bauman ve Lyon’un (2016: 35) “akışkan gözetim” kavramsallaştırması, Van Dijk’ın yapısal analizini tamamlayan ahlaki bir derinlik kazandırır. Yazarlar, modern gözetim biçimlerinin yalnızca dışsal baskılarla değil, gönüllü katılımı sürdüğü; bireylerin kendilerine sunulan dijital kolaylıklar, hız ve kişiselleştirilmiş hizmetler karşılığında mahremiyetlerinden isteyerek feragat

ettiklerini vurgular. Onlara göre, “mahremiyet hakkımızı kendi rızamızla katlettiriyoruz; bize sunulan harikalar karşılığında ödenecek bir bedel olarak mahremiyet kaybına rıza gösteriyoruz.” Bu tespit, dijital sağlık alanında özellikle anlamlıdır: bireyler “daha iyi hizmet”, “hızlı erişim” ya da “kişisel sağlık takibi” gibi gerekçelerle verilerini paylaşırken, aslında kendi gözetim süreçlerinin sürdürülebilirliğine katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla dijital sağlıkta gözetim, yalnızca dışsal bir denetim mekanizması değil, bireyin kendi sağlığını yönetme sorumluluğu üzerinden içselleştirilmiş bir öz-disiplin biçimine dönüşmektedir.

Sağlık alanındaki büyük veri sistemleri, biyolojik verilerden sigorta kayıtlarına kadar geniş bir bilgi evrenini kapsamakta; bu veriler anonimleştirme ve şifreleme mekanizmalarıyla korunmaya çalışılsa da mahremiyetin tam güvenliği teknik olarak garanti edilememektedir (Ayaz, 2025: 27–29). Hasta bilgilerinin Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi üzerinden toplanması, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırırken bireyin veri üzerindeki kontrolünü zayıflatmaktadır. “Mahremiyet koruma teknolojileri” kavramı, veri işleme süreçlerinde bireyin onayını esas alan etik bir denge gerektirir; ancak bu denge, ekonomik çıkar ve hizmet iyileştirme gerekçeleriyle çoğu zaman ikinci plana itilmektedir (Ayaz, 2025: 28–29).

Van Dijk’ın (2016: 412) vurguladığı üzere, özel hayatın gizliliği ağ toplumunda “*kaderine terk edilmiş bir hak değildir*” ancak hükümetlerin güvenlik, şirketlerin ise ekonomik çıkar gerekçeleriyle kişisel verileri sistematik biçimde işlemesi, mahremiyetin fiilen aşınmasına yol açmaktadır. Bu durum, dijital sağlık sistemlerinde güven eşitsizliğini derinleştiren temel mekanizmalardan birine işaret etmektedir. Bilgi mahremiyetinin Hipokrat’tan bu yana hekim-hasta ilişkisinin temel güvencesi olduğu hatırlandığında, dijital çağda bu etik bağın yerini algoritmik kayıt ve veri paylaşımına dayalı bir güven ilişkisine bırakması, sağlık sosyolojisi açısından yeni bir kırılma alanını temsil eder. Güven, böylece dijital sağlık sistemlerinde eşit dağılmayan bir toplumsal sermaye biçimine dönüşür; teknik bilgiye veya kurumsal güce sahip olanlar için yönetilebilir bir süreçken, kırılgan gruplar açısından belirsizlik ve bağımlılık üretir.

2.4. Katılım ve Veri Kültürü Eşitsizliği

Dijital sağlık sistemlerinde ortaya çıkan eşitsizlik, teknik erişim sorunlarının ötesinde, kullanıcıların dijital platformlarla kurduğu etkileşim biçimleri üzerinden de şekillenmektedir. Güncel uygulamalar, hastaların randevu yönetimi, sonuç takibi ve veri paylaşımı gibi süreçlerde aktif rol üstlenmesini gerektirmektedir. Lupton’un (2013) belirttiği gibi bu model,

bireyi sağlık yönetiminin sorumluluk alanı içinde daha merkezi bir konuma yerleştirir. Ancak dijital beceriler, güven düzeyi ve çevrimiçi bilgiye aşinalık toplumsal gruplar arasında eşit dağılmadığından, bu beklenti herkes için aynı ölçüde karşılanabilir değildir. Sonuç olarak dijital katılım, bireysel yetkinlikler ile sosyo-kültürel kaynakların kesişiminde farklılaşarak yeni bir eşitsizlik boyutu üretmektedir.

Dijital katılımın normatif bir çerçeveye dönüşmesi, veri üretimi ve veri kullanımına atfedilen anlamların sağlık alanında giderek daha merkezi hâle gelmesiyle yakından ilişkilidir. Sharon ve Zandbergen (2017: 1695–1708) bu süreci “veri fetişizmi” kavramıyla açıklar. Onlara göre sayısal veriler, sağlık bilgisinin en güvenilir biçimi olarak görülmekte; bireyin deneyimsel ve duygusal bilgisini gölgede bırakmaktadır. Böylece veri hem sağlık otoriteleri hem de birey açısından doğruluğun tek ölçütü hâline gelir. Bu inanç, öz-izleme teknolojilerini tarafsız bilgi araçları olmaktan çıkararak, özneyi disipline eden bir iktidar alanına dönüştürür. Sharon ve Zandbergen (2017: 1698–1703), bu pratiklerin “quantifying self” kültürü içinde ahlaki bir ekonomi yarattığını belirtir: Verisini düzenli toplayan ve paylaşan birey “sorumlu” olarak yüceltilirken, bunu yapmayan kişi “ihmalkâr” konumuna düşürülür. Katılım böylece teknik bir özgürlük değil, sayısal bir zorunluluk hâlini alır.

Fox ve Ward (2006: 461–479), çevrimiçi sağlık kültüründe bireyin “uzman hasta”dan “direnen tüketici”ye kadar uzanan bir kimlik sürekliliği içinde konumlandığını belirtir. “Uzman hasta” modeli, kurumsal güvene dayalı, bilgiye erişimle uyumlu bir kimlik üretirken; “direnen tüketici” modeli, özellikle çevrimiçi eczaneler, forumlar ve “pro-ana” grupları gibi alanlarda kurumsal tıbbın bilgi otoritesine karşı gelişen muhalif bir özneyi temsil eder. Bu ayrım, dijital sağlıkta güvenin ve katılımın sınıfsal, kültürel ve ideolojik olarak farklılaştığını gösterir.

Fox ve Ward’ın (2006: 471–474) analizine göre, e-sağlık ortamında güvenilir bilgiye erişebilen bireyler “gold standard” olarak tanımlanan NHS Direct veya National Electronic Library for Health gibi kurumsal kaynaklarla ilişki kurarken; düşük dijital yeterliğe veya kaynak eksikliğine sahip bireyler ticari e-kliniklere, sosyal ağlara ve onaylanmamış içeriklere yönelmektedir. Bu durum, dijital güvenin ve bilgiye erişimin sosyoekonomik bir sermaye biçimine dönüştüğünü gösterir. Bazı bireyler için dijital sağlık, tıbbi sistemle uyumlu bir güçlenme alanı iken, diğerleri için güven bunalımı, bilgi karmaşası ve dışlanma kaynağı hâline gelmektedir.

Katılım ve güven eşitsizliği, dijital sağlıkta hem epistemik hem de toplumsal düzeyde belirleyici bir ayrım üretmektedir. Güvenilir bilgi altyapısına erişimi

olmayan gruplar, teknik eksikliklerin ötesinde, sembolik ve ahlaki dışlanma süreçlerine de maruz kalmaktadır. Bu nedenle dijital sağlık politikalarının, katılımı teşvik ederken güvenin toplumsal tabakalaşmasını görünür kılması; kurumsal şeffaflık, veri etiği ve kamusal güven mekanizmalarını güçlendirmesi gerekmektedir.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, dijitalleşme sürecinin sağlık sosyolojisinde yarattığı dönüşümü dört temel eşitsizlik eksenini üzerinden incelemiştir. Bulgular, dijital sağlık sistemlerinin yalnızca teknik bir yenilik alanı olmadığını; aynı zamanda bilgiye erişim, kullanım becerisi, mahremiyet ve katılım süreçlerinde yeni toplumsal sınırlar ürettiğini göstermektedir. Elde edilen veriler, teknolojik ilerlemenin sağlıkta fırsat eşitliği sağlamaktan ziyade mevcut eşitsizlikleri yeniden biçimlendirebildiğini ortaya koymuştur.

Dijitalleşme, sağlık alanında yalnızca teknik bir dönüşüm değil; aynı zamanda bilgi, iktidar ve öznellik ilişkilerinin yeniden tanımlandığı toplumsal bir süreçtir. Özellikle yaşlı bireyler, düşük gelir grupları ve dijital becerileri sınırlı kesimler için dijital sağlık sistemleri hem erişim hem de güven açısından yeni bariyerler yaratmaktadır. Dijital sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği yalnızca teknik altyapıdaki ilerlemelere değil, aynı zamanda toplumsal güvenin güçlenmesine, etik ilkelerin kurumsallaşmasına ve katılımcı yönetim süreçlerinin işlevliliğine bağlıdır. Bu bağlamda dijital yeterlilik, bireylerin sağlık vatandaşlığı pratiklerini belirleyen yeni bir kültürel sermaye biçimi olarak ortaya çıkmaktadır.

Bireyler, hız, kolaylık ve kişiselleştirilmiş hizmet karşılığında mahremiyetlerinden feragat etmekte; böylece dijital güvenin toplumsal dağılımı sınıfsal, kültürel ve bilişsel farklılıklarla kesişmektedir. Dijitalleşme, sağlıkta verimliliği artıran bir araç olmanın ötesinde, yeni bir eşitsizlik rejimi yaratma potansiyeline de sahiptir. Sağlık politikalarının nihai amacı, bireyin dijital sistem içinde pasif bir kullanıcı değil, eşit, bilinçli ve etkin bir sağlık yurttaşı olarak konumlanmasını sağlamaktır.

Dijital dönüşümün sağlıkta adalet perspektifiyle yönetilebilmesi, bütüncül bir politika çerçevesinin oluşturulmasına bağlıdır. Bu bağlamda geliştirilebilecek başlıca politika ve uygulama önerileri şunlardır:

Altyapı ve erişim güçlendirme: Kırsal bölgelerde internet altyapısının güçlendirilmesi, düşük gelirli bölgelerde teknik destek merkezlerinin kurulması ve mobil danışma hatlarıyla dijital sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması gerekmektedir.

E-sağlık okuryazarlığı programları: Belediyeler, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliğiyle yaş, eğitim ve cinsiyet farklarını gözeterek dijital okuryazarlık eğitimleri düzenlenmeli; özellikle yaşlı bireyler için sadeleştirilmiş arayüzler ve rehberli kullanım desteği sağlanmalıdır.

Kırılgan gruplar için kapsayıcı tasarım: Engelliler, göçmenler, yaşlılar ve düşük gelirli bireyler için erişilebilir tasarım ilkeleri uygulanmalı; dil, kültür ve okuryazarlık farklarını gözeterek kullanıcı deneyim testleri standart hâle getirilmelidir.

Veri güvenliği ve etik denetim: Kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde KVKK uyumunun ötesine geçilerek uluslararası etik standartlarla uyumlu denetim mekanizmaları kurulmalı; veri paylaşım süreçlerinde bireyin açık onayı esas alınmalı, veri sahipliği hakkı güçlendirilmelidir.

Katılım ve güven mekanizmaları: Vatandaş geri bildirim sistemleri, bağımsız etik kurullar ve dijital ombudsmanlık yapılarıyla kurumsal şeffaflık artırılmalı; bireyler yalnızca veri sağlayıcı değil, karar süreçlerine katılan dijital sağlık vatandaşları hâline getirilmelidir.

Etki izleme ve hesap verebilirlik: Sosyoekonomik, mekânsal ve bilişsel farkların izlenebilmesi için ulusal ölçekte “Dijital Sağlık Eşitsizlik Endeksi” oluşturulmalı; kamu politikalarının etkisi bu endeks üzerinden düzenli olarak değerlendirilmelidir.

4. Kaynaklar

- Ayaz, E. B. (2025). Dijital teknolojiler ve mahremiyet bağlamında kişisel sağlık verilerinin korunması. *Türkiye Medya Akademisi Dergisi*, (9), 19–36. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14933897>
- Bauman, Z. and Lyon, D. (2016). *Akışkan gözetim* (E. Yılmaz, Çev.). Ayrıntı Yayınları. (Orijinal eserin yayın tarihi 2013).
- Deniz, E. ve Duman, İ. (2024). Yaşlı bireylerde e-sağlık okuryazarlığı ve polifarmasi arasındaki ilişki. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 7(3), 195–205. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1537080>
- Fox, N. and Ward, K. (2006). Health identities: From expert patient to resisting consumer. *Health*, 10(4), 461–479. <https://doi.org/10.1177/136345930606067314>
- İlgar, Y. ve Bilgili, N. (2023). Yaşlı bireylerde e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve dijital sağlık hizmetlerinin kullanımı. *Avrasya Sosyal Bilimler ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 10, 126–135.
- Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health*, 11(3), 256–270. <https://doi.org/10.1057/sth.2013.10>
- Richardson, S., Lawrence, K., Schoenthaler, A. M. and Mann, D. (2022). A framework for digital health equity. *npj Digital Medicine*, 5(1), 119. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00663-0>
- Saeed, S. A. and Masters, R. M. (2021). Disparities in health care and the digital divide. *Current Psychiatry Reports*, 23(61). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01274-4>
- Salar, S. and Duran, S. (2023). Aile sağlığı merkezlerine başvuran yaşlı bireylerin e-sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 396–412. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1268108>
- Sarihan, M. (2020). Sağlık hizmetleri ve yenilikçi sağlık teknolojilerine erişimde eşitsizlikler. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (22), 249–257.
- Sharon, T. and Zandbergen, D. (2017). From data fetishism to quantifying selves: Self-tracking practices and the other values of data. *New Media & Society*, 19(11), 1695–1709. <https://doi.org/10.1177/1461444816636090>
- Uysal, B. and Ulusinan, E. (2020). Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 46–60.
- van Dijk, J. (2016). *Ağ toplumu* (Ö. Sakin, Çev.). Kafka Yayınları. (Orijinal eserin yayın tarihi 2012).